

TRANSTORNOS DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Disciplina de Psicopatologia Infanto-Juvenil
4a. aula



F.B. ASSUMPCÃO JR.
cassiterides@bol.com.br

TRANSTORNOS DE ESCOLARIDADE

Dependentes da própria criança/adolescente

a. Avaliação Psiquiátrica

Sem psicopatologia

Com Psicopatologia

Comportamento

Primário

Disjuntivo

Secundário

TDAH

Outras Patologias Psiquiátricas

b. Avaliação Médica

Saúde Geral

Crescimento e desenvolvimento

Visão e audição

Convulsões

Uso de medicações

TDAH

Outras

TRANSTORNOS DE ESCOLARIDADE

Dependentes da própria criança/adolescente

c. Avaliação Psicoeducacional

Normal

Anormal

Borderline

RM

Distúrbios de Desenvolvimento

Distúrbios Específicos

TDAH

TRANSTORNOS DE ESCOLARIDADE

Dependentes da Família

Funcional

Sem patologia

Características parentais

**separados
trabalho
valores**

Disfuncional **características do casal**

**primárias
secundárias**

características familiares

**primárias
secundárias**

TRANSTORNOS DE ESCOLARIDADE

Dependentes do Ambiente

Comunidade

Sistema de Valores
Relações problemáticas
Sem problemas

Escola

Programas especiais

sem problemas
avaliar serviços

Ambiente escolar

dificuldades
professores
competência
personalidade
sem problemas

AVALIAÇÃO EDUCACIONAL

Meio Educacional

Adequado

Inadequado

Oportunidade educacional

Inadequada

(Programas compensatórios)

Adequada

Funcionamento
Sensorial

Adequado

Inadequado

(Educação especial)

Funcionamento Cognitivo

Inadequado

(Educação Especial)

Adequado

Funcionamento NPQ e NPS

HISTÓRICO



TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS HISTÓRICO - I

Hoffman (1845) descreve uma conduta infantil, em um livro de contos (“Zappel-Philips”)

Still (1902): crianças com temperamento violento, altamente revoltadas, perversas, destruidoras, com ausência de respostas aos castigos, frequentemente inquietas e molestas, com movimentos quase coreiformes, incapacidade em manter atenção e déficit escolar.

Associado a fatores genéticos e ambientais, qualificando-o de problema médico associado a lesão cerebral, embora essa só se demonstrasse em algumas crianças.

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS HISTÓRICO - II -

Tredgold (1914): diagnóstico diferencial entre hipercinéticos e deficientes mentais, com esses apresentando anormalidades de paladar, sinais neurológicos menores, diminuição de atenção, distraibilidade e desobediência.

Streker (1924): apareciam após quadro encefalítico com instabilidade emocional, irritabilidade, obstinação, tendência a mentir e a roubar, déficits de atenção e de memória, descoordenações, tiques, depressão, pobre controle motor e hiperatividade.

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS HISTÓRICO -III-

1937 – Primeira utilização de psicoestimulantes- Charles Bradley descobre e utiliza benzedrina para diminuir a agitação de crianças turbulentas após quadros de meningites. Demonstra também a eficácia do tratamento com anfetaminas sobre o comportamento de pacientes adultos hospitalizados.

Síndrome de Strauss (1940) com a nomenclatura de “Minimal Brain Damage”, com esboços de intervenção terapêutica e psicopedagógica voltada para as dificuldades de aprendizagem e de rendimento escolar.

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS HISTÓRICO -IV-

Laureta Bender (1942): “Síndrome Pós Encefalítica” como “reação de personalidade de tipo psicopática com hipercinesia”.

Panizzon (1944) sintetiza em Bâle o metilfenidato.

1954 – Comercialização da Ritalina na Suíça e Alemanha

“Disfunção Cerebral Mínima” (1960), explicando melhor uma possível etiologia estabelecendo as possíveis correlações anátomo-clínicas.

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS HISTÓRICO -V-

1960-1970 – Generalização do uso da Ritalina nos EUA e tomada de consciência do público da entidade mórbida.

DSM II – Descrição da “Reação Hiperkinética da Infância

Clement e Peters (1970) presença de lesão orgânica não definida de maneira direta e clara, indiretamente apoiada em (1) sintomatologia semelhante e déficit perceptivo igual a de crianças com lesão cerebral; (2) correlação positiva entre alterações de aprendizado e de conduta; (3) boa resposta às drogas e não a psicoterapia.

Etiologia desconhecida embora refira-se ao lobo frontal.

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS HISTÓRICO -VI-

1970-1975 – Primeiras polêmicas na utilização de Ritalina na mídia americana. Pesquisas como alternativa ao tratamento medicamentoso.

B. Feingold propõe o uso de dietas específicas.

1975-1980 – Retorno ao uso de medicamentos

1979 – DSM III – Proposta do nome de Transtorno do Déficit de Atenção.

Início da utilização da Ritalina na França.

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS HISTÓRICO -VII-

1987 – Denomina-se Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (DSM III-R)

1990 – Primeiros estudos de neuroimagem apontam diferenças entre cérebros de crianças hiperativas e de crianças normais.

1994 – O transtorno atencional é considerado o centro do problema, com a hiperatividade podendo ou não estar presente. Subtipos individualizados ao DSM I vem função do predomínio da desatenção, hiperatividade ou impulsividade.

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS HISTÓRICO -VIII-

1998 – Novas pesquisas mostram que o problema atinge adolescentes e adultos.

Custo social subestimado.

2002 – Validade do conceito estabelecida. Convergência de dados entre pesquisa clínica, genética, neuroanatômica, epidemiológica e eletrofisiológica.

DSM IV-TR mantém o contexto diagnóstico e individualiza o quadro em adolescentes e adultos.

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

HISTÓRICO -Nomenclatura-

Hoffman -	1845 -	“Zappel Philip
“Bourneville -	1897 -	“Criança Instável”
Still -	1902 -	“Defeito do Controle Moral”
Tredgold -	1908 -	Hiperatividade em DM
Kahn e Cohen -	1934 -	“Síndrome da Impulsividade Orgânica”
Bender -	1942 -	“Síndrome Pós-Encefalítica”
Strauss -	1947 -	“Lesão Cerebral Mínima”
Golnitz -	1954 -	“Síndrome Hiperkinética”
Clement e Peters -	1962 -	“Disfunção Cerebral Mínima”
DSM II -	1968 -	Reação Hiperkinética
DSM III -	1980 -	Transtorno do Déficit de Atenção c/s hiperatividade

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

HISTÓRICO -Hipóteses neuroanatômicas-

Laufer -	1957 -	Diencéfalo
Knobel -	1959 -	Funcionalidade cortical
Conners e Eisemberg	1964 -	Capacidade cortical inibitória
Wender	1971 -	área límbica
Matte -	1980 -	lobo frontal
Lou -	1984 -	lobo frontal
Porrino -	1984 -	núcleo acumbeus
Gualtieri e Hicks -	1985 -	lobo frontal
Hunt -	1985 -	locus coeruleus
Evans -	1986 -	lobo frontal
Chilume -	1986 -	lobo frontal
Lou -	1989 -	núcleo estriado
Zametkin -	1990 -	córtex pré-frontal

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS HISTÓRICO -DSM IV-

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 em detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras

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

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

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

HISTÓRICO -DSM IV-

(d) com frequência não segue as 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 em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante

(g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades

(h) é facilmente distraído por estímulos alheios a tarefa

(i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

HISTÓRICO -DSM IV-

(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 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 isso é inapropriado**
- (d) com frequência tem dificuldades 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 interrompe ou se mete em assuntos de outros**

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS HISTÓRICO -DSM IV-

Impulsividade

- (g) frequentemente dá respostas precipitadas antes das perguntas terem sido completadas**
- (h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez**
- (i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros**

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

D - Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou funcional

TDAH

Descrito como um transtorno onde se observam padrões persistentes de desatenção, hiperatividade e impulsividade, mais freqüentes e graves que aqueles observados em indivíduos com nível de desenvolvimento similar.

(Silver, 1999)

Prevalência varia de 2% a 17%, aventando a questão da variabilidade diagnóstica.

(Am J Psychiatry, Editorial, 2003)

Entre 30% e 50% dos pacientes avaliados por profissionais de Saúde Mental podem ser enquadrados como suspeitos de apresentar TDAH.

(Silver, 1999)

DIAGNÓSTICO E PREVALÊNCIA



TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS PREVALÊNCIA - I

É a primeira causa de consulta em psicopatologia infantil nos países industrializados.

Sua prevalência é entre 3% e 5%, diferindo pouco entre diferentes países.

Sua frequência não aumentou sendo comparável a que era há 10 ou 20 anos.

No adulto a frequência populacional é de 1% a 6% da população geral.

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

PREVALÊNCIA - II

2 a 5% é a prevalência na população geral, sendo subestimada em alguns países.

Proporção homem:mulher igual a 3:1.

25% dos parentes em primeiro grau apresentam a mesma sintomatologia.

80 a 90% de risco para gêmeos monozigóticos.

50 a 60% das crianças hiperativas continuarão com a sintomatologia na adolescência.

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS PREVALÊNCIA - III

Idade mais frequente de diagnóstico – 6 a 7 anos, correspondendo ao início da escolaridade.

Risco da criança com TDAH não diagnosticada e não tratada apresentar problemas de escolaridade – 30 a 50 %

Risco da criança com TDAH não tratada apresentar problemas com a Lei – 20 a 30%

4 vezes maior o risco de acidentes automobilísticos entre adolescentes e adultos jovens com TDAH

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS PREVALÊNCIA - IV

Duas vezes mais divórcios em famílias onde a criança apresenta TDAH.

2.000.000 crianças tratadas com Ritalina nos EUA.

3 a 4 vezes mais crianças tratadas com Ritalina nos EUA e Canadá entre 1990 e 1995.

(Lecendreux, 2003)

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Diagnóstico - I -

Tipo I – TDAH tipo “hiperativo-impulsivo”

sinais: hiperatividade, impulsividade, baixo auto controle.

Tipo II – TDAH tipo “desatento”

sinais: problemas atencionais, transtornos de aprendizado e do controle executivo.

Tipo III – TDAH tipo combinado ou mixto

sinais: hiperatividade, impulsividade com dificuldades atencionais e de aprendizado.

A maior parte das crianças apresenta uma combinação dos dois primeiros tipos.

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Diagnóstico – II -

Stroop Test

VERMELHO

VERDE

Quanto?

111

333

Qual número?

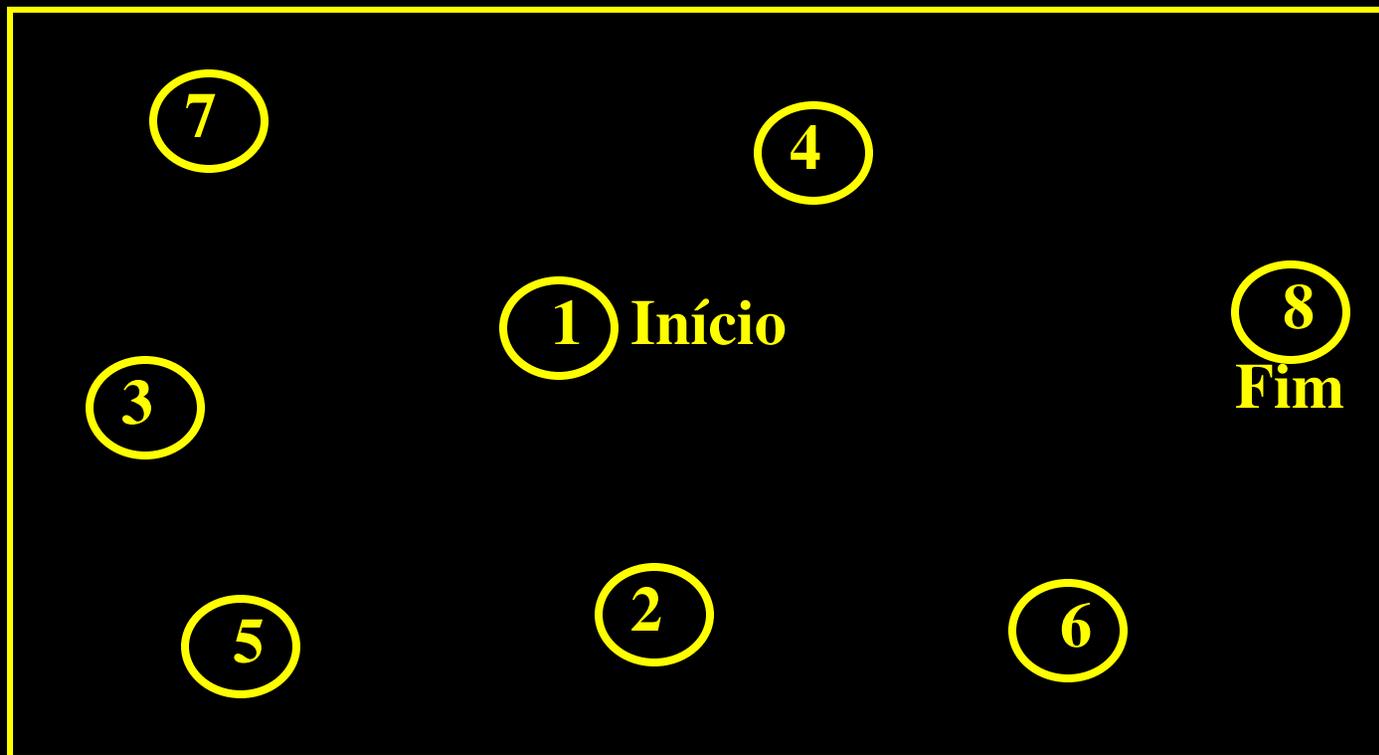
111 (soma das cifras=9)

333

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Diagnóstico – III -

Trail Making Test



TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Diagnóstico – IV - Desatenção

Avalie em qual medida cada uma destas afirmações corresponde a criança em questão, atribuindo um valor entre 0 e 3 em função da intensidade:

0 – nunca

1 – um pouco

2 – muito

3 – intensamente

- Perde frequentemente a atenção aos detalhes**
- Se distrai em diferentes situações (escola, casa, etc..)**
- Não parece ouvir quando é chamado ou quando lhe falam**
- Fica sonhando ou na lua**
- Tem dificuldades em manter a atenção em brincadeiras ou estudo**

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Diagnóstico – V - Desatenção

- **Esquece seus deveres diariamente (cadernos, lápis...)**
- **É sensível ao menor estímulo (barulho, luz...)**
- **É reticente em participar em atividades que requerem esforço mental voluntário.**

Faça a soma dos valores obtidos:

de 0 a 8: atenção normal

de 9 a 15: atenção deficiente

de 16 a 24: desatenção

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Diagnóstico – VI - Hiperkinéticos

Avalie em qual medida cada uma destas afirmações corresponde a criança em questão, atribuindo um valor entre 0 e 3 em função da intensidade:

0 – nunca

1 – um pouco

2 – muito

3 – intensamente

- Se mexe excessivamente em diferentes situações (escola, cinema, etc..)
- Desde que nasceu se agita mais que as outras crianças
- Tem dificuldades em ficar sentado
- Levanta muitas vezes durante as refeições
- Mexe sempre pés, mãos, corpo...

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Diagnóstico – VII – Hiperkinéticos

- **Gosta de tudo que se mexe (bicicletas, motos, skates...)**
- **Mexe-se durante o sono, se descobre, derruba cobertas...**
- **Gosta de trepar e subir nas coisas**
- **Não tem paciência para ler ou escrever**
- **gosta de fazer barulho batucando ou batendo nos objetos.**

Faça a soma dos valores obtidos:

de 0 a 10: atividade normal

de 11 a 20: atividade intensa

de 21 a 30: provável hiperatividade

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Diagnóstico – VIII - Impulsividade

Avalie em qual medida cada uma destas afirmações corresponde a criança em questão, atribuindo um valor entre 0 e 3 em função da intensidade:

0 – nunca

1 – um pouco

2 – muito

3 – intensamente

- Não consegue esperar sua vez**
- Interrompe a conversa com palavras, comportamentos ou fazendo barulho**
- Responde antes dos outros**
- Quebra e estraga os objetos**

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Diagnóstico – IX - Impulsividade

- Atravessa a rua sem tomar cuidado

Faça a soma dos valores obtidos:

de 0 a 5: paciente

de 6 a 10: impaciente

de 11 a 15: impulsivo

TDAH: algoritmo diagnóstico

1. Queixa inicial referida pela escola ou família

2. Início com observação professor- pais - criança através de instrumento padronizado (p.ex., Esc. Conners)

3. Avaliação pediátrica e psiquiátrica

Exame físico completo incluindo:

a) *screening* para intoxicações por chumbo;

b) *screening* para outras deficiências nutricionais;

c) exame neurológico detalhado, inclusive exclusão de quadros focais e utilização de testes motores e perceptuais

d) avaliação tireoideana

e) história completa, inclusive antecedentes pré- e perinatais, desenvolvimento, sono, história social e familiar, história escolar com dados de desempenho, traumas, infecções, alergias.

TDAH: algoritmo diagnóstico

4. Uso de testes cognitivos visando a avaliação da inteligência ou das habilidades específicas, bem como para síndromes mentais orgânicas:

Weschler Intelligence Scale for Children-Revised

5. Testes Psicométricos

Wisconsin card sorting test

Teste de performance contínua

Stroop test

6. Avaliação da situação familiar, no que se refere a regras ou outros fatores ambientais.

(Garfinkel, 1992)

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Diagnóstico – X – Antes dos 2 anos

CARACTERÍSTICAS DO TEMPERAMENTO “ DIFÍCIL DE DORMIR”

- **Difícil de adormecer**
- **Acorda muito durante a noite**
- **Acorda durante a noite chorando**
- **Faz barulho antes de dormir**
- **Dificuldade para dormir durante o dia**
- **Cansado durante o dia mas não dorme a noite**
- **Estimula-se pelo barulho ou claridade**
- **Excita-se com medicamentos que induzem sono**

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Diagnóstico – XI – Antes dos 2 anos

CARACTERÍSTICAS DO TEMPERAMENTO “ DIFÍCIL DE ACORDAR”

IRRITABILIDADE

- **Cólera**
- **Baixa tolerância a frustração**
- **Perda de fôlego voluntária**
- **Vômitos provocados**
- **Mudanças rápidas de humor**
- **Difícil de se acalmar**

HIPERATIVIDADE

- **Não para no assento do carro**
- **Sobe e cai das cadeiras**
- **Suga, morde, põe tudo na boca**
- **Não fica com cinto de segurança**

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Diagnóstico – XII – Antes dos 2 anos

CARACTERÍSTICAS DO TEMPERAMENTO “ DIFÍCIL DE ACORDAR”

- **Tenta abrira porta e vidro de carros**
- **Não dorme no carro e fica com olhos abertos por várias horas no caminho**
- **Dorme ou acorda rapidamente**
- **Acorda gritando e chorando**

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– Antes dos 2 anos

**Apresentam risco de acidentes corporais e de intoxicação
acidental.**

TRATAMENTO

**Regime pobre em fosfatos, caseína, glúten, aditivos e
conservantes**

**Suplementos de Cálcio e ácido graxo gama-linoléico (omega-
3)**

Ácido docosahexaenoico (DHA)

Terapia comportamental

Prevenção: Escola Maternal

O TDAH NO COTIDIANO



TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

a noite

Atividades motoras que surgem durante o sono

**Movimentos globais em todo o corpo e membros –
motricidade excessiva**

Movimentos de pernas – extensão brusca

Movimentos de cabeça – ritmados

**Movimentos com despertar parcial – terror noturno,
confusão**

Movimentos com deambulação - sonambulismo

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

Regimes alimentares

Alimentos com conservantes naturais salicilados: amoras, tomates, laranjas, anas, batatas, abricots

Alimentos com conservantes artificiais: salchichas, sauchichão, salames, carnes secas

Outros alimentos: chocolates, bebidas a base de cola, mel

Produtos de higiene: alguns dentifrícios

Aditivos: glutamato monossódico, corantes, odoríferos, conservantes

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

Ocupações

Escaladas, subir em árvores ou muros, em escadas

Corridas, rolar

Manipular objetos diversos: cartões de telefone, chaves, lápis

Fazer barulho, TV, radio

Objetos potencialmente perigosos: facas, fósforos, isqueiros, ferramentas

Armas de brinquedo e videojogos de viol~encia

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

Esportes

Artes marciais – desenvolvem o respeito ao outro, consciência de Eu. Percepção do corpo no espaço, controle da agressividade

Natação – contato com água produz sensação de calma e bem estar.

Esgrima – desenvolve o respeito ao outro, consciência de Eu, percepção do corpo no espaço, controle da agressividade e auto-confiança

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

Esportes

Equitação – contato com o animal pode proporcionar calma e permite o desenvolvimento de disciplina

Ginástica – melhora percepção do corpo no espaço

Tênis – melhoria da coordenação viso-motora

Esqui, motociclismo – podem ser motivadores porém difíceis

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

ORGANIZANDO O AMBIENTE ESCOLAR

Utilizar mesas para trabalho pessoal evitando múltiplos alunos em volta de uma mesma mesa

Permitir ao professor se deslocar por toda a classe, assistindo a todos os alunos

Instalar os alunos-alvo mais próximos do professor

Colocar esses alunos longe das janelas ou corredores para evitar estímulos sonoros e visuais

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

ORGANIZANDO O AMBIENTE ESCOLAR

Limitar os estímulos visuais da classe ou de partes dela (aquários...)

Colocar uma criança tranquila próxima ao aluno-alvo

Colocar-se ao lado do aluno para fornecer as instruções requeridas para as lições

Adequar a luminosidade

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

ORGANIZANDO AS ATIVIDADES EM CLASSE

Estabelecer cada dia um programa e uma rotina para a classe

Insistir sobre a importância da ordem nas coisas, dispensando 5 minutos, ao início das aulas para que os alunos arrumem seu material

Recompensar as mesas mais arrumadas

Organizar sistema de recompensas para os melhores trabalhos da classe e feitos em casa

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

ORGANIZANDO AS ATIVIDADES EM CLASSE

Utilizar índices auditivos e visuais antes de se mudar de exercício

Fragmentar os exercícios muito longos ou muito cansativos e demorados

Determinar os momentos nos quais a criança é autorizada a sair da classe e quando não o é.

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

ORGANIZANDO LIÇÕES E DEVERES

Delimitar o tempo dedicado aos deveres, ainda que segmentado. Intervalar com tempo dedicado a atividades prazerosas.

Lugar tranquilo, limitado número de estímulos e distratores (irmãos, TV, rádio, etc..)

Planificar a ordem na qual será feita a tarefa, controlar sua progressão, encorajar, ajudar.

Autorizar pausas, com duração combinada para manutenção da atenção, retornando logo após seu término.

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

QUANDO ADOLESCENTE – Uma sociedade hiperativa

Geração “zapping”

Tudo exacerba a rápida mudança de atenção:

- Telas, publicidade, imagens virtuais, TV**
- Música, ritmos , telefones celulares...**
- Textos da internet, MP-3, etc.**

A informação é rápida e o estímulo permanece nos sistemas sensoriais e atencionais. Esses podem chegar a saturação e não mais selecionar os estímulos? Não há muito “barulho de fundo” de maneira a que o cérebro se ache em uma verdadeira floresta de estímulos?

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

QUANDO ADOLESCENTE – Uma sociedade hiperativa

Geração do movimento

Se mover, deslocar, todos os meios são bons para o adolescente para que tenha sensações de movimento e de liberdade em um espaço que lhe é próprio.

- sobre a terra: ciclismo, sakates, motos, patinetes...**
- sobre o mar: surf, jet-ski, morey, pranchas, etc...**
- no ar: parapente, etc...**
- na montanha: esqui, canyon, etc...**

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

QUANDO ADOLESCENTE – Sintomatologia

- Condutas perigosas na condução de veículos;**
- Dificuldades nas primeiras relações sexuais;**
- Exposição ao tabaco e outras drogas;**

Estudos mostram que correspondem a população de risco

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

QUANDO ADOLESCENTE – Dificuldades

- São frequentemente rejeitados por seus pares, mesmo após encontros ou breves interações;
- Tem menos companheiros que adolescentes não TDAH;
- São levados a escolher como companheiros, outros adolescentes portadores de TDAH;
- Tem dificuldades em estabelecer relações de proximidade com esses que são mais agressivos.

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

QUANDO ADOLESCENTE – Conselhos aos pais

- Evitar deixá-lo dirigir veículos, a menos que acompanhado ou que se tenha grande confiança;**
- Fazê-lo ter aulas suplementares, mesmo após ter tirado carta de motorista, afim de ter segurança quanto a sua real condição e de temporizar seus arroubos;**
- Sancionar as más performances ao volante exigindo pagamento em caso de infrações cometidas ou acidentes;**
- Apreciar sua performance em função do horário do dia e da ingestão do medicamento.**

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

QUANDO ADOLESCENTE – conselhos para a faculdade

- Chegar antecipadamente para ocupar um bom lugar na classe;**
- registrar as aulas com gravador;**
- Obter xerox das mesmas;**
- Frequentar assiduamente os “trabalhos dirigidos”;**
- Privilegiar os trabalhos grupais em grupos pequenos (4-5-estudantes);**
- Organizar seções de revisão.**

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

QUANDO ADULTO – queixas mais frequentes

- Chegar antecipadamente para ocupar um bom lugar na classe;**
- registrar as aulas com gravador;**
- Obter xerox das mesmas;**
- Frequentar assiduamente os “trabalhos dirigidos”;**
- Privilegiar os trabalhos grupais em grupos pequenos (4-5-estudantes);**
- Organizar seções de revisão.**

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

QUANDO ADULTO – melhorando relacionamento com colegas de trabalho

Otimizar o ambiente:

- Se organizar e estruturar;
- estabelecer uma lista das coisas a fazer;
- começar na hora obedecendo o tempo previsto e estabelecendo prioridades;
- evitar deixar as tarefas para depois;
- transformar “grande projetos” em pequenos “subprojetos”;
- evitar lugares ruidosos ou de passagem;
- diminuir o desejo de atividade física determinando os momentos para levantar, andar, etc..

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

QUANDO ADULTO – gerenciando suas relações interpessoais

- **Dividir o tempo com colegas (refeitório);**
- **desenvolver relacionamentos extra-profissionais (passeios...);**
- **tentar fazer o serviço render tendo atenção das pessoas;**
- **aprender o nome dos colegas e utilizá-los;**
- **evitar explosões ou más palavras, desconfiar dos momentos de fadiga;**
- **evitar conflitos diretos tentando se acalmar antes de enfrentar uma situação difícil;**
- **observar as condutas que podem aborrecer colegas.**

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

QUANDO ADULTO – gerenciando melhor a atividade física

- praticar regularmente um esporte ou atividade física;
- descarregar a energia antes ou depois do trabalho;
- sob algum pretexto, repetir a atividade física;

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

QUANDO ADULTO – dirigindo veículos

- risco elevado de acidentes;**
- maior implicação de acidentes em vias públicas;**
- menos respito às normas de segurança;**
- número elevado de multas por excesso de velocidade;**
- acidentes com maior gravidade;**
- maior número de acidentes envolvendo lesões corporais;**
- maior número de suspensões de autorização para dirigir.**

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

QUANDO ADULTO –

INCONVENIENTES

VANTAGENS

Distraibilidade

**Capacidade de atenção
breve e intensa**

Dificuldade de planejar

Percepção elástica do tempo

**Impaciência
imediatos**

**Observação frequente
do meio**

Reage prontamente

**Muda de estratégia
rápidamente**

**Esforço intenso com
recompensa imediata**

Ação visando resultado

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

– No cotidiano

QUANDO ADULTO –

INCONVENIENTES

VANTAGENS

Dificuldades em colocar
em palavras

Dificuldade em seguir conselhos

Sonhador

Tendência a agir sem
refletir

Boa adaptação visual

Independência

Busca excitação e
idéias novas

Enfrenta riscos e
perigo

TDAH: diagnóstico diferencial

Difícil a diferença entre diagnóstico diferencial e comorbidade, muitas vezes ambas as condições sendo as responsáveis pela apresentação clínica.

(Hechtman, 2000)

Mais de 50% (*Hechtman, 2000*)

30%-40% (*Silver, 1999*)

30%- 50% (*Biederman, 1992*)

das crianças com TDAH apresentam comorbidades.

TDAH: um “continuum”

Transtornos (corticais)

Linguísticos - defasagem no desenvolvimento de linguagem expressiva e receptiva, observada até a idade de 4-5 anos;

Motores - dificuldades em coordenar movimentos amplos (pular, saltar, correr) ou finos (abotoar, cortar), assim como de integração sensorial (p.ex., de posição no espaço)

Cognitivos (Transtornos de aprendizado)

Organizacionais (Transtornos nas funções executivas - orquestrar comportamentos elaborando as estratégias de solução de um problema)

Falhas de atenção - áreas de vigilância

Falhas na manutenção do equilíbrio emocional - áreas de modulação

(Silver, 1999)

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Diagnóstico Diferencial

Transtornos Orgânicos

Intoxicações

Transtornos sensoriais (surdez)

Abcessos de lobo frontal

Déficit de atenção induzido por medicamentos

Abuso de substâncias

Retardo Mental

Convulsões

Déficits de Aprendizado

Transtornos Abrangentes de Conduta

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Diagnóstico Diferencial

Transtornos Funcionais

Transtornos de Conduta

Transtorno Oposicional Desafiante

Transtornos Afetivos com características Maníacas

Síndrome de Tourette

Transtorno de Ajustamento

Transtornos de Personalidade

Transtornos de Ansiedade

Transtorno Obsessivo Compulsivo

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Diagnóstico Diferencial

Transtornos de Desenvolvimento

Hiperatividade própria da idade

Problemas situacionais, ambientais ou familiares

Escola inapropriada

Ambiente familiar caótico

Abuso ou negligência

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Comorbidade

TDAH pura - 49%

TDAH associada a Transtorno de Conduta - 7%

TDAH associada a Transtorno Ansioso - 11%

TDAH associada a depressão - 11%

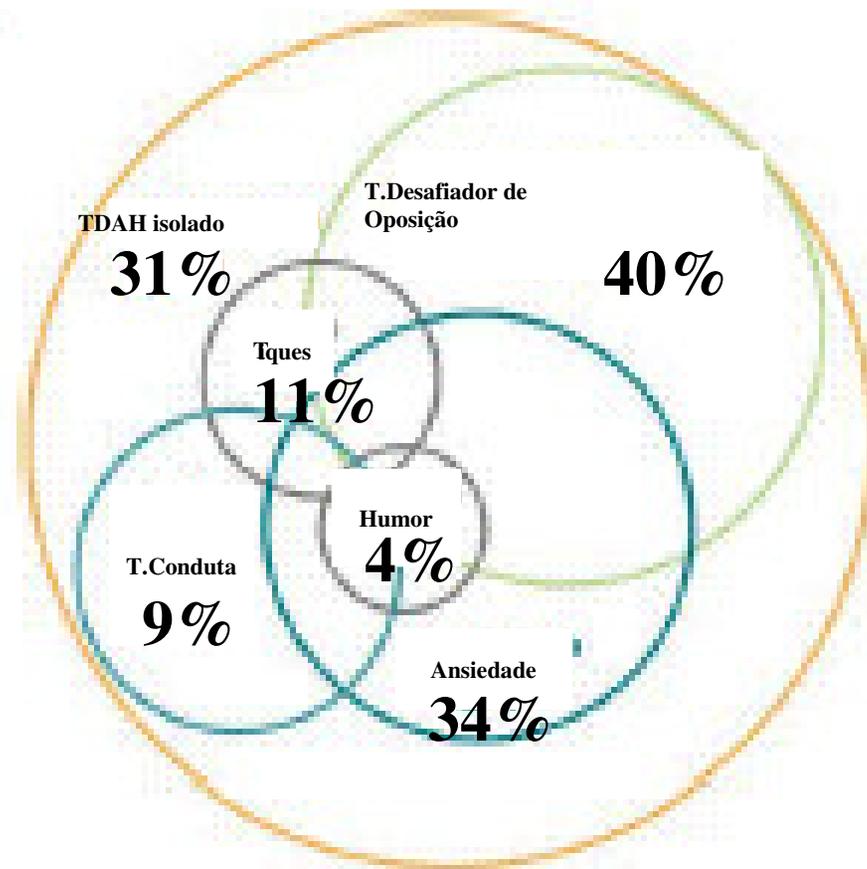
TDAH associada a Transtorno de conduta e ansiedade - 5%

TDAH associada a ansiedade e depressão - 9%

TDAH associada a transtorno de conduta e depressão - 6%

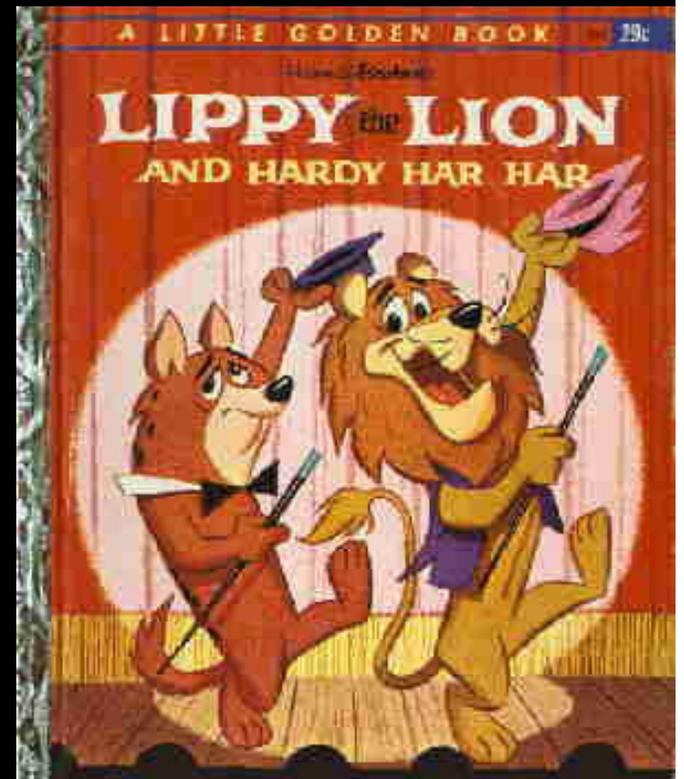
TDAH associada a transtorno de conduta, ansiedade e depressão -
6%

Comorbidade do TDAH



Fonte: Grupo Cooperativo MTA. Arch Gen Psychiatry 1999; 56:2073-208.

ETIOLOGIA



TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Etiologia - I

Hipóteses lesionais – Existiria uma lesão cerebral criada por um agente exterior, virus, bactéria, traumatismo.

Essas hipóteses originaram os nomes “ Lesão Cerebral Mínima”, não sendo confirmadas experimentalmente e, atualmente, encontram-se abandonadas.

Hipóteses Funcionais – Supõe que não existem lesões cerebrais visíveis mas alteração funcional de determinados circuitos cerebrais. Técnicas sofisticadas de neuroimagem mostram, efetivamente, anomalias no funcionamento de certas regiões cerebrais.

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Etiologia - II

Hipóteses Neurodesenvolvimentistas – O desenvolvimento cerebral faz intervir importantes variações nos circuitos cerebrais e nos receptores de determinados neurotransmissores como a dopamina.

O funcionamento desses receptores é muito influenciado pela idade e pelo desenvolvimento.

Ocorre durante toda a infância parecendo atingir um pico ao redor dos 12 anos e diminuindo de maneira progressiva até a idade adulta.

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Etiologia - III

Fatores Genéticos -

Fatores Perinatais

Fatores de Desenvolvimento e temperamentais

**Infeções, dietas e toxinas - influenza, sacarose, glicose, aspartame
alcool**

Fatores Psicossociais

Hipóteses neurobiológicas

Céls. dopaminérgicas de cortes pré frontal (McCracken)

Circuitos talâmicos - distraibilidade (Carlsson)

Regiões estriatais, talâmicas e pré frontais (Hauser)

Locus coeruleus (Potter)

hipótese de receptores dopaminérgicos

dopamino-catecolaminérgica

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Etiologia - IV

O Lobo Frontal está implicado em mecanismos de inibição, razão da sua importância nas crianças com TDAH que apresentam dificuldades em inibir determinados comportamentos.

Parece intervir assim nos processos atencionais sendo um fator importante nos mecanismos de vigília.

Pacientes portadores de lesões frontais apresentam dificuldades em tarefas atencionais voluntárias.

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Etiologia - V

SISTEMAS DE NEUROTRANSMISSÃO

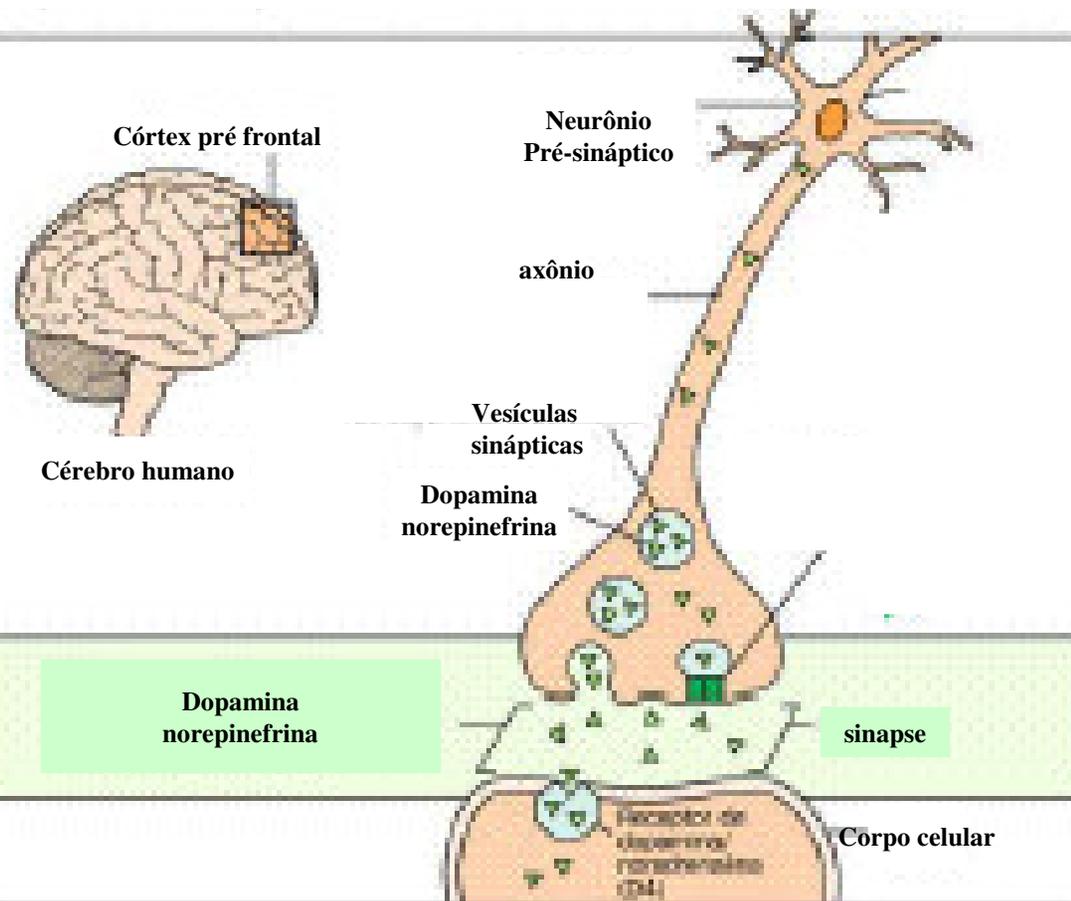
1. **Sistema Dopaminérgico – Utiliza a Dopamina como neurotransmissor.**

Sua implicação na motricidade e atenção fazem com que seja considerado um sistema de suma importância no TDAH. Regula a atenção e inibe condutas impulsivas, estando no centro das 3 dimensões: inatenção, impulsividade e agitação.

2. **Sistema Noradrenérgico – Utiliza a noradrenalina. Localizado principalmente no tronco cerebral (“locus ceruleus”), enviando importantes projeções neuronais ao córtex cerebral.**

Ativado por anfetaminas e psicoestimulantes.

INIBIÇÃO DE RECAPTAÇÃO DE SEROTONINA



TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Etiologia - VI

SISTEMAS DE NEUROTRANSMISSÃO

3. Sistema Adrenérgico – Principalmente no bulbo raquidiano, regula funções fisiológicas de base como a temperatura corporal.

Adrenalina age mais como neuromodulador que como neurotransmissor pois não transmite informação mas modula a transmitida.

4. Sistema Serotoninérgico – Implica na serotonina que se relaciona com diferentes outros comportamentos como o alimentar, o sono e o humor. Seu papel é limitado.

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Etiologia - VII

SISTEMAS NEUROTRANSMISSORES

5. Outros sistemas – Sistema histaminérgico

Sistema Gabaérgico

Sistema colinérgico

Sistema peptidérgico

Todos com papéis restritos, interagindo de maneira complexa como intermediários entre sinapses ou células gliais.

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Perfil

Problemas Comportamentais

Conteúdo X Estilo - o ato pode ser apropriado porém a forma não

Agressão X Inatenção-impulsividade

Considerações Temporais e Situacionais

Resposta Inicial X Final - muitas vezes não se percebe de início

Relação interpessoal X Atos sociais - padrões específicos e capacidade adaptativa

Sociabilidade e Motivação

Habilidade X Performance (não poder X não querer)

Agenda social X Ação (objetivos atípicos ou desajeitamento)

Pensamento X Ato (padrão atípico de raciocínio)

TERAPÊUTICA



ESTRATÉGIAS DE ATENDIMENTO

1. Terapia farmacológica dirigida com prescrição da droga específica de forma clara e direta;
2. Terapia farmacológica primária associada a psicoterapia e/ou programas de reabilitação;
3. Psicoterapia e/ou programas de reabilitação primariamente associados a terapia farmacológica.

(White; 1977)

FATORES QUE INTERFEREM NA ABSORÇÃO

- 1. Meio estomacal menos ácido na criança fazendo absorção mais lenta de anfetaminas, anticonvulsivantes e antidepressivos;**
- 2. Menor quantidade e menos diferenciada flora intestinal justificando menor absorção das fenotiazinas;**
- 3. Menor proporção de gordura corporal que o adulto justificando menor presença de drogas lipofílicas no plasma;**
- 4. Proporção de água extra celular é maior na criança que no adulto justificando baixas concentrações plasmáticas de drogas distribuídas através da água corporal (lítio);**

MEDICAMENTOS QUE PODEM SER UTILIZADOS

Psicoestimulantes

D-anfetamina
D,L-anfetamina
Pemolina
metilfenidato

Não psicoestimulantes

Inibidores de recaptura de Noradrenalina

Atomoxétina

IMAO

Moclobemida
Fenelzina

Agonistas alfa 2 Adrenérgicos

Clonidina

MEDICAMENTOS QUE PODEM SER UTILIZADOS

Não psicoestimulantes

Agonistas alfa 1

Adrenérgicos

Adrafinil

Inibidores da

Acetilcolinesterase

Galantamina

Antipsicóticos

Risperidona

Olanzapina

Antidepressivos

Bupropiona

ADT

ISRSe

As duas propriedades

Venlafaxina

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Farmacoterapia

PSICOESTIMULANTES

Bloqueiam recaptção de dopamina e norepinefrina nos neuronios pré sinápticos.

Ação inibitória do córtex frontal

Função - liberação de dopamina e da recaptção pré sináptica

Absorção - rápida (30 min.)

Metabolismo rápido, com pico entre 2 a 2,5 horas no Metilfenidato

Dose média = 0,3 a 1,2 mg/kg/dia

Dose Letal em animais = 48,3 mg/kg/dia (DL 50)

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Farmacoterapia



PSICOESTIMULANTES

Metilfenidato
(Ritalina)

comps. De 10 mg

dose = 2,5 a 60

D-Anfetamina
(Dexedrina)

comps.de 5 e
caps.de 10

dose = 2,5 a 40

Pemolina
(Cylert)

comps. 18,75
37,5
75

dose = 18,75 a
112,5

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Farmacoterapia

PSICOESTIMULANTES

Efeitos Colaterais: Insônia

frequentes

Diminuição de Appetite

Baixa de peso

Cefaléia

Elevação da PA

infrequentes

Tiques faciais

**“Rebound” - irritabilidade vespertina
hiperatividade, excitabilidade, insônia**

raros

Psicoses

Convulsões

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

Farmacoterapia

DROGAS NÃO ESTIMULANTES

Antidepressivos Tricíclicos: Imipramina (10-25 mg/dia)
Desipramina (10 -25 mg/dia)
Amitriptilina (20 - 150 mg/dia)

Bupropion (100-250 mg/dia)

Fluoxetina (20-60 mg/dia)

Antipsicóticos: Tioridazina (30 - 150 mg/dia)
Clorpromazina (150 - 200 mg/dia)

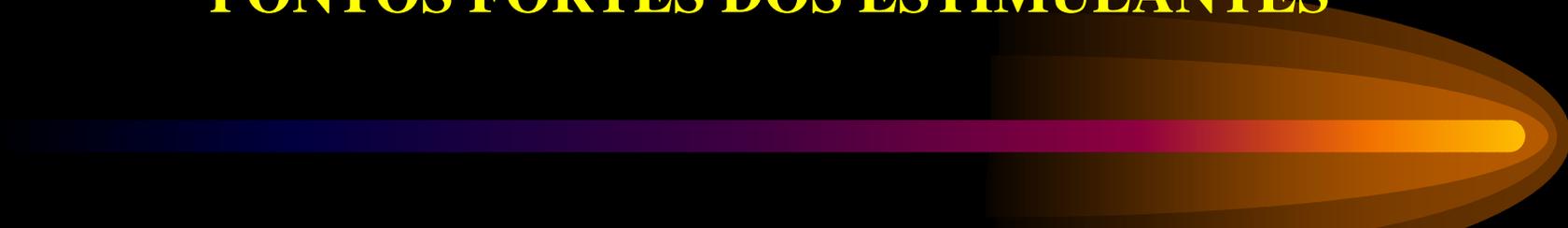
DROGAS NÃO EFETIVAS

Fenfluramina
Benzodiazepínicos
Lítio

MEDICAMENTOS QUE PODEM SER UTILIZADOS

composto	início	pico	duração
Metilfenidato D-Anfetamina	30-60 min.	1-2 hs.	2-5 hs.
D,L Anfetamina (Aderal) Pemolina	30-60 min.	1-2 hs.	4-6 hs.
Concerta	60 min.	1-3 hs.	8-12 hs.

PONTOS FORTES DOS ESTIMULANTES



Eficácia em mais de 75% dos casos

Boa tolerância

Rapidez de ação

Fácil manuseio

Ausência de dependência

Drogas utilizadas há muito tempo

Segurança em caso de superdosagem

Raridade de efeitos secundários

Reversibilidade em efeitos secundários

Segurança de emprego

BENEFÍCIOS ESPERADOS

A CURTO PRAZO

- melhoria do comportamento
- diminuição dos conflitos e da agressividade
- melhoria nas respostas sociais e familiares
- melhoria da performance escolar ou extraescolar
- Melhoria auto-estima

A LONGO PRAZO

- menor exposição a complicações posteriores
- limitação dos riscos de “ automedicação”

BENEFÍCIOS ESPERADOS



MELHORIAS COGNITIVAS

Manutenção da atenção

Atenção seletiva e espaço-temporal

Impulsividade

Tempo de reação

Memória de curto termo

Aprendizagem verbal e não verbal

BENEFÍCIOS QUE NÃO DEVEM SER ESPERADOS

OS ESTIMULANTES NÃO SÃO

- Medicamentos destinados a todas as crianças agitadas;**
- Medicamento para ficar estudioso ou tranquilo;**
- Um tratamento para dificuldades escolares ou para se tornar o primeiro da classe;**
- Uma punição para crianças turbulentas;**
- Um remédio mágico para as crianças fazerem as lições.**

EFEITOS SECUNDÁRIOS



Redução de apetite

Dificuldades de adormecer

Aumento de tiques

Lentidão de crescimento pondero-estatural

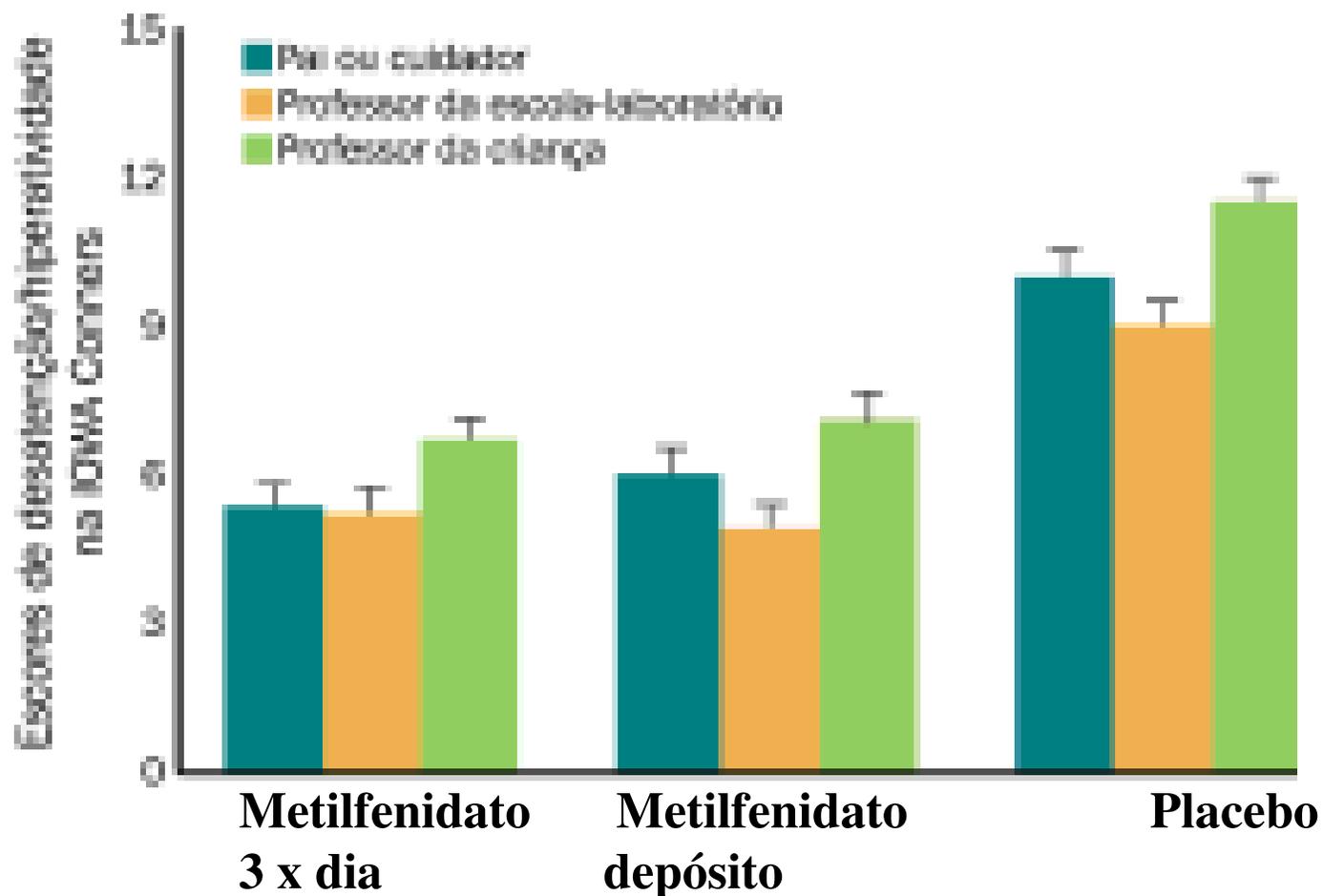
Irritabilidade

Cefaléia

Episgastralgia

Efeito rebote a noite e quando se para o tratamento

Escores médios de desatenção pela escala de Conners



DOSES COTIDIANAS DE RITALINA POR 1000 HAB/DIA

Pais	1997	1998	1999	2000
Alemanha	0,135	0,204	0,27	0,563
Austria	0,008	0,019	0,029	0,046
Bélgica	0,201	0,29	0,402	0,472
Canadá	1,751	2,618	1,727	4,497
Dinamarca	0,097	0,114	0,143	0,186
Espanha	0,187	0,279	0,135	0,241
USA	3,385	3,692	4,32	3,692
Finlandia	0,004	0,009	0,016	0,037
França	0,012	0,015	0,021	0,026
Irlanda	0,149	0,136	-	0,261
Islandia	0,51	0,783	1,214	2,287
Itália	0	0	0	0
Noruega	0,407	0,578	0,312	0,745

ALGUMAS CONDUTAS INTERESSANTES



HIPERATIVIDADE E EDUCAÇÃO PARENTAL

- 1. A hiperatividade não é resultado de modo de educação falho**
- 2. Ela pode ser agravada por atitudes educativas inadaptadas**
- 3. Condições educativas habituais as vezes são inadaptadas para uma criança com TDAH**

NÃO ESQUECER QUE

- 1. Eles não aprendem com seus erros;**
- 2. Tem uma atenção muito breve;**
- 3. São sensíveis a recompensas imediatas;**
- 4. Tem controle falho nos comportamentos indesejáveis;**
- 5. Tem memorização parcial das instruções;**
- 6. São hiperemotivos, hipervisuais, hiperdistraíveis, hipersensoriais**

CONTROLANDO A IMPULSIVIDADE POR MODELAGEM

- Sua atitude e comportamento devem servir de modelos;**
- Evite se encolerizar;**
- Fique calmo em qualquer situação;**
- Esteja certo de estar sendo compreendido, simplifique e repita;**
- Dê uma ordem por vez;**
- Não dê nova ordem antes da anterior ter sido executada;**
- Não dê importância ao conflito;**
- Se necessário, volte posteriormente a tarefa se naquele momento isso não é possível de maneira adequada.**

QUE TIPO DE USUÁRIO DE VIA PÚBLICA ÊLE É?

A saída da escola a criança:

- atravessa frequentemente sem olhar;
- não utiliza faixa de segurança;
- ignora o guarda;
- anda mais pela rua que pela calçada;
- atravessa sem olhar para olhar um colega ou um brinquedo;
- ignora a sinalização;
- não respeita os faróis;
- não espera que o sinal mande atravessar;
- esquece os conselhos quando está em grupo;
- não espera que o acompanhante tome sua mão.

0-2 – COMPORTAMENTO PRUDENTE

3-5 – COMPORTAMENTO IMPRUDENTE

MAIS DE 5 – COLOCA-SE EM PERIGO

LIMITANDO AS COISAS

- Não aumentar os problemas enquanto se apresentam;
- Precisar regras e limites antecipadamente;
- Responsabilizar e deixar as consequências das próprias condutas;
- Utilizar recompensas e punições imediatas;
- Recompensar os comportamentos positivos mesmo quando mínimos;
- Ser paciente e progredir lentamente;
- Ajudar a criança a revelar suas próprias qualidades.

RECOMPENSAS EFICAZES

- Recompensas sociais mais que materiais (ir a um aniversário ou sair...)**
- Envolver a criança na escolha da recompensa;**
- Recompensar imediatamente;**
- Variar a recompensa frequentemente para otimizar o efeito;**
- Evitar retirar as recompensas adquiridas.**

PUNIÇÕES?

- Ficar o mais calmo possível;
- Simplificar as mensagens;
- Escolher punições moderadas;
- Evitar aquelas que privem a criança de bem estar ou que lhe sejam essenciais (p.ex. bicicleta);
- Punições breves;
- Mostrar claramente a punição;
- Quando terminar não tocar mais nela voltando-se a um ambiente agradável;
- As punições não podem variar de acordo com o humor dos pais.

ALGUMAS ESCALAS IMPORTANTES



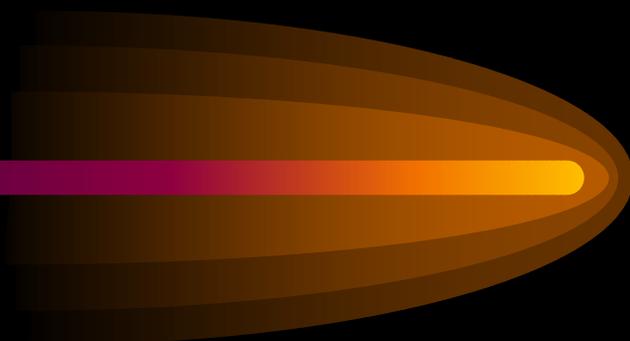
ESCALA DE CONNERS

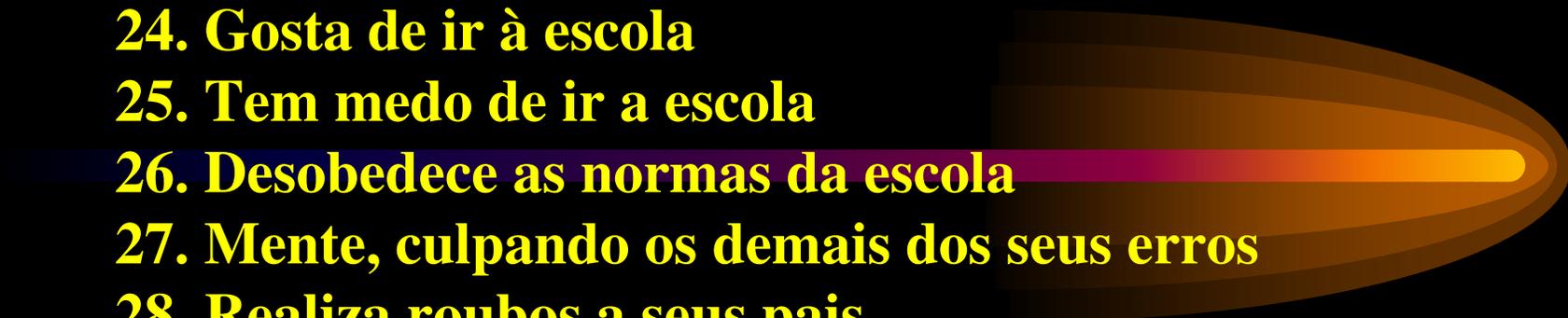
Destinada a pais e professores, visando o diagnóstico da hiperatividade, adaptada e validada no Brasil por Barbosa (1995).

versão para pais – ponto de corte igual a 58
nunca = 0 ; às vezes = 1
frequentemente = 2; sempre = 3

Comportamento habitual em casa

- 1. Desperta-se pela noite**
- 2. Tem medo diante de novas situações**
- 3. Tem medo de gente**
- 4. Tem medo de estar sozinho**
- 5. Preocupa-se com doenças e mortes**
- 6. Mostra-se tenso e rígido**
- 7. Apresenta sacudidas ou espasmos musculares**

- 
- 8. Apresenta tremores**
 - 9. Sente dores de cabeça**
 - 10. Sente dores de estômago**
 - 11. Tem vômitos**
 - 12. Queixa-se de enfermidades e dores**
 - 13. Deixa-se levar por outras crianças**
 - 14. Desafia e intimida os demais**
 - 15. É valente (arrogante) e desrespeita seus superiores (insolente)**
 - 16. É descarado com os adultos**
 - 17. É tímido diante dos amigos**
 - 18. Teme não agradar seus amigos**
 - 19. Tem amigos**
 - 20. É malicioso com seus irmãos**
 - 21. Briga constantemente**
 - 22. Critica muito outras crianças**

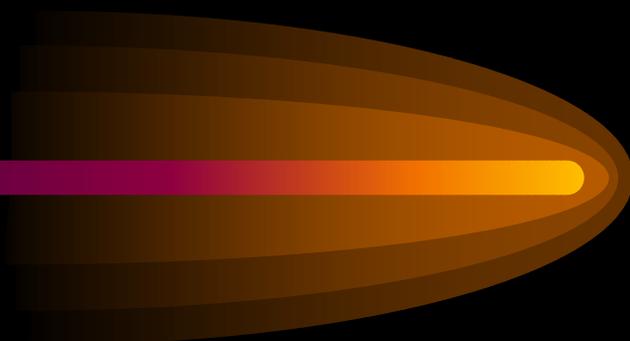
- 
- 23. Aprende na escola**
 - 24. Gosta de ir à escola**
 - 25. Tem medo de ir a escola**
 - 26. Desobedece as normas da escola**
 - 27. Mente, culpando os demais dos seus erros**
 - 28. Realiza roubos a seus pais**
 - 29. Realiza roubos na escola**
 - 30. Rouba em lojas, em barracas e em outros lugares**
 - 31. Tem problemas com a polícia**
 - 32. Pretende fazer tudo bem feito (perfeito)**
 - 33. Necessita fazer sempre as coisas da mesma maneira**
 - 34. Tem objetivos muito altos (sonhar alto)**
 - 35. Distrai-se facilmente**

- 
- 36. Mostra-se nervoso e inquieto**
 - 37. Não pode ficar quieto**
 - 38. Sobe em todas as partes**
 - 39. Desperta-se muito cedo**
 - 40. Não fica quieto durante as refeições**
 - 41. Se começa a fazer alguma coisa, repetitivamente, é impossível parar**
 - 42. Seus atos dão a impressão de serem movidos por um motor**

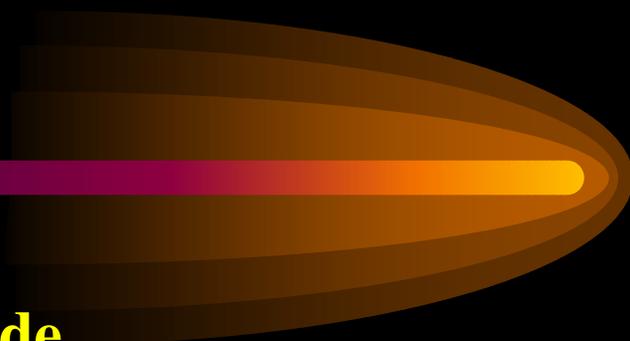
versão para professores – ponto de corte igual a 62

1. Comportamento na sala de aula

- 1. Constantemente se mexendo**
- 2. Emite sons, ruídos**
- 3. Pedidos tem que ser imediatamente atendidos**
- 4. Coordenação motora comprometida, fraca**
- 5. Inquieto, superativo**
- 6. Excitável, impulsivo**
- 7. Desatento, facilmente distraível**
- 8. Não termina o que começa**
- 9. Extremamente sensível**
- 10. Extremamente sério, triste**

- 
- 11. Sonha acordado**
 - 12. Mal-humorado, rabugento**
 - 13. Chora com frequência e facilidade**
 - 14. Perturba outras crianças**
 - 15. Provoca confusões**
 - 16. Humor muda drasticamente com rapidez**
 - 17. Matreiro, faz-se de esperto**
 - 18. Destrutivo**
 - 19. Furta**
 - 20. Mentira**
 - 21. Explosões de raiva, comportamento imprevisível, explosivo.**

II. Participação em Grupo

- 22. Isola-se de outras crianças**
 - 23. Parece não ser aceito pelo grupo**
 - 24. Parece se deixar levar com facilidade**
 - 25. Não tem "espírito esportivo"**
 - 26. Parece não ter liderança**
 - 27. Não se relaciona bem com o sexo oposto**
 - 28. Não se relaciona bem com crianças do mesmo sexo**
 - 29. Provoca outras crianças ou interfere com as suas atividades**
- 

III. Atitude em relação a autoridade

30. Submissa

31. Desafiadora

32. Atrevida

33. Tímida

34. Medrosa

35. Excessiva exigência da atenção do professor

36. Teimosa

37. Excessivamente ansiosa para agradar

38. De não cooperação.

39. Falta a aula com frequência.

Versão Infantil

quase nunca

um pouco

enormemente

**Agitado ou
muito ativo**

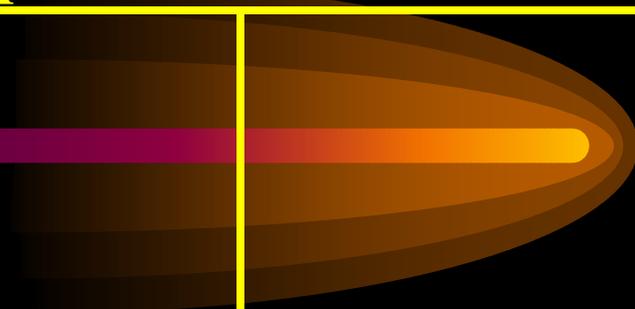
Nervoso, impulsivo

**Não termina
o que começa**

**Sempre se
mexendo**

Perturba os outros

Desatento



Versão Infantil

quase nunca

um pouco

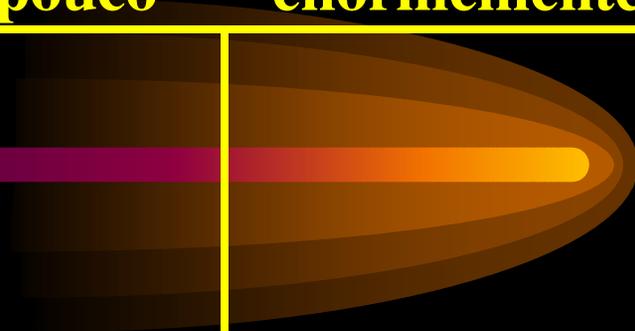
enormemente

**Se frustra
fácilmente**

**Chora
frequentemente**

**Mudanças rápidas
de humor**

Acessos de cólera



Situação

0

nunca

1

as vezes

2

frequente

3

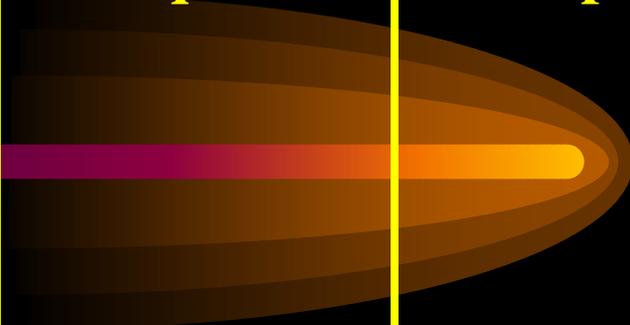
sempre

**sentado ,
lendo,
desenhando,
escrevendo**

vendo TV

**jogando só
video ou
vendo TV**

**brincando
com os
amigos**



Situação

**0
nunca**

**1
as vezes**

**2
frequente**

**3
sempre**

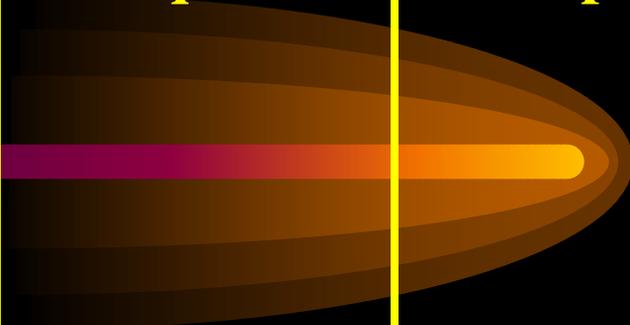
**No carro
depois de
mais de 1 h.**

**em classe
de manhã**

**depois do
almoço**

no recreio

no domingo



Situação

0

nunca

1

as vezes

2

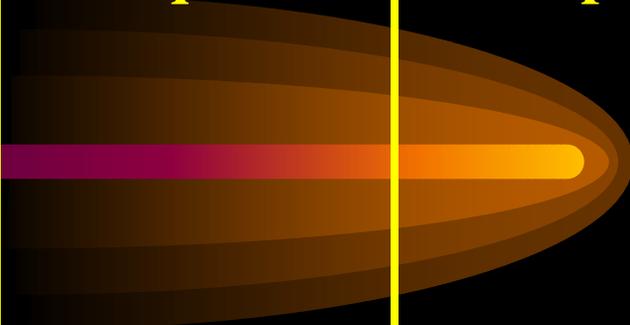
frequente

3

sempre

**Durante
reuniões de
classe**

**No transporte
escolar**



ESCALA DE SONOLÊNCIA

Situação	0 nunca	1 as vezes	2 frequente	3 sempre
Sentado, calmo, lendo, etc..				
Vendo TV				
Jogando videogame				
Brincando com amigos ou fazendo esporte				



Situação

**0
nunca**

**1
as vezes**

**2
frequente**

**3
sempre**

No carro

**Na classe
pela manhã**

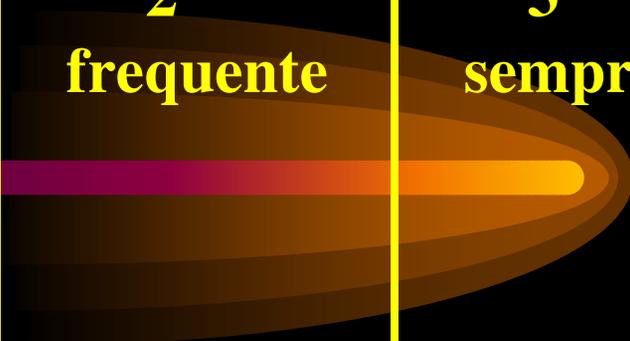
**depois do
almoço**

No recreio

Aos domingos

Ao despertar

Ao deitar



ESCALA DE SONOLÊNCIA - EPWORTH

Situação	0 nunca	1 as vezes	2 frequente	3 sempre
Sentado, lendo, etc..				
Vendo TV				
Inativo em local público				
Em transporte público				
Deitado após o almoço				



ESCALA DE SONOLÊNCIA -

Situação	0 nunca	1 as vezes	2 frequente	3 sempre
Sentado, ao falar com alguém				
Sentado após o almoço sem álcool				
Em um carro, parado				



**“Eu estou vendendo aquilo que
vocês vieram comprar”**

*Frase de um psiquiatra da infância paulista ao diagnosticar
uma criança autista com transtornos de conduta como apresentando
TDAH e propor o uso de metilfenidato.*

Entretanto:

**“ O exercício médico transcende as práticas
científicas mas, como essas, deve ser sempre
ético e, em consequência, a verdade e a
honestidade são qualidades essenciais ao seu
exercício.”**