



Versão de menino chorando de Bruno Amadio (Giovanni Bragolin), queimando.

Transtornos hipercinéticos

Protocolo clínico

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, para o acolhimento, o tratamento e o encaminhamento intersetorial de crianças e adolescentes com transtornos hipercinéticos (incluindo as síndromes de déficit de atenção com e sem hiperatividade).

Sistema Único de Saúde
Estado de Santa Catarina, 2015.



1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Os transtornos hiper-cinéticos, ditos transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), constituem um grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. Os transtornos podem se acompanhar de outras anomalias. As crianças hiper-cinéticas são frequentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras que por desafio deliberado. Suas relações com os adultos são freqüentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos se acompanham freqüentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias incluem um comportamento dissocial e uma perda de autoestima.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F90 Transtornos hiper-cinéticos

Exclui: esquizofrenia (F20.-), transtornos ansiosos (F41.-), transtornos globais do desenvolvimento (F84.-), transtornos do humor [afetivos] (F30-F39).

F90.0 Distúrbios da atividade e da atenção

Síndrome de déficit da atenção com hiperatividade

Transtorno de déficit da atenção com hiperatividade

Transtorno de hiperatividade e déficit da atenção

F90.1 Transtorno hiper-cinético de conduta

Transtorno hiper-cinético associado a transtorno de conduta

F90.8 Outros transtornos hiper-cinéticos

F90.9 Transtorno hiper-cinético não especificado

Reação hiper-cinética da infância ou da adolescência sem outra especificação

Síndrome hiper-cinética sem outra especificação

F98.8 Outros transtornos comportamentais e emocionais especificados com início habitualmente na infância ou adolescência

Déficit de atenção sem hiperatividade

3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é clínico, feito pela anamnese e pelo exame das funções psíquicas. Não há exames laboratoriais, de imagens cerebrais ou testes psicológicos que possam definir se uma pessoa se enquadra ou não nos critérios da CID-10 ou do DSM-5 para os transtornos hiper-cinéticos e de atenção.

Existem dois principais conjuntos de critérios diagnósticos de uso corrente para os transtornos infantis hiper-cinéticos, com hipoprosexia¹ ou com pseudoprosexia: um com base na 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde, e

¹ A hipoprosexia, também denominada distração ou labilidade da atenção é uma alteração frequente mas, como regra, pouco patológica. Representa uma constante flutuação da atenção, que passa de um objeto a outro sem que a pessoa se possa fixar especificamente em um deles. A pseudoprosexia consiste em um déficit aparente de atenção quando a pessoa está concentrada e focalizada em outro aspecto diferente do que supostamente deveria ser o foco. Na pseudoprosexia não deixa de existir, portanto, a capacidade de focalizar a atenção, mas o sujeito se concentra em um determinado tema e se desliga dos demais estímulos.

outro nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), da Associação Psiquiátrica Norte-Americana. O ideal, neste tipo de quadro, é trabalhar com as duas classificações, simultaneamente.

De modo simplificado, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade do DSM é composto por três características básicas: a dificuldade de atenção, a hiperatividade e a impulsividade. O transtorno inclui, pois, três subtipos:

- a) um subtipo combinado em que todos os três sinais indispensáveis ao diagnóstico estão presentes (hiperatividade, desatenção e impulsividade);
- b) um subtipo com predominância de desatenção, com pouca hiperatividade ou impulsividade;
- c) um subtipo predominantemente hiperativo-impulsivo no qual a hiperatividade e a impulsividade existem, mas não a desatenção.

Ao contato com uma criança ou um adolescente suspeito de ter sintomas do transtorno, a primeira questão a ser examinada pelo especialista é a da **frequência** dos sintomas, como explica Rohde (2004), em artigo seminal sobre o tema:

Os sistemas classificatórios modernos (DSM e CID) enfatizam a necessidade de que cada sintoma do TDAH ocorra frequentemente para que seja considerado positivo. Isso é de extrema importância tratando-se de um transtorno dimensional, já que boa parte da população apresentará os mesmos sintomas numa frequência mais baixa. Entretanto, os sistemas classificatórios não operacionalizam a definição de “frequentemente”. Dependendo de **onde o clínico colocar o ponto de corte** para definir o sintoma como freqüente, ele terá mais ou menos indivíduos incluídos na categoria diagnóstica. Então, como operacionalizar essa definição de uma forma que as famílias possam entender? Embora não haja **nem consenso, nem pesquisa** empírica sobre a questão, utilizamos a definição de que **o sintoma deve ocorrer mais vezes do que não ocorrer** na situação pesquisada. Por exemplo, ao investigarmos com os pais se a criança erra por descuido nas tarefas escolares em casa, em primeiro lugar, definimos quantas vezes por semana a criança faz tarefas escolares em casa (por exemplo, cinco vezes por semana). Após isso, investigamos o número de vezes em que esses erros por descuido acontecem. No exemplo citado, se acontecerem mais vezes do que não acontecerem quando a criança senta para fazer as tarefas (três vezes por semana), consideramos o sintoma freqüente².

Outra questão é a da **duração** dos sintomas de desatenção ou de hiperatividade e de impulsividade. Normalmente, as crianças com TDAH apresentam uma história de vida **desde a idade pré-escolar** com a presença de sintomas ou, pelo menos, um período de vários meses de sintomatologia.

A presença de sintomas de desatenção com hiperatividade e impulsividade por curtos períodos (dois a três meses), iniciados claramente após um desencadeante psicossocial (por exemplo, a separação dos pais) deve alertar o clínico para a possibilidade de que a desatenção, a hiperatividade ou a impulsividade sejam sintomas de outro quadro, e **não** de TDAH.

É importante que a **persistência dos sintomas**, em vários locais e ao longo do tempo, seja avaliada. Os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade precisam ocorrer **em vários ambientes** da vida da criança (por exemplo, escola e casa):

Estes sintomas precisam se manter **constantes** ao longo do período avaliado. Sintomas que ocorrem apenas em casa ou somente na escola devem alertar o clínico para a possibilidade de que a desatenção, a hiperatividade ou a impulsividade possam ser apenas sintomas de uma situação familiar caótica ou de um sistema de ensino inadequado. Da mesma forma, flutuações de

² ROHDE, Luis Augusto, et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Vol. 31, n. 3, 2004. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n3/124.html>>.

sintomatologia com **períodos assintomáticos não são** características do TDAH³.

Na CID-10 convencionou-se que sejam necessários seis sintomas de desatenção, três de hiperatividade e um de impulsividade.

Também no DSM-IV havia exigências deste tipo⁴, além de considerar que os sintomas precisavam ter aparecido já antes de 7 anos de idade, mantendo desde então.

No DSM-V foi definido um número mínimo de sintomas como necessários para o diagnóstico: seis sintomas de desatenção com duração mínima de 6 meses e 6 sintomas de hiperatividade ou de impulsividade com duração mínima de 6 meses. Os sintomas são os seguintes:

A. Desatenção:

- 1) Dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares e de trabalho;
- 2) Dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- 3) Parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- 4) Não seguir instruções;
- 5) Não terminar tarefas escolares, domésticas ou deveres profissionais;
- 6) Dificuldade em organizar tarefas e atividades;
- 7) Evitar, ou relutar, em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante;
- 8) Perder coisas necessárias para tarefas ou atividades;
- 9) Distraído por estímulos alheios à tarefa e apresentar esquecimentos em atividades diárias.

B. Hiperatividade:

- 1) Agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira;
- 2) Abandonar sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- 3) Correr ou escalar em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado;
- 4) Dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer;
- 5) Estar frequentemente “a mil” ou muitas vezes agir como se estivesse “a todo o vapor”;
- 6) Falar em demasia.

C. Impulsividade:

- 1) Frequentemente dar respostas precipitadas antes das perguntas terem sido concluídas;
- 2) Com frequência ter dificuldade em esperar a sua vez;
- 3) Frequentemente interromper ou se meter em assuntos de outros.

A estes sintomas somam-se outros critérios, que devem também estar presentes:

- 1) Alguns sintomas de hiperatividade e impulsividade ou desatenção que causam prejuízo devem estar presentes antes dos 12 anos de idade.
- 2) Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (escola, trabalho e em casa, por exemplo).
- 3) Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.
- 4) Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são melhores explicados por outro transtorno mental.

Para traduzir tais critérios à codificação pela CID-10 observa-se se há desatenção sem traços hiperativos, registrando-se o caso, então, como F98.8 (outro transtorno emocional e de comportamento especificado ocorrendo na infância e adolescência, tipo transtorno de déficit de atenção sem hiperatividade). Se os sintomas forem combinados (de atenção somados a hiperatividade ou impulsividade), ou se forem predominantemente de hiperatividade ou impulsividade, o registro é F90.0 (perturbação da atividade e atenção). Se

³ Id., *ibid.*

⁴ ROHDE, L.A.; BIEDERMAN, J.; KNIJNIK, M.P.; KETZER, C.R.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; PINZON, V. Exploring DSM-IV ADHD Number of Symptoms Criterion: Preliminary Findings in Adolescents. *Infanto* 6: 114-8, 1998. Disponível em: <http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_06_3/in_17_05.pdf>.

for hiperativo associado a distúrbios de conduta antissocial, agressiva ou desafiadora, é F90.1 (transtorno de conduta hipercinética).

O construto do transtorno não é categorial: não há sinais ou sintomas próprios ou específicos do quadro, que não existam na população normal. O construto é dimensional: os sinais e sintomas, em dimensões pequenas, podem existir em qualquer pessoa, em toda a população. Só constituem transtorno quando em dimensões grandes, mostrando-se exageradas em relação ao normal estatístico⁵.

Um diagnóstico psicológico mal feito, sobre as reações corporais da criança a outras condições psíquicas (ansiedade, depressão, desajuste situacional momentâneo, transtorno obsessivo-compulsivo, psicose, síndrome de Gilles de la Tourette, etc.), uma avaliação singela e simplificada, ou a precipitação para concluir o diagnóstico podem gerar **falsos positivos**.

O TDAH é um tema interdisciplinar, exigindo abordagens de amplitude intersetorial. Sua legitimação se dá,

normalmente aos diagnósticos médicos e psiquiátricos, porém, é um produto de circunstâncias históricas e sociais, internas e **externas** ao campo médico, que ocupa um espaço configurado pelo traço biológico, cerebral, epidemiológico, mas também moral, social e existencial⁶.

Portanto, o TDAH não deve ser reduzido apenas à existência biológica e medicamentosa. Deve ser associado, como um todo, aos seus aspectos individuais, econômicos, morais, e às expectativas da família e da sociedade (muitas vezes exageradas e intolerantes com as características pessoais).

Acima de tudo, os profissionais de vários setores precisam, ao contato com o tema, esforçarem-se para aceitar que nem tudo o que foge do normal e do desejável pode ser resolvido na forma de problema médico, patológico. Diante de uma população vasta e heterogênea que chega às escolas, precisarão adaptar sua metodologia⁷. É muito comum que pedagogos, assistente sociais e operadores do Direito se seduzam com a possibilidade de explicar a desatenção normal (não patológica) através de uma linguagem médica, e facilitem a ampliação do tema do mau aproveitamento escolar para além de suas fronteiras, medicalizando, psicologizando e farmacologizando. No cotidiano do sistema escolar poderá ser

mais fácil rotular uma criança inquieta de “hiperativa” do que admitir que os recursos educacionais usados não estão sendo adequados aquele aluno. Seguindo esse mesmo raciocínio, é dito, ainda, que a maioria dos alunos faz parte dos “falsos hiperativos”, que são crianças que não se adaptam ao esquema escolar e que se comportam como hiperativas sem ter disfunção bioquímica. Ou seja, hiperativos construídos pela história educacional⁸.

⁵ Diz o pesquisador Rohde: “essa questão assume uma importância ainda maior. Por exemplo, em uma investigação para determinar a prevalência do transtorno em 1.013 escolares de 12 a 14 anos da rede estadual de Porto Alegre, documentaram que 30,5% dos adolescentes com frequência distraíam-se facilmente por estímulos estranhos à tarefa que estavam realizando e que 31,3% eram freqüentemente inquietos com as mãos, os pés, ou mesmo se retorciam na cadeira. Portanto, sintomas isolados de TDAH, ou combinações de dois ou três sintomas, mesmo que acontecendo frequentemente, têm pouco valor diagnóstico” (In: Id., *ibid.*). Vide: ROHDE, L.A., et al. ADHD in a School Sample of Brazilian Adolescents: a Study of Prevalence, Comorbid Conditions and Impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 6: 716-22, 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10361790>>.

⁶ DOMINGUES, Leane; ZANCANELLA, Sabrina; BASEGGIO, Denice Bortolin. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: um olhar voltado para a escola. *Barbaroi*, n. 39, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000200007&lng=pt&nrm=iso>.

⁷ SENO, Marília Piazzzi. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): o que os educadores sabem?. *Rev. psicopedag.*, São Paulo, v. 27, n. 84, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862010000300003&lng=pt&nrm=iso>.

⁸ MESQUITA, Raquel Cabral De. **A implicação do educador diante do TDAH: repetição do discurso médico ou construção de uma resposta educacional?** [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

Questionários e escalas a serem preenchidas pelos pais ou pelos professores são polêmicos e duvidosos.

A escala de problemas de atenção da lista de comportamentos infantis CBCL (Child Behavior Checklist)^{9, 10}, pode ser uma informação adjuvante ao médico que fará o diagnóstico clínico, especialmente para os transtornos do tipo combinado, mas são contingentes e não devem ser interpretadas como métodos para garantir ou validar diagnósticos, pois dão falsos positivos muito frequentes em ambientes culturais sul brasileiros.

Os questionários experimentais denominados SNAP-IV¹¹ e Adult Self-Report Scale¹² não estão validados para uso no Brasil e são de uso polêmico. Não devem, portanto, ser utilizados, exceto em ambientes acadêmicos de investigação, seguindo-se as regras de pesquisa em seres humanos voluntários. Sofrem críticas severas ao serem empregados no cotidiano da clínica¹³.

Em que pese o fato de o transtorno provir de fatores biológicos e não apenas culturais, os fatores culturais atuam como importantes definidores e confundidores. Há inconsistências nas medidas epidemiológicas de prevalência, por falta de ponto de corte e até segundo a forma de classificar. Estimativas de prevalência no Brasil variam incongruentemente, de 0,9% a 26,8%¹⁴. No sul do Brasil há cálculos de que 5,8% das crianças sejam suspeitas de sofrerem sintomas relacionados ao transtorno, se forem usados critérios do DSM-IV, mas se forem usados critérios da CID-10, esta prevalência cai para 1,5%¹⁵. Uma inconsistência desta magnitude mostra o quanto o profissional precisa manter um julgamento crítico e uma visão diagnóstica ampla. Precisa avaliar possíveis diagnósticos diferenciais e considerar as tendências a exageros e à medicalização, por parte da escola e da família, sem cair em reducionismos fáceis e sem pressa para classificar.

4. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Unidades básicas de saúde (UBS) são pontos onde pode ser feito diagnóstico diferencial. Cabe ao médico definir se o comportamento não é derivado de alguma doença, ou de outro transtorno.

⁹ LAMPERT, T.L. **Avaliação da acurácia diagnóstica** da escala de problemas de atenção do inventário de comportamentos da infância e adolescência (CBCL) para o transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade. [Dissert. Mestrado. Orient: L.A. Rhode]. Porto Alegre: UFRGS, 2002. <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7084/000494873.pdf?sequence=1>>.

¹⁰ ROESSNER, V., et al. A cross-cultural comparison between samples of Brazilian and German children with ADHD/HD using the Child Behavior Checklist. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**. 2007 Sep;257(6):352-9. Epub 2007 Jul 14. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17629732>>.

¹¹ MATTOS, Paulo et al . 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. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre , v. 28, n. 3, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000300008&lng=en&nrm=iso>.

¹² MATTOS, Paulo et al . Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 33, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000400004&lng=pt&nrm=iso>.

¹³ COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A.; RIBEIRO, M.C.F. (orgs.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**: memórias do II seminário internacional educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos. ed. Campinas: Mercado de Letras, 2013.

¹⁴ BRATS. Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Ano VIII nº 23, março de 2014. Disponível em:<<http://200.214.130.94/rebrats/publicacoes/brats23.pdf>>.

¹⁵ RHODE, L.A., et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse culture: do research and clinical findings support the notion of a cultural construct for the disorder? **Biol Psychiatry**. 2005 Jun 1;57(11):1436-41.

Os casos de maior dificuldade diagnóstica devem ser encaminhados a centros de atenção psicossocial (CAPS) ou a ambulatórios de saúde mental especializados.

Os CAPS, tipos I e II, e os CAPS i (voltados à clientela infanto-juvenil) podem montar programas específicos de apoio a pacientes com transtornos hipercinéticos e a seus familiares. O atendimento em serviços de saúde, contudo, é parcial e limitado, pois depende de rede mais ampla, intersetorial, passando pelas escolas e, quando necessário, por órgãos de serviço social.

A Secretaria de Estado da Educação de Santa Catarina tem um Programa Pedagógico direcionado à qualificação do processo de ensino e aprendizagem dos educandos com condutas típicas e dificuldades de aprendizado¹⁶. Nas séries iniciais do ensino fundamental, muitas escolas mantêm um segundo professor, muitas vezes habilitado em educação especial, para dar apoio aos estudantes que tenham necessidades especiais. O Serviço de Atendimento Educacional Especializado (SEAE) é uma atividade de caráter pedagógico, prestado por profissional da educação especial, dentro de algumas escolas regulares, voltado ao atendimento das especificidades dos alunos matriculados na rede de ensino. O apoio pedagógico é importante para a inclusão e o desenvolvimento da pessoa hipercinética.

5. TRATAMENTO

Terapia medicamentosa associada a procedimentos psicoterápicos e pedagógicos

Em caso de o psiquiatra considerar o uso de medicamento para o uma criança hiperativa, deverá fazer não só um completo exame das funções psíquicas, como também um exame geral. O eletrocardiograma é interessante, logo ao início do tratamento. O médico deve incluir a avaliação de outras afecções que podem coexistir com o TDAH.

A diretriz terapêutica britânica¹⁷ recomenda que para crianças em idade escolar e jovens com TDAH grave, o tratamento farmacológico seja oferecido. O uso de fármacos, nestes casos, devem sempre fazer parte de um plano de tratamento abrangente que inclui intervenções psicológicas, de comportamento, educacionais e de aconselhamento. Boa nutrição e exercícios regulares são recomendáveis.

É importante que o médico procure possíveis relações entre alimentos ou bebidas e o comportamento hiperativo. Sendo encontrada uma relação, o caso deve ser referido a um nutricionista. Não há comprovação científica, contudo, de que os corantes artificiais influem no comportamento da criança, como muitos têm acreditado. Em caso de haver, no CAPS, programas de treinamento para pais, os genitores de crianças hiperativas podem frequentá-lo mesmo se a criança é pré-escolar.

A diretriz da Academia Americana de Pediatria prega que o tratamento do TDAH vai depender da idade do paciente¹⁸:

a) para pré-escolares (4-5 anos) o tratamento de primeira escolha deve ter como base as terapias de comportamento administradas por pais e/ou professores, fundamentadas por provas científicas;

¹⁶ SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Educação. Fundação Catarinense de Educação Especial.

Programa Pedagógico. São José: FCEE, 2009. Disponível em:

<<http://www.fcee.sc.gov.br/images/stories/programa.pdf>>.

¹⁷ NICE. **Attention deficit hyperactivity disorder:** Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. NICE guidelines [CG72]. Londres: NHS, NICE, 2008, atualizado em março 2013. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg72>>.

¹⁸ AAP. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. **Pediatrics**, 2011;128(5):1007-22. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/10/14/peds.2011-2654.full.pdf+html>>.

b) para crianças de 6 a 11 anos, deve-se prescrever fármacos aprovados para o tratamento do TDAH ou terapias de comportamento administradas por pais ou professores, ou, preferencialmente, por ambos;

c) para adolescentes (12-18 anos) deve-se prescrever fármacos aprovados para o tratamento do TDAH e pode-se recomendar terapias de comportamento administradas por pais ou professores, preferentemente por ambos.

A diretriz terapêutica canadense (pela Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance, CADDRA), de 2011, aconselha que aspectos sociais, emocionais, de comportamento e escolares da vida da criança sejam abordados, de forma multimodal¹⁹.

Em CAPS, envolvendo psicólogos, fonoaudiólogos, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, há necessidade de realizar estudos mais aprofundados acerca dos grupos multidisciplinares para a montagem de programas de abordagem e tratamento para pessoas com TDAH²⁰. O treinamento parental vem sendo bastante aplicado, aparentemente com melhoras no comportamento da criança e na ansiedade dos pais²¹.

Uma terapia comportamental envolvendo os pais ou professores engloba o treinamento com um profissional habilitado, objetivando a discussão familiar sobre o transtorno, os problemas de comportamento das crianças e as dificuldades nas relações familiares. Os programas pretendem ajudar os pais a lidar melhor com essa condição²². Pode-se treinar a criança para o desenvolvimento de habilidades sociais, por meio de técnicas sobre como ajustar seu comportamento em circunstâncias variadas, de interação em ambientes sociais. Há evidências de que este treino das crianças, por si, se não for integrado a um contexto mais amplo, tem pouca utilidade^{23, 24}.

Além dos limites do serviço de saúde, englobando intervenções psicoterápicas e farmacológicas, a abordagem precisa ser múltipla e intersetorial, com a participação de agentes sociais como pais, outros familiares, educadores, profissionais de saúde, além da própria criança^{25, 26}. O serviço de saúde pode orientar os profissionais da

¹⁹ CADDRA, Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance. **Canadian ADHD Practice Guidelines** (CAP-Guidelines). 3.ed. Ontário: CADDRA, 2011. Disponível em: <<http://www.caddra.ca/cms4/pdfs/caddraGuidelines2011.pdf>>.

²⁰ MISSAWA, Daniela Dadalto Ambrozine; ROSSETTI, Claudia Broetto. Psicólogos e TDAH: possíveis caminhos para diagnóstico e tratamento. **Constr. psicopedag.**, São Paulo , v. 22, n. 23, 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542014000100007&lng=pt&nrm=iso>.

²¹ ZWI, M.; JONES, H.; THORGAARD, C.; YORK, A.; DENNIS, J.A. Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2011, Issue 12. Art. No.: CD003018. DOI: 10.1002/14651858.CD003018.pub3.

²² AAP. American Academy of Pediatrics. **Implementing the Key Action Statements: An Algorithm and Explanation for Process of Care for the Evaluation, Diagnosis, Treatment, and Monitoring of ADHD in Children and Adolescents**. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/guidelines.html>>.

²³ STOREBO, O. J.; GLUUD, C.; WINKEL, P.; SIMONSEN, E. Social-Skills and Parental Training plus Standard Treatment versus Standart Treatment for Children with ADHA – The Randomised SOSTRA Trial. **PLOS ONE**, jun. 2012, 7(6): e 37280. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0037280>>.

²⁴ MTA Cooperative Group. A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. **Arch Gen Psychiatry**. 1999;56(12):1073-1086. doi:10.1001/archpsyc.56.12.1073. Disponível em: <<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=205525>>.

²⁵ SANTOS, Letícia de Faria; VASCONCELOS, Laércia Abreu. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 26, n. 4, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000400015&lng=en&nrm=iso>.

²⁶ DESIDERIO, Rosimeire C. S.; MIYAZAKI, Maria Cristina de O. S. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. **Psicol. esc. educ.**, Campinas , v. 11, n. 1, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572007000100018&lng=pt&nrm=iso>.

educação, no sentido de melhorar sua visão de que o problema é apenas uma falha na saúde mental do aluno²⁷, levando as escolas a assumir diferenças individuais e melhorar suas habilidades no manejo de pessoas com necessidades escolares especiais²⁸.

Os medicamentos de primeira escolha são os estimulantes do sistema nervoso central. Paradoxalmente eles estimulam áreas depressoras, melhorando o comportamento. O tratamento clássico, desde os anos de 1960, é feito com tricíclicos, como a imipramina, a nortriptilina, a clomipramina, a desipramina e a amitriptilina. Mais de 155 estudos entre 1986 e 1996 apontam a eficácia de estimulantes no TDAH, dos quais 25 referem-se detalhadamente aos psicoanalépticos tricíclicos^{29,30}, em especial à imipramina. A maioria dos estudos restringe-se a crianças em idade escolar.

A bupropiona, um inibidor da recaptção da dopamina e da noradrenalina, tem também bons efeitos³¹. A clonidina demonstrou, da mesma forma, efeitos positivos³².

É prudente, no uso de imipramina, fazer um eletrocardiograma no início e outro seis meses depois³³. A imipramina pode ser receitada em dosagem diária, inicial, para crianças com idade entre 7-8 anos: 2-3 drágeas de 10 mg. Para crianças entre 9-12 anos: 1-2 drágeas de 25 mg. Em crianças com mais de 12 anos de idade: 1-3 drágeas de 25 mg. É mais prudente, contudo, fazer-se o cálculo da dose segundo o peso da criança, conforme a tabela.

Medicamento	Dose inicial	Dose usual	Observações
Bupropiona	3 mg/kg/dia mg/dia, estabilizando em 1,5 mg/kg/dia a 6 mg/kg/dia, divididos em 2 a 3 tomadas.	6 mg/kg ou 300mg/dia	Abaixa o limiar a convulsão. Utilizar dividido em 2 a 3 doses.
Imipramina	1 mg/kg/dia, estabilizando em 2 a 5 mg/kg/dia	4 mg/kg ou 200 mg	ECG antes do uso. Fazer avaliação cardiológica.
Nortriptilina	0,5 mg/kg/dia	2 mg/kg ou 100 mg	ECG antes do uso. Fazer avaliação cardiológica.

²⁷ MOURA, Fernando Augusto Groh de Castro. “Sapeca”, “danado”, “abobadinho”, “distante”: considerações antropológicas sobre o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade a partir de entrevistas com professoras de Florianópolis, Santa Catarina. [TCC Ciências Sociais. Or.: Sônia Maluf]. Florianópolis: UFSC, 2013. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/122310/TCL%20FernandoMoura%20finalA5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

²⁸ DUPAUL G. J. STONER, G. **TDAH nas escolas: estratégias de avaliação e intervenção**. São Paulo: M Books, 2007.

²⁹ SPENCER, T.; BIEDERMAN, J.; WILENS, T.; HARDING, M.; O'DONNELL, D.; GRIFFIN, S. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1996;35(4):409-28. Disponível em: <<http://www.jaacap.com/article/S0890-8567%2809%2963512-7/pdf>>.

³⁰ ROHDE, Luis Augusto, et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 2, Dec. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600003&lng=en&nrm=iso>.

³¹ WILENS, T.E.; HAIGHT, B.R.; HARRIGAN, J.P.; HUDZIAK, J.J.; ROSENTHAL, N.E.; CONNOR, D.F. *et al.* Bupropion XL in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled study. **Biol Psychiatry**, 57(7):793-801, 2005. Disponível em: <<http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223%2805%2900104-6/abstract>>.

³² PRINGSHEIM, T.; STEEVES, T. Pharmacological treatment for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children with comorbid tic disorders. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2011, Issue 4. Art. No.: CD007990. DOI: 10.1002/14651858.CD007990.pub2.

³³ CLARKE, A. R. et al. Effects of imipramine hydrochloride on the EEG of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder who are non-responsive to stimulants. **Int J Psychophysiol.** 2008 Jun;68(3):186-92. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2008.01.007. Epub 2008 Feb 1. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18304665>>.

Medicamento	Dose inicial	Dose usual	Observações
Clonidina	<45 kg: 0,05mg antes de dormir, aumentar a cada 0,05mg (2,3 a 4 vezes/dia); >45 kg: 0,1mg antes de dormir, aumentar a cada 0.1mg (2,3 a 4 vezes/dia); Aumento gradual por 1 a 2 semanas. Geralmente as doses são estabilizadas em 0,03 mg/kg/dia e 0,05 mg/kg/dia	27 a 40.5 kg: 0,2 mg; 40.5 a 45 kg: 0.3 mg; >45 kg: 0.4 mg	Sozinho ou como adjuvante a outra medicação. Efetivo para impulsividade e hiperatividade. Útil em casos de distúrbios do sono e piora de tiques com o uso de estimulantes. Monitorar PA e FC.

Casos que não respondem bem a estas medicações devem ser reavaliadas por médico com experiência em psiquiatria da infância e da juventude (preferentemente por psiquiatra com registro de especialista nesta área de atuação). O metilfenidato pode ser uma boa indicação para tais casos.

As prefeituras municipais que quiserem, opcionalmente, colocar o metilfenidato em sua Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) deverão estabelecer regras, segundo o contido no Anexo ao final deste protocolo, pois o metilfenidato é uma anfetamina controlada por regime especial, que corre o risco de ser desviada das finalidades para as quais é receitada.

O mau uso da anfetamina, legal e ilegal

As evidências apontam que o metilfenidato, bastante receitado fora do Sistema Único de Saúde, jamais deve ser indicado para crianças com idade inferior a 6 anos, sendo as terapias comportamentais a primeira escolha de tratamento até essa idade^{34, 35}.

Na bula da principal apresentação farmacêutica brasileira de metilfenidato, na seção "indicações", o fabricante afirma que o uso do medicamento não é indicado em todos os casos de TDAH³⁶. Adenda não haver indicação para crianças que apresentem sintomas secundários a fatores ambientais (em particular, crianças submetidas a maus tratos) ou distúrbios psiquiátricos primários, incluindo-se psicoses. O médico prescritor, pois, precisa ter o cuidado de não banalizar a receita, garantindo qualidade técnica.

O uso abusivo ou não médico do metilfenidato deve ser alvo de análises cuidadosas. Muitas vezes médicos concedem receitas sem uma avaliação adequada, medicando pessoas que não se enquadram nos critérios diagnósticos. Há casos de pessoas que repassam o medicamento para quem queira usá-lo com mantenedor artificial da vigília, como rebite, como *dopping*, como droga recreativa a ser misturada com álcool, ou como um suposto agente de "aprimoramento cognitivo"³⁷. A pressão social por melhoria do desempenho nos estudos e no trabalho é apontada como causa da busca de um fantasioso "aprimoramento cognitivo" através da droga, pois ela é estimulante da vigília e pode evitar o sono.

³⁴ VENANCIO, Sonia Isoyama et al . Metilfenidato no tratamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças e adolescentes. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 14, n. 2, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122012000200016&lng=pt&nrm=iso>.

³⁵ CARACH, A., et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in At-Risk Preschoolers; Long-Term Effectiveness in All Ages; and Variability in Prevalence, Diagnosis, and Treatment. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011 Oct. Report No.: 12-EHC003-EF. **AHRQ Comparative Effectiveness Reviews**. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22191110>>.

³⁶ Ritalina [bula]. Novartis Biociências, 02/08/2013. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/bula/4550/ritalina.htm>>.

³⁷ ORTEGA, Francisco et al . A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 14, n. 34, Sept. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300003&lng=en&nrm=iso>.

A utilização do metilfenidato desviado de pessoas que receberam receitas, ou procedente de receitas erroneamente emitidas, vem ocorrendo na população, inclusive entre empresários e estudantes, para emagrecimento. Ocorre até para uso recreativo, triturado, como pó diluído em água, para ser injetado, segundo relatório da vigilância sanitária³⁸. Os cinco estados maiores consumidores per capita são, por ordem, o Distrito Federal, o Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Goiás. Em Santa Catarina o consumo legal, a partir dos registros de vendas em farmácias em 2009, foi medido em 0,22 mg para cada 1000 habitantes por dia, enquanto a média do Brasil foi de 0,09 mg.

Alguns médicos, de várias especialidades diferentes, na grande maioria não psiquiatras, mesmo sem estarem convencidos do diagnóstico, cedem a pedidos de medicação feitos por pais, professores ou outros atores sociais. Há uma demanda não racional e não terapêutica, com a qual o médico precisará lidar para não incorrer em receita desnecessária de psicotrópico³⁹. Há indícios de que o uso regular de metilfenidato na infância e adolescência, apesar de seu potencial de dependência pequeno, predisponha ou preceda o abuso e a dependência de outras drogas⁴⁰, incluindo álcool etílico⁴¹, tabaco⁴² e cocaína⁴³.

Uso terapêutico de metilfenidato

As doses terapêuticas do metilfenidato para crianças (sempre maiores de 6 anos), geralmente usadas são as seguintes: iniciar com 5 mg uma ou duas vezes ao dia (ex.: no café da manhã e no almoço), com incrementos graduais de 5 a 10 mg por semana. A dosagem diária total deve ser administrada em doses divididas. Não são recomendadas dosagens diárias que excedam 60 mg. É prudente calcular as dosagens segundo o peso do paciente.

Medicamento	Dose inicial	Dose usual	Duração do efeito
Metilfenidato*	5 mg, 1 ou 2 vezes ao dia	5 a 20 mg 2 a 3 vezes ao dia, ou 0,3 mg/kg/dia a 1 mg/kg/dia	3 a 5 horas

Se não for observada melhora dos sintomas após os ajustes de dosagem durante um mês, o medicamento deve ser descontinuado. Se os sintomas se agravarem ou ocorrerem outras reações adversas, reduzir a dose ou, se necessário, descontinuar o medicamento. Em algumas crianças, ocorre insônia, causada pela redução da ação do medicamento à noite. Tais crianças podem então retornar ao seu nível normal de atividade ou distração. Uma dose adicional de curta ação por volta das 20 horas pode resolver esse problema. Uma dose-teste antes de dormir é recomendada para esclarecimento. O metilfenidato deve ser periodicamente descontinuado a fim de se avaliar a criança. A melhora

³⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. **SNGPC Resultados 2009**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/relatorio_2009.pdf>.

³⁹ CALIMAN, Luciana Vieira; DOMITROVIC, Nathalia. Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000300012&lng=en&nrm=iso>.

⁴⁰ VOLKOW, N.D.; SWANSON, J.M. Variables that affect the clinical use and abuse of methylphenidate in the treatment of ADHD. **Am J Psychiatry**, 2003, Nov;160(11):1909-18. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14594733>>.

⁴¹ GRANT, B.F.; DAWSON, D.A. Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. **J Subst Abuse**. 1997;9:103-10. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9494942>>.

⁴² LAMBERT, N.M.; HARTSOUG, C.S. Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non-ADHD participants. **J Learn Disabil**. 1998 Nov-Dec;31(6):533-44. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9813951>>.

⁴³ KOLLINS, S.H.; MacDONALD, E.K.; RUSH, C.R. Assessing the abuse potential of methylphenidate in nonhuman and human subjects: a review. **Pharmacol Biochem Behav.**, 2001 Mar;68(3):611-27. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11325419>>.

pode ser mantida, quando o fármaco é descontinuado temporária ou permanentemente. O tratamento medicamentoso não pode e não precisa ser indefinido. Deve geralmente ser descontinuado durante ou após a puberdade.

Os efeitos colaterais incluem ansiedade, tensão, agitação, hipertireoidismo, arritmia cardíaca, angina do peito grave e glaucoma. Hipersensibilidade ao metilfenidato. Também é contraindicado a pacientes com tiques motores, com parentes com tiques e história familiar ou diagnóstico de síndrome de Gilles de la Tourette.

A indicação de medicamento pode encontrar resistência por parte dos pais. Uma discussão clara em relação aos benefícios da medicação e a proposta de uma experiência, por um período curto de tempo, como um ou dois meses, com interrupção caso os efeitos não forem satisfatórios, pode auxiliar a reduzir a relutância dos pais.

Abordagem psicossocial

Sugere-se alguns temas a serem trabalhados em conjunto com a família e os professores^{44, 45}:

- 1) Orientação da família que concorda em procurar ajuda;
- 2) Manter encontros frequentes de profissional de saúde mental com a família;
- 3) Manter contato com outros especialistas da escola ou que estejam em contato com o aluno;
- 4) Ter uma dose extra de paciência;
- 5) Incentivar os professores a elogiar seu aluno quando conseguir se comportar ou realizar algo;
- 6) Deixar que o aluno se sinta próximo ao professor e a colegas afetivos e positivos;
- 7) Evitar que janelas, portas ou coisas possam distraí-los;
- 8) Deixar regras claras, explícitas e visíveis;
- 9) Estabelecer contato com a criança pelo olhar;
- 10) Falar baixo e de forma clara, de forma gentil e afetuosa;
- 11) Dar orientações curtas e claras;
- 12) Dividir as tarefas complexas em várias partes, com orientações simples;
- 13) Esperar pela resposta do aluno, cada um tem seu tempo;
- 14) Repetir ordens sempre que for necessário;
- 15) Ensinar o aluno a usar a agenda;
- 16) Estabeleça metas individuais;
- 17) Alternar métodos de ensino, evitando aulas repetitivas e monótonas;
- 18) Deixar o aluno ser ajudante do professor;
- 19) Deixar o aluno sair por alguns instantes da sala, se estiver muito agitado;
- 20) Possibilitar o uso de equipamento eletrônicos, multimídia.

Alguns tratamentos comprovadamente eficazes para o manejo do TDAH, além da farmacoterapia, incluem⁴⁶:

- a) treino de pais em manejo de contingências;
- b) aplicação do manejo de contingências em sala de aula;
- c) a combinação de ambas as estratégias.

Nenhum destes tratamentos promove a cura do TDAH, mas causam uma redução temporária dos sintomas e das dificuldades associadas ao problema.

Quando existe comorbidade associada ao quadro de TDAH, como transtorno de conduta ou depressão, um encaminhamento para psicoterapia individual com orientação familiar deve ser realizado. Este tipo de acompanhamento deve ser considerado,

⁴⁴ SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes inquietas: TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

⁴⁵ CASTRO, Chary A. Alba; NASCIMENTO, Luciana. **TDAH Inclusão na Escola: Adequação a Classe Regular de Ensino para Alunos Portadores de TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade)**. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2009.

⁴⁶ DESIDERIO, Rosimeire C. S.; MIYAZAKI, Maria Cristina de O. S. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. **Psicol. esc. educ.**, Campinas, v. 11, n. 1, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572007000100018&lng=pt&nrm=iso>.

mesmo na ausência de comorbidade, quando um sofrimento clinicamente significativo é identificado na criança ou adolescente e na sua família.

Há necessidade de psicoterapia quando existe comorbidade ou problemas secundários considerados graves e de difícil solução na escola, em casa ou socialmente. Embora nem toda criança necessite psicoterapia, todo caso de TDAH requer orientação.

A orientação aos pais visa facilitar o convívio familiar, ajudar a entender o comportamento do portador de TDAH e ensinar técnicas para manejo dos sintomas e prevenção de futuros problemas.

A orientação escolar visa facilitar o convívio de crianças com TDAH com colegas e evitar o desinteresse pela escola e pelos estudos, fato comum em adolescentes portadores de TDAH. O desafio, entretanto, para que esta intervenção ocorra, é conseguir a participação da escola no tratamento.

A orientação e o aconselhamento familiar, preparando pessoas da família para ajudar pacientemente a criança com as tarefas cotidianas e com as atividades ligadas à escola são fundamentais

Os livros de Russell A. Barkley, editados no Brasil pelo Grupo A (Artmed) têm farto material para os profissionais de saúde e de educação dedicados ao tema. Um programa, segundo a visão de Barkley, teria dez passos:

Passos do programa

1. Fornecer informações sobre o TDAH: características, evolução, prognóstico e etiologia do TDAH, associadas a material de leitura e vídeos. Auxilia a modificar crenças incorretas sobre o problema.
2. Discutir causas do comportamento opositivo: fatores que contribuem para a presença de comportamentos opositivos em crianças com TDAH, incluindo: a) Características da criança: saúde, idade, temperamento e dificuldades; b) Características dos pais: saúde, idade, temperamento e dificuldades; c) Conseqüências do comportamento opositivo e coercitivo; d) estressores familiares.
3. Desenvolver um repertório reforçador e de atenção nos pais: orientar em relação ao papel do reforço sobre o comportamento da criança; treinar os pais para reforçar comportamentos adequados e ignorar os inadequados; enfatizar a necessidade de aumentar substancialmente a freqüência de reforços e de atenção aos comportamentos socialmente adequados e de adesão da criança.
4. Orientar os pais a prestarem atenção nas brincadeiras e comportamentos adequados, fornecer comandos diretos e aumentar a freqüência de reforço para comportamentos adequados; treinar na utilização de comandos diretos: Ex: substituir questões como “Por que você não guarda seus brinquedos?” por comandos diretos como “Guarde seus brinquedos na caixa”; Treinar para o fornecimento de atenção positiva freqüente e sistemática quando a criança engajar-se em atividades adequadas enquanto os pais realizam outras atividades.
5. Estabelecer um sistema de fichas: Crianças com TDAH requerem conseqüências mais freqüentes e imediatas para manter comportamentos adequados, que podem ser fornecidas por meio de um sistema de fichas.
6. Treinar na utilização de *time-out* para desobediência: treinar na utilização de custo de resposta (*time-out* do reforço) frente a comportamentos de desobediência, a ser utilizado logo após o início de dois tipos de comportamentos inadequados por parte da criança, escolhidos anteriormente em acordo entre pais e criança.
7. Treinar os pais para utilizar *time-out* ampliado para comportamentos adicionais de desobediência.
8. Treinar os pais para manejar problemas de comportamentos exibidos em locais públicos.
9. Auxiliar os pais a melhorar o comportamento do filho na escola: relatório escolar diário.
10. Ensinar os pais a manejar problemas comportamentais futuros.

Situação Educacional

Os transtornos de aprendizagem compreendem inabilidades específicas, de leitura, escrita (ou soletração) e habilidades matemáticas. O TDAH geralmente está associado, como comorbidade, a transtornos de aprendizagem. A eles podem se somar dificuldades normais de aprendizado. As dificuldades normais são oscilações no rendimento escolar relacionadas a aspectos evolutivos do aluno ou decorrentes de metodologia inadequada, de padrões de exigência da escola, de falta de assiduidade do aluno e de conflitos familiares eventuais.

Alguns pontos a serem trabalhados pelos pedagogos, na linha de pensamento de Barkley⁴⁷, são:

1. Adaptar quantidade de tarefas em sala à capacidade de atenção da criança.
2. Modificar estilo de ensino e currículo (ex. incluir atividades que envolvem participação).
3. Utilizar regras externas (ex. posteres, auto-verbalizações).
4. Fornecer reforçamento freqüente e utilizar custo de resposta.
5. Utilizar conseqüências imediatas para o comportamento.
6. Utilizar reforços de maior magnitude (ex. sistema de fichas).
7. Estabelecer limite de tempo para conclusão de tarefas.
8. Estabelecer hierarquia para custo de resposta em sala de aula.
9. Se as estratégias anteriores não forem efetivas, considerar reunião com pais e encaminhamento da criança.
10. Coordenar as estratégias utilizadas na escola com aquelas utilizadas pelos pais em casa.
11. Controlar o próprio estresse e frustração ao lidar com a criança.

Ao trabalhar com crianças hipercinéticas ou desatentas, na escola, os melhores resultados ocorrem a partir do controle de estímulos e da "quebra" das tarefas em pequenas partes, tornando-as compatíveis com os períodos que a criança consegue manter a concentração, estabelecendo tarefas a serem realizadas em intervalos curtos de tempo⁴⁸. Algumas atividades simples ajudam no relacionamento cotidiano:

O aluno que apresenta o TDAH tem problemas para terminar seus afazeres escolares, para se relacionar bem com outras pessoas e para persistir em determinadas tarefas e termina-las sem uma supervisão. [...]. Para atender o aluno, é preciso também ter uma sala de aula organizada e estruturada, com regras claras, sem muita informação e/ou estímulos na sala ou na lousa, carteiras separadas, limites claros e objetivos, disciplina equilibrada, colocando a criança perto de amigos que não desviem sua atenção e mais próximo da professora. É sempre bom ter intervalos previsíveis, dividindo a tarefa em pequenos objetivos. Além das adaptações dentro da sala de aula, é preciso criar atividades diversificadas para contribuir no desenvolvimento do aluno com TDAH, como atividades físicas para a turma toda, que possibilitam também a integração de todos⁴⁹.

⁴⁷ DESIDERIO, Rosimeire C. S.; MIYAZAKI, Maria Cristina de O. S. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. **Psicol. esc. educ.**, Campinas, v. 11, n. 1, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572007000100018&lng=pt&nrm=iso>.

⁴⁸ BARKLEY, Russell A. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**: TDAH. Porto Alegre: Artmed, 2002.

⁴⁹ BAPTISTA, C. TDAH dentro da escola. Mundo da Inclusão. Minuano (São Paulo), Ano 2, nº 33, p. 12-13, 2013. Apud: MOTA, Alice de Araújo Silva; SENA, Clério Cezar Batista. **A interface entre saúde e educação: relações vinculares frente ao transtorno do déficit de atenção e hiperatividade na sala de aula**. Recife:

Entre os obstáculos para a implementação de programas comportamentais em sala de aula está a falta de tempo do professor. A existência de um segundo professor em sala de aula pode resolver este problema. Os pais, ou alguém ligado à vida extraescolar da criança pode ser treinada para auxiliar nas tarefas diárias, segundo metodologia pregada por Barkley⁵⁰:

Orientações para Auxiliar as Tarefas Diárias

1. Ouvir e respeitar a opinião da criança em relação a local e horário preferidos para a realização das tarefas escolares e para o estudo; se o local inicialmente escolhido for inadequado, incentivar gradualmente mudanças na direção desejada.
2. Alternar estudo e tarefas escolares com outras atividades, como assistir televisão e brincar.
3. Respeitar limites de tempo de concentração da criança, não exigindo além do que esta pode realizar.
4. Auxiliar no planejamento de tarefas que exigem maior tempo de concentração (ex. dividir livro em capítulos, lendo um ou dois de cada vez).
5. Planejar a realização de tarefas escolares de forma a não coincidir com atividades prazerosas para a criança (ex. fazer tarefa em horário diferente do horário do programa de televisão favorito).
6. Treinar sempre, repetidamente dia após dia, a criança com TDAH, deve aprender a reavaliar e mudar seu plano inicial, é uma das tarefas mais importantes que os pais podem fazer para ajudar.
7. Reforçar a criança a cada passo do planejamento executado com sucesso; aumentar gradualmente o nível de desempenho exigido para a liberação do reforço.

Nem todo indivíduo com TDAH apresenta dificuldades na aprendizagem. As dificuldades atencionais podem ser compensadas pelo uso de um bom potencial intelectual, interesse pelo conhecimento e condições didáticas adequadas. Alguns genitores crêem que a escola disponha de um tipo de atendimento próprio e individual para os alunos hiperativos e desatentos, separado das turmas comuns. Essas crianças têm um potencial de aprendizagem igual ao de crianças normais, portanto, não há necessidade de uma escola exclusiva para elas. Elas precisam desse convívio social com colegas de mesma idade. Precisam também aprender a lidar com grupos, com convívio social em ambientes reais, a entender regras, a ter limites. De certa forma a escola representa, em pequena escala, a sociedade em que irão viver quando forem adolescentes e adultos.

As atividades que exigem mais atenção, ou atenção contínua por um período maior e tempo, como as provas, por exemplo, devem ser feitas no início do dia escolar. Após algumas horas de aulas o aluno tende a ceder mais aos estímulos que distraem.

Sobre o dever de casa, o professor deve lembrar que esse aluno pode demorar mais tempo para fazer suas tarefas. São importantes as adequações para que a quantidade de trabalho não exceda seu limite⁵¹.

Centro Psicopedagógico de Atividades Integradas, 2014. Disponível em:
<http://cepai.com.br/downloads/Transtorno_do_Deficit_da_Atencao_com_hiperatividade.pdf>.

⁵⁰ DESIDERIO, Rosimeire C. S.; MIYAZAKI, Maria Cristina de O. S. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. **Psicol. esc. educ.**, Campinas, v. 11, n. 1, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572007000100018&lng=pt&nrm=iso>.

⁵¹ TDAH e dificuldades de aprendizagem: estratégias para um relacionamento saudável entre a criança e a sociedade. [Autoria: Deboracampes]. **RedePsi**, 28 ag. 2011. Disponível em:
<<http://www.redepsi.com.br/2011/08/28/tdah-e-dificuldades-de-aprendizagem-estrat-gias-para-um-relacionamento-saud-vel-entre-a-crian-a-e-a-sociedade/>>.

Anexo

REGRAS PARA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE METILFENIDATO EM MUNICÍPIOS QUE OPCIONALMENTE INCLUAM ESTA MEDICAÇÃO ELETIVA NA RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS (REMUME)

O metilfenidato não faz parte das listas de medicamentos e de procedimentos do SUS. Não consta na RENAME e nem na RENASES. Segundo a lista de medicamentos genéricos registrados na ANVISA, ainda não foi aprovado medicamento genérico a base de metilfenidato. A aprovação deste fármaco nas Relações Municipais de Medicamentos implica gasto orçamentário municipal.

Critérios para o tratamento de transtornos hipercinéticos com metilfenidato

Crianças ou adolescentes, de 7 a 18 anos e 11 meses, residentes no município, com cadastro em Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do município.

Considerações médicas ao prescrever metilfenidato para uma criança ou adolescente com TDAH

- 1) Dados de avaliação física, incluindo, como mínimo, frequência do pulso, pressão arterial, peso e altura; registrar mudanças de peso e altura por meio de curva de crescimento; se houver qualquer sintoma anormal, achados ou antecedentes em relação a afecções cardiovasculares, uma investigação adequada e referência devem ser providenciadas.
- 2) Problemas psicossociais associados ou subjacentes, problemas educacionais, perfil cognitivo e/ou afecções de comorbidade.
- 3) Benefícios, em potência, desse tratamento de curto prazo.
- 4) Possibilidade de adesão.
- 5) Danos em potência, alergias, eventos adversos e contraindicações, incluindo desvio do tratamento farmacológico para uso inadequado e abuso.
- 6) Duração do tratamento e sinais para interromper o tratamento.
- 7) Esquema para seguimento clínico e revisão.

Situações que excluem a prescrição de metilfenidato

- 1) Problema exclusivo de aprendizado (Deficiência de escolaridade decorrente de má adaptação escolar, projeto pedagógico sem singularidade, relação professor-aluno inadequada, propostas de reforço de atividades que expõem a criança/adolescente a conflito diante dos colegas, gerando discriminação e maus tratos entre pares).
- 2) Ansiedade (a existência de ansiedade é sugestiva de sobrecarga emocional que pode ser decorrência de conflitos intrapsíquicos, forte tensão na dinâmica familiar, entre outros).
- 3) Depressão e/ou antecedente familiar de depressão grave.
- 4) Hipertensão arterial sistêmica.
- 5) Doença cardiovascular.
- 6) Transtorno afetivo bipolar ou outros transtornos psiquiátricos primários.
- 7) Transtorno mental orgânico.
- 8) Psicose e/ou antecedente familiar de psicose.
- 9) Alterações da tireóide.

- 10) Glaucoma e/ou antecedente familiar de glaucoma.
- 11) Dependência de álcool e substâncias psicoativas, ou sintomas secundários a fatores ambientais.
- 12) Crianças e adolescentes em uso de fármacos que interagem com metilfenidato.
- 13) Ausência de benefício depois de três meses de tratamento.

Acompanhamento

A equipe multiprofissional deve preencher comunicados regulares, a cada seis meses, por meio de formulários padrão sobre a farmacoterapia, avaliação física, psicossocial e educacional.

Dose e duração do tratamento

A apresentação disponível de metilfenidato é a de metilfenidato 10 mg comprimido (sulcado), de liberação rápida.

Deve ser prescrito nas seguintes posologias: 0,3 mg/kg/dose ou 2,5 a 5 mg/dose via oral por uma ou duas vezes ao dia, aumentando em incrementos de 0,1 mg/kg/dose ou 5-10 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 2 mg/kg/ dia ou 60 mg/dia.

Durante o tratamento observar as seguintes recomendações

- 1) Avaliação de comorbidades e quadros clínicos: a coleta detalhada da história e o exame do estado mental podem ajudar a identificar transtornos comórbidos, inclusive o abuso de substâncias.
- 2) Avaliação periódica para determinar se é indicada redução progressiva do fármaco. Pode-se iniciar tentativa de descontinuação farmacológica caso o paciente se mantenha sem sintomas durante pelo menos 1 ano. As tentativas devem ocorrer em período de férias para evitar complicações nas atividades escolares.

Precauções

Acompanhar distúrbios psiquiátricos e registrar o crescimento da criança a cada seis meses; medir a pressão arterial e a frequência do pulso no início do tratamento e a cada seis meses; ansiedade ou agitação; tiques ou uma história familiar de síndrome de Gilles de la Tourette; epilepsia (suspender o tratamento em caso de aumento de frequência de convulsões). Deve-se evitar a interrupção brusca do tratamento, fazendo-o de forma planejada e gradual.

Contraindicações

Depressão grave, ideação suicida; anorexia nervosa; dependência por álcool ou drogas; psicose, transtorno bipolar sem controle; hipertireoidismo; doença cardiovascular (incluindo insuficiência cardíaca, cardiomiopatia, hipertensão grave e arritmias), anormalidades cardíacas de estrutura; feocromocitoma.

Gravidez e lactação

O tratamento na gravidez deve ser evitado a menos que os benefícios em potência ultrapassem os riscos.

Possíveis reações adversas

Dor abdominal, náusea, vômito, diarreia, dispepsia, boca seca, anorexia, redução do ganho de peso; taquicardia, palpitação, arritmias, alterações na pressão sanguínea; tiques (muito raramente síndrome de Tourette), insônia, nervosismo, astenia, depressão, irritabilidade, agressão, cefaleia, sonolência, tontura, distúrbio do movimento; febre, artralgia; exantema, prurido, alopecia; restrição do crescimento; menos comumente obstipação, sonhos anormais, confusão mental, ideação suicida, polaciúria, hematúria, câibras; epistaxe; raramente sudorese e distúrbios visuais; muito raramente disfunção hepática, arterite cerebral, psicose, convulsões, síndrome neuroléptica maligna, tolerância e dependência, distúrbios sanguíneos incluindo leucopenia e trombocitopenia, dermatite esfoliativa e eritema multiforme.

Interações farmacológicas

As principais interações são:

- 1) Anestésicos gerais – risco aumentado de hipertensão quando metilfenidato é dado com anestésicos gerais líquidos voláteis.
- 2) Antidepressivos - metilfenidato possivelmente inibe o metabolismo de inibidores seletivos de recaptação de serotonina e de tricíclicos; risco de crise hipertensiva quando metilfenidato é empregado junto de inibidores da monoaminoxidase (MAO).
- 3) Anticoagulantes – metilfenidato possivelmente reforça o efeito anticoagulante de cumarínicos.
- 4) Antiepilépticos – metilfenidato aumenta a concentração plasmática de fenitoína; metilfenidato possivelmente aumenta a concentração plasmática de primidona.
- 5) Antipsicóticos – metilfenidato possivelmente aumenta os eventos adversos da risperidona.
- 6) Barbitúricos – metilfenidato possivelmente aumenta a concentração plasmática de fenobarbital.
- 7) Clonidina – sérios eventos adversos foram notificados com o uso concomitante de metilfenidato e clonidina (causalidade não estabelecida).
- 8) Álcool – efeitos de metilfenidato possivelmente são reforçados pelo álcool.

Fluxo de dispensa

A dispensa do medicamento está condicionada ao preenchimento de laudo de acompanhamento do caso clínico.

Para os pacientes acompanhados nos serviços próprios da secretaria municipal de saúde, inclusive CAPS infantil, o formulário preenchido pela equipe multiprofissional deve ficar arquivado em prontuário e, após a prescrição, o usuário deve se dirigir às farmácias de referência para dispensação de metilfenidato de sua região.

Para os pacientes acompanhados pelas instituições com vínculo com o SUS no município, o formulário preenchido pela equipe multiprofissional deve ser encaminhado para o profissional responsável pela avaliação dos documentos, definido pela secretaria municipal de saúde. A dispensa do medicamento, pelas farmácias de referência para dispensação de metilfenidato da região, está vinculada à autorização recebida do profissional responsável pela avaliação. A autorização será concedida por um período máximo de 6 meses. Após este período, há necessidade de nova autorização.

Receita controlada

O metilfenidato está incluído na Portaria 344/98 e RDC nº 22 de 15/02/2001- Lista A3 (substâncias psicotrópicas), sendo prescrito em receituário especial (talonário do tipo A, amarelo), entregue pela Vigilância Sanitária à instituição ou ao médico. A quantidade prescrita deve ser para no máximo 30 dias.