

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por LEONARDO S. GASPAR<sup>1</sup> E  
ANA G. HOUNIE<sup>2</sup>

# ARTIGO

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

### ADHD: BASICS FOR THE GENERAL PSYCHIATRIST

#### Resumo

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é bastante frequente, com altas taxas de comorbidades e com grande impacto na vida do seu portador. Amplamente estudado em Psiquiatria vem, historicamente, sofrendo modificações importantes em seus critérios diagnósticos, sendo que a sua forma adulta vem ganhando ênfase nas últimas edições dos sistemas de classificação de doenças mentais. O diagnóstico continua sendo clínico e o tratamento tem como base intervenções psicossociais e o tratamento medicamentoso, sendo a primeira escolha o uso de estimulantes.

**Palavras Chaves:** ADHD, Tratamento

#### Abstract

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is highly prevalent and presents high rates of comorbidities and great impact on patients' lives. ADHD has been extensively studied in Psychiatry and subjected to significant changes in its diagnostic criteria. ADHD in adults is gaining emphasis in recent editions of the classification systems. The diagnosis remains clinical and the treatment is based on psychosocial and psychopharmacological interventions. Psychostimulants are the first choice for the treatment of ADHD.

**Keywords:** ADHD, TREATMENT

#### Introdução

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um transtorno mental frequente, multifatorial e crônico que envolve alterações neurobiológicas e que apresenta basicamente três categorias de sintomas que devem ocorrer em nível não adaptativo quando se leva em consideração o estágio de desenvolvimento do indivíduo: desatenção, hiperatividade e impulsividade. A apresentação do transtorno é variável e pode haver predominância de um grupo de sintomas em relação a outro e, inclusive, “migração” da predomi-

nância de um grupo de sintomas para outro ao longo da vida de um mesmo indivíduo. Por isso, a apresentação do TDAH varia bastante de uma pessoa para outra. A “carga” genética do transtorno, a presença de outros problemas clínicos e/ou psiquiátricos, o temperamento do indivíduo assim como o meio no qual está inserido também estão implicados nas diferentes formas de apresentação do TDAH. O seu componente genético tem sido amplamente estudado<sup>1,2</sup>. Além disso, o TDAH apresenta uma vasta gama de comorbidades<sup>3</sup> e negligenciar o seu tratamento pode trazer consequências nocivas para a vida do indivíduo<sup>4</sup>.

Aproximadamente 5,3% das crianças e adolescentes apresentam diagnóstico de TDAH<sup>5</sup>. Há evidências da persistência do quadro na vida adulta em 60 a 70% dos casos<sup>6</sup>.

O poema “Fidgety Philip\*” do médico alemão Heinrich Hoffman, de 1845, talvez seja uma das primeiras descrições da hiperatividade em crianças. No entanto, em 1789, Alexander Crichton descreveu um quadro que poderia corresponder a um TDAH do subtipo desatento no seu livro “An inquiry into the nature and origin of mental derangement”. Em 1902, o pediatra George Still descreveu de forma rudimentar o comportamento de 43 crianças de sua clínica, que talvez hoje recebessem o diagnóstico de TDAH, como decorrentes de “defeitos mórbidos do controle moral”<sup>7,8</sup>.

O termo “Lesão Cerebral Mínima”, lançado por Alfred Strauss em 1941, ligou os sintomas comportamentais, incluindo a hiperatividade e o déficit atencivo, a lesões cerebrais. Em 1966, surgiu o termo “Disfunção Cerebral Mínima”, considerando aspectos disfuncionais e não puramente estruturais das vias nervosas envolvidas<sup>7,8,9</sup>.

O termo Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade foi consolidado pelo DSM-III-R, pelo DSM-IV e pelo DSM-IV-TRTM 10 em 1987, 1994 e 2002, respectivamente. O primeiro passou a considerar que as alterações comportamentais poderiam ter causas não puramente “emocionais” e o segundo, além de elencar os

\* No Brasil foi publicado com o título João Felpudo, Editora Iluminuras.



## LEONARDO S. GASPAR<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Psiquiatra. Área de Atuação em Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental pelo Instituto Catarinense de Terapias Cognitivas.*

sintomas de TDAH nas categorias “Desatento”, “Hiperativo/Impulsivo” e “Combinado”, passou a considerar a persistência dos sintomas na vida adulta. Antes disso, o TDAH recebia designações como “Reação Hiperkinética da Infância e da Adolescência” (DSM II), “Síndrome Hiperkinética” (CID-9), “Transtorno de Déficit de Atenção” com e sem Hiperatividade (DSM-III) e, na CID-10, aparece ainda hoje como “Transtornos Hiperkinéticos”<sup>7,8</sup>.

Os critérios do DSM-IV-TR<sup>TM</sup> para TDAH<sup>10</sup> podem ser vistos na tabela 1.

**Tabela 1**

### CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TDAH SEGUNDO O DSM-IV-TR<sup>TM</sup>

A. Ou (1) ou (2)

(1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Desatenção:

(a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras

(b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas

(c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra

(d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)

(e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades

(f) com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)

(g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)

(h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa

(i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias

(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade:

(a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira

(b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado

(c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)

(d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer

(e) está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”

(f) frequentemente fala em demasia

Impulsividade:

(g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas

(h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez

(i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo, intromete-se em conversas ou brincadeiras)

B. Alguns sintomas de hiperatividade/impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por exemplo, na escola [ou trabalho] e em casa).

D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo ou um transtorno da personalidade).

Codificar com base no tipo:

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado: se tanto o Critério A1 quanto o Critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses.

F98.8 - 314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento: Se o Critério A1 é satisfeito, mas o Critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: Se o Critério A2 é satisfeito, mas o Critério A1 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

Nota para a codificação: Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem todos os critérios, especificar “Em Remissão Parcial”.

Algumas mudanças vêm sendo sugeridas para o DSM-V. Uma revisão sistemática observou que apenas metade dos adultos que são avaliados para os sintomas de TDAH assinalam a sua presença aos 7 anos de idade e que estudos com vários desenhos apontam para uma transição do ponto de corte da infância para a adolescência. Desta forma, foi proposta a reformulação do critério, com a modificação da exigência da presença de sintomas de TDAH aos 7 para os 12 anos, minimizando os falsos negativos que podem ocorrer quando os casos são avaliados mais tardiamente, o que

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por **LEONARDO S. GASPAR<sup>1</sup>** E  
**ANA G. HOUNIE<sup>2</sup>**

# ARTIGO

dificulta a recuperação de dados acerca da idade de início dos sintomas<sup>11</sup>. Na prática, adolescentes que não recebiam o diagnóstico por não ter tido prejuízo na vida escolar antes dos 7 anos de idade, podem receber o diagnóstico. Consequentemente, o número de diagnósticos pode aumentar, sem significar um aumento real de incidência e prevalência.

Embora o DSM-IV-TR<sup>TM</sup> considere a persistência dos sintomas na vida adulta, os critérios foram desenvolvidos e validados usando em sua maioria crianças e adolescentes do sexo masculino. Além disso, a aplicação direta dos critérios para os adultos é questionável. Assim, o desenvolvimento do DSM-V oferece uma grande oportunidade para se rever os critérios para adultos com TDAH, com base nas crescentes pesquisas no adulto, inclusive auxiliando a pontuar as diferenças em sua expressão entre os gêneros<sup>12,13</sup>.

## Diagnóstico

A hiperatividade, a impulsividade e o déficit de atenção, como sintomas, aparecem em outros transtornos psiquiátricos e podem ser secundários a diversas condições clínicas, ao uso de determinadas medicações e à exposição a estressores ambientais. A presença destes sintomas, portanto, não garante o diagnóstico de TDAH. Torna-se fundamental, portanto, diferenciar o déficit de atenção do TDAH daquele decorrente de outras causas<sup>14</sup>.

O diagnóstico de TDAH, até o momento, baseia-se na coleta cuidadosa da história clínica e no exame do estado mental dos pacientes, buscando-se excluir outras condições que possam mimetizar os sintomas e investigar a presença de comorbidades. No caso de crianças e adolescentes, a escola pode fornecer informações valiosas acerca do seu funcionamento. Há escalas de auxílio diagnóstico que podem ser aplicadas aos pais, parentes e professores. No adulto utiliza-se a escala ASRS-18 para avaliar os sintomas. Na criança, utiliza-se a SNAP-IV e as escalas de Conners para Pais e Professores. Essas escalas são úteis para quantificação da melhora dos sintomas ao longo do tratamento e para a sistematização do diagnóstico. Além dos critérios para TDAH a SNAP possui algumas questões relacionadas a alterações de conduta e oposição desafiante.

Embora a clínica seja soberana para o diagnóstico de TDAH, pode-se lançar mão de solicitações de avaliações de outros profissionais: neurologistas, psicólogos, fonoaudiólogos e psicopedagogos para auxiliarem no diagnóstico diferencial avaliando a presença de comorbidades, como, por exemplo, Transtornos de Aprendizagem e Retardo Mental. Isso é importante para a elaboração do melhor

tratamento a ser estruturado pelos profissionais envolvidos no caso. Importante ressaltar que, apesar de comum nas crianças e adolescentes, nem sempre o prejuízo funcional do TDAH é a dificuldade escolar e que a queixa principal dos pais no consultório pode ser decorrente de comorbidades psiquiátricas. A ausência de alterações no exame neurológico, na avaliação neuropsicológica ou em qualquer exame de imagem não exclui o diagnóstico uma vez tendo sido constatada a síndrome na avaliação clínica e corroborada pelo preenchimento dos critérios para TDAH pelo DSM-IV e pela CID-10<sup>15</sup>. Salientamos que o código oficialmente em uso no Brasil é a CID-10, enquanto que o DSM-IV é o mais utilizado no meio acadêmico e nas publicações científicas.

## Psicopatologia

A base de todo diagnóstico psiquiátrico é a avaliação da psicopatologia. Não custa relembrar aqui os conceitos básicos que devem nortear o diagnóstico. A atenção é um processo cerebral que tem por função direcionar a atividade psíquica ao estímulo que o solicita a fim de fixar, definir e selecionar percepções, representações e elaborar o pensamento<sup>16</sup>. Assim, a atenção regula os estímulos sensoriais, os impulsos motores e as emoções. As estruturas cerebrais envolvidas na atenção são as regiões pré-frontais (dorso-lateral, cíngulo e órbita-frontal), o lobo parietal, os gânglios da base e o cerebelo<sup>17</sup>.

A atenção pode ser voluntária ou espontânea (involuntária). Outras funções psíquicas interagem com a atenção, de modo que esta se modifica em função das alterações da consciência, da vontade e da afetividade. A atenção tem duas qualidades: a tenacidade e a vigilância. A tenacidade é a capacidade de manter a atenção orientada a um foco e, a vigilância, a capacidade de alternar o foco de atenção. Em geral, elas se comportam de modo antagônico. Os conceitos que o clínico deve manter em mente ao avaliar a atenção são: distração, distraibilidade, hiperprosexia, hipoprosexia e aprosexia, definidas abaixo:

**Distração:** concentração aumentada em relação a um foco com perda da percepção do que está fora desse foco (hipertenacidade e hipovigilância). Por alguns chamada de “hiperfoco”. É o que causa os portadores de TDAH ficarem “no mundo da lua”.

**Hiperprosexia:** aumento da atenção, em especial da vigilância. Para Bleuler<sup>18</sup>, equivaleria à distraibilidade, ocorrendo labilidade da atenção, por exemplo nos estados de excitação psicomotora (mania, hipomania, ansiedade, no abuso de anfetamínicos, etc).

**Distraibilidade:** dificuldade ou incapacidade patológica de se



**ANA G. HOUNIE<sup>2</sup>**

<sup>2</sup> *Psiquiatra. Doutora em Ciências. Coordenadora do Ambulatório de Síndrome de Tourette do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo. Supervisora do ambulatório de Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo da Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (UPIA) da Universidade Federal de São Paulo.*

concentrar (hipotenacidade e hipervigilância).

**Hipoproxia:** redução de todos os aspectos da atenção. Ocorre nos estados depressivos, na esquizofrenia, no retardo mental, na embriaguez e em todos os quadros em que há redução do nível de consciência.

**Aprosexia:** absoluta falta de atenção, independentemente da força do estímulo. Ocorre em estados demenciais avançados e no estupor<sup>18</sup>.

Às vezes, é difícil diferenciar se a patologia da atenção se deve ao TDAH ou a algum outro transtorno como, por exemplo, quadros bipolares, ansiosos ou na Síndrome de Tourette. Os pacientes hipomaniacos podem confundir-se com os portadores de TDAH devido à similaridade dos quadros; ambos são agitados, impulsivos, falantes e desatentos. No entanto, no paciente bipolar, observa-se alternância da polaridade do humor, tendência maior à irritabilidade, conteúdo do discurso grandioso ou tendendo à exaltação de características próprias ("ego inflado"), velocidade da fala aumentada ou discurso jocoso ou eufórico. No TDAH, no entanto, não há alegria excessiva, o padrão hiperativo é crônico e não cíclico e, no que concerne à atenção, quando há interesse ou recompensa imediata no assunto, em geral, a concentração é boa (o que explica por que crianças hiperativas conseguem ficar horas no computador ou videogame). Nos transtornos ansiosos (Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno de Pânico, por exemplo), a concentração encontra-se prejudicada e em geral há hipervigilância. No Transtorno Obsessivo-Compulsivo, em contrapartida, há hipertenacidade e hipovigilância. Em crianças com síndrome de Tourette, a prevalência de TDAH e de TOC é mais alta do que na população em geral. Nestes casos deve-se avaliar se o déficit de atenção é um sintoma de TDAH ou se é secundário aos tiques ou a fenômenos obsessivo-compulsivos. É frequente que os tiques interrompam o curso do pensamento ou da fala. Também as obsessões (ou a ruminação obsessiva do deprimido) podem dar a impressão de que há um déficit de atenção, quando na verdade o paciente está realizando rituais mentais. A distração pode ocorrer por vários motivos num mesmo paciente. Nesse caso, ao longo do tratamento, cabe monitorar a melhora de cada tipo de distração para adequar a psicofarmacoterapia.

Os sintomas de TDAH costumam modificar-se ao longo do tempo. Com a maturação do SNC alguns sintomas como a hiperatividade e a impulsividade vão melhorando, de modo que no adulto, 2/3 dos casos permanecem com sintomas, em especial os de desatenção<sup>19,20</sup>.

Outra particularidade que merece ser mencionada é o diagnóstico de acordo com o gênero. As mulheres com TDAH costumam

apresentar um perfil de comorbidades diferentes, com mais depressão e transtornos de ansiedade, enquanto os homens apresentam mais transtorno de personalidade antissocial, e abuso de substâncias<sup>21</sup>.

## Tratamento

O tratamento ideal envolve uma combinação de medidas ambientais e farmacológicas. Dentro das intervenções psicossociais, salientamos a implementação de adequado suporte psicoeducacional direcionado aos pacientes, familiares e professores, assim como orientação escolar. A abordagem psicoterápica abarca não só os sintomas do TDAH, mas também das comorbidades.

### a) Psicofarmacológico

Abordaremos aqui, dentro do tratamento medicamentoso, a utilização dos estimulantes, que são o tratamento de primeira escolha no TDAH. Quando da falha dos estimulantes, ou quando de sua contraindicação, outras opções terapêuticas existem, e para isso referimos o leitor para a literatura especializada. Há várias tentativas de algoritmos para o tratamento medicamentoso do TDAH. No entanto, o plano terapêutico deve ser individualizado, levando-se em consideração a presença de comorbidades clínicas e psiquiátricas, a tolerabilidade da medicação e a condição financeira do paciente<sup>22</sup>.

Os estimulantes são a primeira escolha dentro do tratamento psicofarmacológico do TDAH. No Brasil, temos disponíveis os derivados do metilfenidato e a lisdexanfetamina (um derivado da anfetamina), que chegou recentemente ao mercado brasileiro. É importante escalonar as doses das medicações, buscando-se a maior eficácia com a menor taxa possível de efeitos colaterais.

Na Tabela 2 estão dispostos os medicamentos estimulantes disponíveis no Brasil. Em alguns estados brasileiros o metilfenidato de curta duração está disponível na rede pública. As outras formulações somente estão disponíveis nas farmácias particulares. Todos os estimulantes devem ser receitados na receita (amarela) do tipo A. A quantidade máxima a ser prescrita é a utilizada em 30 dias de tratamento. Prescrições fora dessa norma devem ser acompanhadas de justificativa.

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por **LEONARDO S. GASPAR<sup>1</sup>** E  
**ANA G. HOUNIE<sup>2</sup>**

# ARTIGO

**Tabela 2**

NOME GENÉRICO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO	DURAÇÃO APROXIMADA DO EFEITO
Lisdexanfetamina	Venvanse <sup>*</sup>	Cápsulas de 30, 50 ou 70mg	12 horas
Metilfenidato (ação curta)	Ritalina <sup>*</sup>	Comprimidos de 10mg	3 a 5 horas
Metilfenidato (metilfenidato de longa ação OROS)	Concerta <sup>*</sup>	Cápsulas de 18, 36 ou 54mg	12 horas
Metilfenidato (metilfenidato de longa ação SODAS)	Ritalina LA <sup>*</sup>	Cápsulas de 20, 30 ou 40mg pela manhã	8 horas

OROS<sup>®</sup> (osmotic-controlled release oral delivery system)  
SODAS<sup>®</sup> (spheroidal oral drug absorption system)

Geralmente, inicia-se o tratamento com o metilfenidato de ação curta, para escalonamento da dose. As doses utilizadas variam de 0,4 a 1,3mg/kg/dia. Atingida a dose eficaz, conforme a evolução do paciente, as características do transtorno, as comorbidades psiquiátricas, o perfil de efeitos colaterais e os recursos financeiros do paciente e/ou de sua família, troca-se o metilfenidato de curta para o de longa ação, levando-se em consideração a correspondência de doses entre as formulações. Cerca de 70% de crianças e jovens respondem a um dos medicamentos estimulantes em doses terapêuticas<sup>14</sup>. As versões de estimulantes de longa ação, a despeito do alto custo, têm as vantagens de dose única diária e, por conseguinte, de melhora da adesão. A lisdexanfetamina, apesar de ser de alto custo financeiro, possui a vantagem de, por ser um pró-fármaco ingerido em sua forma inativa, diminuir o potencial de abuso se comparado principalmente às anfetaminas de ação imediata. Além disso, possui um tempo mais longo de ação, sendo vantajoso para aqueles que estudam/trabalham à tarde e à noite, o que também ocorre com a versão OROS<sup>®</sup> do metilfenidato.

Os estimulantes podem causar redução de apetite e, diante de estudos que demonstram que indivíduos submetidos ao uso destas medicações poderiam ter sua velocidade de crescimento diminuída e sua estatura final comprometida em 1 a 2 cm<sup>14</sup>, deve-se fazer o monitoramento cuidadoso do paciente em relação a perdas ponderais e, em crianças, o acompanhamento rigoroso também das curvas de crescimento. Modificações nos horários de adminis-

tração e ajustes nas doses dos psicoestimulantes podem ser suficientes para o desaparecimento da insônia, outro efeito colateral frequente. Devemos investigar alterações do sono progressas ao tratamento, comuns no TDAH. Não raro, pacientes com dificuldades prévias em conciliar o sono apresentam melhora do quadro após algumas semanas de tratamento com os psicoestimulantes.

Em pré-escolares, deve-se buscar como primeiro recurso terapêutico a orientação dos pais e dos professores. Na falha deste, deve-se considerar então a implementação, medindo-se a relação risco-benefício, de tratamento medicamentoso. Evidências sugerem que a taxa de metabolização da me-

dicção estimulante é mais lenta em crianças de 4 a 5 anos de idade, de modo que deve ser iniciada com uma dose mais baixa e incrementada aos poucos. Embora haja evidência moderada de que o metilfenidato seja seguro e eficaz em crianças pré-escolares, a sua utilização neste grupo etário permanece "off-label". Embora o uso de dextroanfetamina seja aprovado pelo FDA para menores de 6 anos, a evidência insuficiente acerca da segurança e da eficácia neste grupo etário não torna possível sua recomendação, neste momento. Atenção e suporte especiais devem ser dados aos pais de pacientes com TDAH que também sejam portadores<sup>14</sup>.

Solicitar avaliação cardiológica antes da introdução de estimulantes é mandatório em pacientes com história pessoal ou familiar de problemas cardíacos. É importante a realização da busca ativa, na anamnese, de história pessoal e familiar de doenças cardíacas, em especial Síndrome de Wolf-Parkinson-White, morte súbita na família, cardiomiopatia hipertrófica, Síndrome do QT longo<sup>14</sup>.

## b) Psicoterápico

Na terapia cognitivo-comportamental, dentro de sessões bem estruturadas e individualizadas, além do suporte psicoeducacional, do monitoramento dos sintomas e da verificação da adesão ao tratamento medicamentoso (quando implementado), o paciente tem acesso a estratégias aplicadas em módulos, como por exemplo<sup>23</sup>:

- organização e planejamento (uso adequado de agenda e de uma lista de tarefas, organização de múltiplas tarefas, auxílio no estabelecimento de prioridades, solução de problemas como desmembrar tarefas em partes menores e incremento da habilidade de eleição da melhor solução para



- um problema, organização de papéis);
- gerenciamento da distraibilidade (determinação do tempo de duração de atenção, adequação das tarefas de acordo com o tempo, modificação do ambiente, uso de cronômetro e lembretes);
- uso do pensamento adaptativo (refinamento da capacidade de autoinstrução; identificação e questionamento de pensamentos negativos ou erros cognitivos, aprimoramento da capacidade de identificar soluções racionais diante de uma situação problemática);
- gerenciamento da procrastinação.

No que se refere às crianças, os pais são geralmente treinados para incrementar suas habilidades para modificar o comportamento de seus filhos. E as crianças aprendem a regular o próprio comportamento. As técnicas comportamentais parecem diminuir a necessidade de doses maiores de estimulantes e aumentar a satisfação dos pais e professores de crianças que receberam a terapia combinada com medicações<sup>23</sup>. É preciso auxiliar os pais no estabelecimento de expectativas realistas para o comportamento dos filhos e ajudá-los a definir problemas. Os pais precisam ser ensinados a reforçar os comportamentos desejáveis dos seus filhos (através de técnicas como reforço positivo, reforço negativo, modelagem, controle de contingência), lidar com comportamentos indesejáveis (extinção, "time out", remoção de recompensas e privilégios) e a dar ordens e instruções.<sup>24</sup>

## Conclusão

O tratamento do TDAH, na maioria das vezes, exige uma abordagem multidisciplinar compreendendo médicos, psicólogos, neuropsicólogos, psicopedagogos e professores. A abordagem psicofarmacológica deve ser individualizada e os suportes psicoeducacional e psicoterápico são de suma importância para o manejo dos pacientes.

*Correspondência:*  
Leonardo Salvador Gaspar  
Rua Presidente Nereu Ramos, n.69, sala 409,  
Centro, Florianópolis-SC,  
CEP 88015-010  
leosalgas@gmail.com

*Conflito de interesse e fontes de financiamento inexistentes*

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por **LEONARDO S. GASPAR<sup>1</sup> E**  
**ANA G. HOUNIE<sup>2</sup>**

# ARTIGO

## Referências

- 1. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;57:1313-23.
- 2. Biederman J, Faraone SV, Mick E, et al. High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study. *Am J Psychiatry*. 1995;152:431-35.
- 3. Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163:716-23.
- 4. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. *ADHD in Adults: What the Science Says*. New York: Guilford Press;2007.
- 5. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BI et al. The worldwide prevalence of ADHD a systematic review and meta-regression analysis. *AM J Psychiatry* 2007;164(6):942-48.
- 6. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence he persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 2002;111(2):279-89.
- 7. Barkley AR. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- 8. Stubbe DE. Attention deficit/hiperactivity disorder: over view historical perspective current controversies and future direction. *Child and Psychiatric Clinic of North America* 2000;9(3):469-79.
- 9. Barbosa GA. *Transtornos hipercinéticos*. Infanto 1995;3:12-9.
- 10. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR™ – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Ed. rev. Porto Alegre: Artmed;2002.
- 11. Kieling C, Kieling RR, Rohde LA et al. The Age at Onset of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry* 2010;167:14-16.
- 12. Robison RJ, Reimherr FW, Marchant BK, et al. Gender differences in 2 clinical trials of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a retrospective data analysis. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:213-21.
- 13. Faraone SV, Kunwar A, Adamson J, Biederman J. Personality traits among ADHD adults: implications of late-onset and subthreshold diagnoses. *Psychol Med*. 2009;39:685-93.
- 14. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children and adolescents. *Pediatrics*; originally published online October 16, 2011.
- 15. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas;1993.
- 16. Paim I. *Curso de psicopatologia*. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas;1979.
- 17. Arnsten AF, Rubia K. Neurobiological circuits regulating attention, cognitive control, motivation, and emotion: disruptions in neurodevelopmental psychiatric disorders.. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51(4):356-67.
- 18. Dalgalarondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed;2000.
- 19. Faraone SV, Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *J Atten Disord*. 2005;9:384-91.
- 20. Kessler RC, Adler LA, Barkley R, et al. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry*. 2005;57:1442-51.
- 21. Robison RJ, Reimherr FW, Marchant BK, et al. Gender differences in 2 clinical trials of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a retrospective data analysis. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:213-21.
- 22. Wayne HG. *Psicofarmacologia Clínica da Infância e da Adolescência*. São Paulo: Guanabara Koogan;2008.
- 23. Safren SA, Perlman CA, Sprich S et al. *Dominando o TDAH adulto: programa de tratamento cognitivo-comportamental*. Manual do Terapeuta. Porto Alegre: Artmed;2008.
- 24. Friedberg DR, McClure JM. *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed;2004.