



NeuroSaber



MITOS E VERDADES SOBRE O TDAH

ENTENDENDO PARA INCLUIR

POR DR. CLAY BRITES - NEUROPEDIATRA

Dedico este texto aos meus pacientes, seus familiares, professores e profissionais da Saúde e educação que constantemente tem que lidar com o preconceito e a desinformação acerca deste tema.

A vocês meu mais profundo respeito!!!

DR. CLAY BRITES - NEUROPEDIATRA

Pediatra e Neurologista Infantil

Doutorando em Ciências Médicas (UNICAMP)

Foi-se a época em que nos baseávamos em tradições e mitos para definirmos uma rotina ou decidirmos sobre um tratamento. A expansão do conhecimento médico e o avanço das pesquisas científicas e da neurociência veio trazer um novo paradigma de como entender e desfazer incertezas. Em várias áreas da medicina muito do que se achava foi suplantado por outras evidências e tornado, assim, uma nova verdade. É muito comum, nas mais diversas áreas da Saúde e da Educação, aparecerem comentários e saberes sem qualquer fundamento antes das explicações mais racionais, experientes, centradas no atendimento clínico e na observação criteriosa. É o caso do TDAH ! Nunca, nestes anos recentes, vi tantos comentários descabidos e veiculação de mitos desvairados e sensacionalistas acerca de uma condição médica como as que são expostas sobre o TDAH !

Não vejo comentários semelhantes sobre Diabetes, Hipertensão, Depressão, Reumatismos e tampouco impropérios

sobre seus tratamentos medicamentosos como acerca da Ritalina para o TDAH. Como podem pessoas que não tem um artigo ou pesquisa sequer sobre o TDAH nem participação em grupos multicêntricos de avaliação e acompanhamento clínico destes pacientes aparecerem fortuitamente e de forma irresponsável falando como se soubessem há anos sobre o assunto. Um dos grandes erros destes grupos, produtores de mitos, serão expostos e comentados aqui:





MITO 1

O TDAH é uma doença inventada

O TDAH é considerado atualmente uma das condições médicas mais pesquisadas e posta à prova de evidências científicas. Desde 1902 se conhece e se publica sobre TDAH e seus mecanismos neurobiológicos são conhecidos desde os anos 1950. Desde então, a produção científica tem comprovado que o TDAH leva a alterações de funcionamento neurológico, problemas motores, atraso de desenvolvimento neuropsicomotor, disfunções cognitivas, prejuízos de rendimento no trabalho e nas atividades acadêmicas por levar a excessivo déficit atencional seletivo e sustentado, problemas de memória operacional, severas restrições na auto-estima, risco maior de insucesso profissional, traumas, quedas e hospitalizações, desagregação familiar, separação conjugal e maior risco de suicídio. Crianças inteligentes e espertas quando portadoras de TDAH tem seu potencial intelectual e funcional no ambiente muito mais reduzido e prejudicado. Como pode uma doença deste calibre avassalador ser inventada?



MITO 2

TDAH é igual a hiperatividade

TDAH e Hiperatividade não são sinônimos. TDAH e agitação não são termos iguais. A Hiperatividade e a agitação não significam um transtorno e podem somente ser um perfil de personalidade e condicionamento adquiridos pela cultura. Já o TDAH é um transtorno onde estes sinais PODEM APENAS SER UM DOS SINAIS componentes. A agitação pode ser um padrão normal dependendo da idade e se não causar prejuízos a quem a tem mas se esta vier associada a dificuldade de se controlar de acordo com a necessidade e com as exigências do contexto, esquecimentos frequentes, desorganização motora e espacial, incapacidade de aprender com o erro, baixo rendimento em atividades que exigem prazo/tempo/ espaço/sequência, excessiva desatenção, inadequação social, problemas recorrentes de humor e aversão grave às frustrações e a necessidade de esperar, podemos entender que pode ser TDAH além de outras condições neuropsiquiátricas.



MITO 3

O TDAH é um problema de cunho social e culpa dos pais e educadores

O TDAH NÃO resulta de má educação, falta de limites, perda de oportunidades, abandono afetivo ou lares desajustados. NÃO RESULTA de uma sociedade hiperativa, informatizada, imediatista, hiperfocada em vários estímulos ao mesmo tempo... O TDAH é conhecido desde tempos da carroça e das cartas (primeiros relatos em 1850 e primeiro artigo publicado em 1902) onde não existiam TV, computador e games. O padrão clínico foi bem definido entre os anos 50-60 e reconhecido como transtorno em 1980. O que temos hoje são informações ainda mais completas e esclarecidas pela tecnologia médica exuberante e resultante de um boom de desenvolvimento dos anos 1990 para cá. Com mais informações, o aparecimento do TDAH fica mais frequente e repetitivo dando a impressão que tem mais criança com TDAH hoje do que na época de nossos avós, o que não condiz `a verdade. O fato é de que estamos mais vigilantes para identificá-lo assim como estamos mais alertas para descobrirmos outras condições médicas como a miopia, os cânceres, diabetes e

e outras deficiências. Além disto, pesquisas recentes mostram que a incidência de TDAH é mais ou menos igual em todo o planeta independente da cultura e do nível social e os sinais do transtorno já podem ser observados e sentidos antes dos 5 anos e com efeitos no sono, alimentação, no comportamento dos esfíncteres, no padrão motor e na linguagem da criança e nas dificuldades em memorizar e aprender sequências (e, sinceramente, o que isto tem a ver com influência social??)





MITO 4

TDAH é um problema exclusivo de escola

O TDAH é um transtorno que leva a problemas em todos os aspectos da vida do portador e daqueles que convivem com o mesmo. Acarreta problemas sociais, afetivos, de auto-imagem, ansiedade, dificuldades de relacionamento, agressividade global, impulsividade e grave desatenção com consequências na relação com os amigos, mais desavenças com os irmãos, mais acidentes, risco maior de gravidez na adolescência, separação conjugal, abandono afetivo por causa do comportamento “difícil” sendo preterido pelos pais em detrimento dos irmãos mais focados e controlados além de muitas pesquisas já mostrarem que esta população tem mais risco de obesidade, mais cáries, maior risco de suicídio e oito vezes mais chance de não atingir o diploma universitário ou plenitude na carreira profissional. E onde entra a escola nisso??



MITO 5

Professor quer induzir ao diagnóstico do TDAH

O professor não induz ao diagnóstico caso saiba profundamente o que é e como encaminhar estas crianças. O problema é a falta de informação que ainda impera neste meio inclusivo induzida por secretarias de educação que impedem a atualização, a circulação de profissionais especialistas entre os educadores e a veiculação de informações desencontradas sobre o TDAH e seu tratamento (repletas de preconceito e ojeriza pelo assunto). Além disto, por não existir leis e marcos regulatórios nem sequer equipes especializadas em conjunto com as escolas, o professor, desprovido de como agir, no desespero, encaminha estas crianças sem qualquer preparo ou modo preventivo de agir com eles dentro de sala de aula. Depois do diagnóstico, continuam sem saber o que fazer pois, a princípio, o TDAH “não existe”.



MITO 6

Médicos são controlados pela indústria a prescreverem a Ritalina

Existem médicos sem caráter e muitos são induzidos pela indústria a cumprirem papéis, na sua profissão, sem qualquer ética ou lisura. Assim como existem engenheiros, advogados, juízes, professores, pais e gestores que também fazem ou cumprem formas de agir muito semelhantes ou até pior... Isto não justifica generalizar e achar que todo o médico que prescreve Ritalina é controlado e/ou seduzido pela indústria. A grande maioria não se baseia em absolutamente nada disto mas sim plenamente em propiciar aos pacientes o que a ciência preconiza! Quem induz ao abandono do tratamento comete ato lesivo muito pior, pois engana e aliena os pais destinando seu filho com TDAH a não ter as mesmas oportunidades que os outros.



MITO 7

Ritalina dopa, vicia e robotiza as crianças

A Ritalina não é um calmante e tampouco um sedativo. Não robotiza nem dopa e as evidências mostram que o risco de vício é mínimo. Em mais de 10 anos tratando e acompanhando estes pacientes, raramente vi estes efeitos! O que vejo é exatamente o inverso e, tanto os pais quanto a escola, veem a mesma coisa : a criança fica mais atenta e consegue dar conta das atividades que antes fracassava e reduzia sua auto-estima. Existem casos onde ocorreram tais situações? Sim. Nestes casos, deve-se suspender a medicação pois toda a medicação tem a chance de não dar certo em alguns casos como os antidepressivos, antidiabéticos e medicações para infecções...



MITO 8

Se os exames são normais, não tem TDAH

O TDAH é um transtorno sem marcador biológico ainda definido. Portanto, os exames de sangue, de audição, de imagem, como Tomografia e Ressonância e o eletro de nada servirão pois nada mostrarão... O TDAH é um problema que se identifica pela observação do comportamento, da cognição e do rendimento em situações sociais, afetivas e acadêmicas. Pelo excesso de sintomas de desatenção, impulsividade e eventual hiperatividade descritas pelos critérios diagnósticos do DSM-5 e por meio de escalas de avaliação com lastro científico confiável e realmente indicativos para rastreamento do transtorno. A normalidade daqueles exames nada significa e nada se descarta.



MITO 9

Há um excesso de prescrição de medicamentos
para o TDAH

O aumento da utilização da Ritalina de uns anos para cá tem sido erroneamente interpretado pela mídia - desavisada e sensacionalista - como uso excessivo e, exagerada, causada pela displicência médica e a “abusiva necessidade de controlar o comportamento das crianças num mundo intolerante”. O aumento da prescrição em si não explica nada, mas sim que entender o porquê. O aumento se dá pelos mais diversos motivos, bons e ruins. MOTIVO BOM: mais conhecimento, mais identificação; antigamente, quase não se prescrevia porque tampouco se identificava; MOTIVO RUIM: por uso indevido e sem prescrição médica para pessoas que querem, de forma errada, melhorar sua concentração para concursos públicos ou para melhora da performance para as provas escolares ou na faculdade; uso indevido para recreação em festas e raves. O controle adequado do seu uso pelas autoridades competentes devem ser estimuladas. O problema é que faltam políticas públicas para encarar de frente o problema: regulamentar não para proibir ou coibir o uso da Ritalina,

mas sim para direcionar seu uso estrito para quem tem indicação e por meio prescrição médica após diagnóstico correto do transtorno (preconizado por protocolos internacionais ou orientados por grupos de pesquisa especializados de nossas instituições universitárias).





MITO 10

Todos os profissionais sabem identificar e tratar o transtorno

Nem todo profissional sabe diagnosticar o TDAH mesmo sendo especialista em neurologia ou psiquiatria. Capacidade técnica para tal requer conhecimento profundo sobre todos os aspectos do TDAH: quadro clínico, perfil do portador, conhecedor dos guidelines e dos aspectos neuropsicológicos e dos protocolos internacionais para o diagnóstico e tratamento do TDAH. Nossas faculdades de Medicina estão ainda em fase de implementação curricular acerca do TDAH e muitas residências médicas ainda carecem de abordar o assunto sem muita teoria e muita pouca prática. No geral, os especialistas médicos mais aptos pela experiência são os neuropediatras e psiquiatras infantis. Nas áreas afins, os psicólogos e os fonoaudiólogos mas nestas áreas ainda muito pouco se veicula e na graduação muito pouco se ensina ora por desconhecimento ora por preconceito ideológico.

Referências Bibliográficas

1. Castaneda GY, Heilbroner PL. *Pediatric Neurology: Essentials for General Practice*. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2. Polanczyk G, Silva de Lima M, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. *The Worldwide Prevalence of ADHD : A Systematic Review and MetaRegression Analysis*. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 942-948.
3. Banaschewski T, Becker K, Scherag S, Franke B, Coghill D. *Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview*. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19:237–257.
4. Kieling R, Rohde LA. *ADHD in children and adults: diagnosis and prognosis*. *Curr Top Behav Neuroscience* 2012; 9: 1-16.
5. Pastura GMC, Mattos P, Araújo APQC. *Desempenho Escolar e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*. *Rev Psiq Clín* 2005; 32 (6): 324-329.
6. Rohde LA, Halpern R. *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Atualização*. *J Pediatr (Rio J)* 2004; 80 (2a Supl) : S61-S70.
7. Castellanos FX, Sonuga-Barke EJS, Scheres A, Di Martino A, Hyde C, Walters JR. *Varieties of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Intra-Individual Variability*. *Biol Psychiatry* 2005; 57 : 1416-1423.

8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
9. Sonuga-Barke EJ. *Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: From common simple deficits to multiple developmental pathways*. *Biol Psychiatry*. 2005; 57(11):1231–1238. [PubMed: 15949993].
10. Castellanos FX, Tannock R. *Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: The search for endophenotypes*. *Nat Rev Neurosci*. 2002; 3(8):617–628. [PubMed: 12154363]
11. Volkow ND, Wang GJ, Newcorn J, Telang F, Solanto MV, Fowler JS, et al. *Depressed dopamine activity in caudate and preliminary evidence of limbic involvement in adults with ADHD*. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 64 : 932-940.
12. Volkow ND, Wang GJ, Tomasi D, Kollins SH, Wigal TL, Newcorn JH, et al. *Methylphenidate-Elicited Dopamine Increases in Ventral Striatum Are Associated with Long-Term Symptom Improvement in Adults with ADHD*. *The Journal of Neuroscience* 2012; 32(3): 841-849.
13. Nigg JT, Casey, BJ. *An integrative theory of ADHD based on the cognitive and affective neuroscience*. *Development and Psychopathology* 2005; (17): 785-806.

14. Rapport MD, Bolden J, Kofler MJ, Sarver DE, Raiker JS, Alderson RM *Hyperactivity in Boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a ubiquitous core symptom or manifestation of working memory deficits ? J Abnorm Child Psychol* 2008; 3 (7) 521-534.
15. Shaw P , Eckstrand K , Sharp W , Blumenthal J , Lerch JP , Greenstein D , Clasen L , Evans A , Giedd J , Rapoport JL. *Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. Proc Natl Acad Sci USA* 2007; 104:19649–19654.
16. Sobanski E, Banaschewski T, Sergeant JA, Faraone S. *Emotional Lability in Children and Adolescents with ADHD: Clinical Correlates and Familial Prevalences. Journal of Child Psychology and Psychiatric* 2010; (51) : 915-923.
17. Nigg J, Nikolas M, Burt SA. *Measured Gene-by-Environment Interaction in relation to ADHD. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2010; 49(9) : 863-873.
18. Semiz UB, Basoglu C, Oner C et al. *Effects of diagnostic comorbidity and dimensional symptoms of attention-deficit-hyperactivity disorder in men with antisocial personality disorder. Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42(5): 405-413.
19. Lalonde J, Turgay A, Hudson JI. *Attention-deficit hyperactivity disorder subtypes and comorbid disruptive behavior disorder in a child and adolescent mental health clinic. Canadian J Psychiatry* 1998; 43 (6): 623-628.

20. Aarnoudse-Moens CSH, Weisglas-Kuperus N, Van Goudoever JB, Oosterlain J. *Meta-Analysis of Neurobehavioral Outcomes in Very Preterm and/or Very Low Birth Weight Children. Pediatrics* 2009; 124 (2): 117-128.
21. Simão ANP, Toledo MM, Ciasca SM. *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. In: Ciasca SM, Rodrigues SD, Salgado CA. TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Rio de Janeiro : Revinter; 2010.*
22. Milich R, Balentine AC, Lynam DR. *ADHD Combined Type and ADHD Predominantly Inattentive Type Are Distinct and Unrelated Disorders. Clinical Psychology* 2001; 8(4): 463-488.
23. Ciasca, S. (org.) *Distúrbios de Aprendizagem: proposta de avaliação interdisciplinar. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.*
24. Barkley, R. A. *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: E. J. Mash & R. A. Barkley (Orgs.), Treatment of childhood disorders. (vol. 2, pp. 55-110) New York: Guilford; 1998.*
25. Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, I. *The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria. I. An 8-year prospective follow-up study. The Journal of American Academia of Child and Adolescent Psychiatry* 1990; 29, 546-57.
26. Garfinkel BD, August GJ. *Comorbidity of ADHD and reading disability among clinic-referred children. Journal of Abnormal Child Psychology* 1990; 18(1): 29-45.

27. Barkley RA. *Behavioural inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. Psychol Bull* 1997; 121: 65-94.
28. Sergeant, JA. *The cognitive-energetic model: an empirical approach to ADHD. Neuroscience and Behavioral Reviews* 2000; 24: 7-12.
29. Rapport MD, Bolden J, Kofler MJ, Sarver DE, Raiker JS, Alderson RM *Hyperactivity in Boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a ubiquitous core symptom or manifestation of working memory deficits ? J Abnorm Child Psychology* 2008; 37, 521-534.
30. Castellanos FX, Tannock R. *Neuroscience of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: the search for endophenotypes. Nature* 2002; 3: 617-629.
31. Halperin, JM, Schulz KP. *Revisiting the role of the prefrontal cortex in the pathophysiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. Psychological Bulletin* 2006; 132, 560–581.
32. Rhodes SM, Coghill DR, Matthews K. *Methylphenidate restores visual memory but not working memory function in attention deficit- hyperkinetic disorder. Psychopharmacology* 2004; 175, 319–330.
33. Rucklidge, J. J., & Tannock, R. *Psychiatric, psychosocial, and cognitive functioning of female adolescents with ADHD. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 40, 530–540.

34. Sonuga-Barke EJS, Sergeant JA, Nigg J, Willcutt E. *Executive dysfunction and delay aversion in attention deficit hyperactivity disorder: Nosologic and diagnostic implications. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2008; 17, 367–384.
35. Borkowska AR1, Słopeń A, Pytlińska N, Rajewski A, Dmitrzak-Weglarz M, Szczepankiewicz A, Wolańczyk T. *Visual-spatial functions and organisation of grapho-motor actions in ADHD children. [Article in Polish] Psychiat Pol* 2011; 45(3) : 367-378.
36. Bolden J, Rapport MD, Raiker JS, Sarver DE, Kofler MJ. *Understanding Phonological Memory Deficits in Boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Dissociation of Short-term Storage and Articulatory Rehearsal Processes. Journal of Abnormal Child Psychology* 2012; 40 (6) 999-1011.
37. Sobanski E, Banaschewski T, Chen Wai MRCP, Holtmann M, Asherson P, Argyris S et al. *Emotional lability in children and adolescents with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD): Clinical correlates and familial prevalence. Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2010; 51, 915-923.
38. Kam HJ, Lee K, Cho S, Shin Y, Park RW. *High-Resolution Actigraphic Analysis of ADHD: A wide range of movement variability observation in three school courses – a pilot study. Healthcare Informatics Research* 2011; 17(1): 29-37.

39. De Crescenzo F, Armando M, Mazzone L, Ciliberto L, Sciannamea M, Figueroa C, et al. *The use of actigraphy in the monitoring of methylphenidate versus placebo in ADHD: a meta-analysis.* *ADHD Atten Def Hyp Disord* 2014; 6: 49-58.
40. Dick MJ, Piek JP. *Developmental Delays in Children with ADHD.* *Journal of Attention Disorders.* 2014; 18(5): 466-478.
41. Possa MA, Spanemberg L, Guardiola A. *Comorbidades do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças escolares.* *Arq Neuropsiquiatr* 2005; 63 (2-B):479-483.
42. Nunes MMS, Werlang BSG. *Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade e transtorno de conduta: aspectos familiares e escolares.* *ConScientia e Saúde* 2008; 7(2):207-216.
43. Ferreira SHA, Barrera SD. *Ambiente familiar e aprendizagem escolar em alunos da educação infantil.* *Psico* 2010; 41 (4): 462-472.
44. DuPaul GJ, Stoner G. *TDAH nas Escolas.* São Paulo: M.Books do Brasil; 2007.
45. Amiri S, Fakhari A, Salman A, Golmirzaei J, Akbari Z. *Psychiatric Comorbidities in ADHD Children: An Iranian Study among Primary School Students.* *Arch Iran Med* 2013; 16(9): 513-517.
46. Nascimento RTA. *O aluno com Transtorno do Déficit de Atenção em sala de aula.* *Temas sobre Desenvolvimento* 2013; 19(105): 81-85

47. Van der Oord S, Prins PJM, Oosterlaan J, Emmelkamp PMG. *Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: A meta-analysis*. *Clinical Psychology Review* 2008; 28: 783–800.
48. Muzetti CMV, Vinhas MCZL. *Influência do déficit de atenção e hiperatividade na aprendizagem em escolares*. *Psicol. Argum* 2011; 29 (65): 237-248.
49. Piffner LJ, Villodas M, Kaiser N, Rooney M, McBurnett K. *Educational Outcomes of a Collaborative School–Home Behavioral Intervention for ADHD*. *Sch Psychol Q*. 2013; 28(1): 25–36. doi:10.1037/spq0000016.
50. Capano L, Minden D, Chen SX, Schachar RJ, Ickowicz A. *Mathematical Learning Disorder in School-Age Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*. *Canadian Journal of Psychiatry* 2008; 53 (6): 1-8.
51. Kieling C, Kieling RR, Rohde LA, Frick PJ, Moffitt T, Nigg JT et al. *The age at onset of attention deficit hyperactivity disorder*. *Am J Psych* 2010; 167 (1): 14-16.
52. Brites C. *Sinais precoces de transtornos neurológicos nos Transtornos de Desenvolvimento*. In: Ciasca SM e cols. (org.). *Transtornos de Desenvolvimento : do diagnóstico a intervenção precoce*. São Paulo: Book Toy; 2014.
53. Cardo E, Amengual-Gual M. *¿Se asocia el trastorno por déficit de atención/hiperactividad con otras patologías prevalentes de la infancia?* *Rev Neurol* 2015; 60 (Supl 1): S109-S113.

54. Mulas F, Roca P, Ros-Cervera G, Gandia-Benetó R, Ortiz-Sanchez P. Manejo farmacológico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad con metilfenidato y atomoxetina en un contexto de epilepsia . *Rev Neurol* 2014; 58 (Supl 1): S43-S49.
55. Schmitz M, Polanczyk G, Rohde LA. TDAH: remissão na adolescência e preditores de persistência em adultos. *J. Bras. Psiquiatr.* 2007; 56(1) : 25-29.
56. Kollins, S.H., Sparrow, E.P., Conners C.K. *Guide to Assessment Scales in ADHD, 2nd Ed.*, Ed. Springer Healthcare; 2010, ISBN 978-1- 907673-15-3.

