



! Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

## Atualização em TDAH na infância e adolescência - Parte 3: Tratamento

**Autores:**

Karina Soares Louffi

Joyce Carvalho Martins

Mona Lisa Trindade Mariano

Barbara Romaneli Conde

### Introdução

O tratamento do TDAH requer uma abordagem multimodal, que deve incluir intervenções não farmacológicas e de psicoeducação que serão abordadas a seguir, além de medidas farmacológicas. Essa proposta de intervenção visa minimizar o impacto do transtorno nos diversos contextos da vida do indivíduo, além de oferecer adequado tratamento das comorbidades identificadas.

Vários fatores influenciam a seleção inicial das modalidades de tratamento utilizadas. As preferências iniciais dos pais e dos filhos são moldadas pelas suas crenças sobre a natureza dos problemas da criança e pelas informações (e desinformação) recebidas de diversas fontes, incluindo redes sociais, meios de comunicação e prestadores de cuidados de saúde. Muitas famílias já chegam aos consultórios desgastadas no relacionamento familiar se questionando se o problema é meramente uma questão de disciplinar a criança. Por outro lado, algumas crianças diante do fracasso escolar, se sentem completamente desmotivadas em sua vida acadêmica. Portanto, é de suma importância que a família, a criança, o médico, a escola e todos aqueles envolvidos nessa abordagem multimodal estejam alinhados na proposta do tratamento.

### Tratamento não medicamentoso

As recomendações psicoterápicas do TDAH são distintas de acordo com as faixas etárias<sup>1</sup>. Nas crianças pré-escolares (4 e 5 anos) com TDAH ou com sintomas associados ao transtorno, a primeira linha de tratamento é o Treinamento de Pais e intervenções comportamentais na escola, sendo a intervenção medicamentosa indicada quando as medidas comportamentais não surtirem efeito ou quando ainda estiverem presentes prejuízos significativos. Na fase escolar (6 a 12 anos), a indicação é o Treinamento de Pais (TP) e intervenções comportamentais na escola<sup>1</sup>. O TP é uma forma de psicoterapia na qual a intervenção na criança é feita através dos pais. Nesta intervenção os pais são psicoeducados sobre o transtorno, aprendem a reconhecer e diferenciar os sintomas de TDAH dos comportamentos de desobediência, desenvolvem habilidades parentais mais efetivas para lidar com esses comportamentos e sintomas da criança, ajudando-a a compensar suas dificuldades. O TP pode ser indicado para crianças que não preenchem todos os critérios diagnósticos para os transtornos, mas que apresentam prejuízos associados às queixas<sup>2</sup>. A forma de psicoterapia com os atendimentos focados na criança, será indicada caso o paciente possua outras queixas internalizantes e/ou comorbidades associados ao TDAH.

Na adolescência (13 a 18 anos), a recomendação são psicoterapias comportamentais baseadas em evidência, com foco no reconhecimento, manejo dos sintomas e desenvolvimento de habilidades.<sup>3</sup>

Outra forma de tratamento não medicamentoso é a psicoeducação, que pode ser realizada com os pais, nas escolas ou com os pacientes. A psicoeducação está associada a redução dos sintomas, melhora da adesão e percepção dos pais em relação aos tratamentos e diminuição dos conflitos entre pais e filhos<sup>4</sup>.

### Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso do TDAH está indicado nos pacientes a partir dos 6 anos de idade<sup>1,5</sup>. Entre 4 e 6 anos o uso de medicamento fica restrito a casos moderados a graves, especialmente se não responsivos à abordagem comportamental.

Os psicoestimulantes (Metilfenidato e as anfetaminas) são a classe de medicamentos com maior efeito sobre os sintomas cardinais do TDAH<sup>1</sup>. Se há falha terapêutica com um desses, a indicação é usar outro psicoestimulante antes de tentar os não-estimulantes.

Os não-estimulantes tem um tamanho de efeito menor e seus representantes são a Atomoxetina, a Guanfacina e a Clonidina, mas apenas a última está disponível no Brasil. Por fim, Bupropiona, Imipramina e Modafinil também podem ser considerados.

Os efeitos colaterais mais comuns com os psicoestimulantes são hiporexia, dor abdominal, cefaleia, anormalidades do ritmo cardíaco, hipertensão arterial sistêmica (HAS), tiques, crises epiléticas, alteração do sono, do comportamento, redução da velocidade de crescimento e sintomas psicóticos. Em pré-escolares, destaca-se o risco de labilidade emocional e disforia. O uso está contraindicado em episódios de psicose ou mania, glaucoma de ângulo fechado, hipertireoidismo não tratado, HAS moderada-grave, feocromocitoma, doença cardiovascular sintomática, de forma concomitante ao uso de inibidores da monoamina oxidase e até 14 dias após a suspensão desses fármacos<sup>5,6</sup>. Avaliação cardíaca está indicada em caso de sinais ou sintomas cardíacos, presença de doença cardíaca congênita ou cirurgia cardíaca prévia, morte súbita em parente de 1o grau antes dos 40 anos, que sugira causa cardíaca<sup>5</sup>, história familiar de síndrome de Wolff-Parkinson-White, miocardiopatia hipertrófica e síndrome do QT longo<sup>1</sup>. Pressão arterial acima do percentil 95 indica avaliação com especialista em HAS na infância<sup>5</sup>.

A Atomoxetina tem como principais efeitos colaterais: taquicardia, HAS, sonolência inicial, sintomas gastrointestinais, hiporexia, disfunção sexual, pensamentos suicidas, hepatite e redução temporária do crescimento.

A Clonidina e a Guanfacina podem causar sonolência, xerostomia, tontura, irritabilidade, cefaléia, bradicardia, hipotensão e dor abdominal. Estão contraindicadas se há risco de uso irregular, que pode causar HAS rebote<sup>1,5,6</sup>.

Durante o tratamento medicamentoso devem ser monitorizados peso, altura e exame cardiovascular. Eletrocardiograma e exames laboratoriais não devem ser feitos de rotina<sup>5,6</sup>.

O tratamento deve ser revisto anualmente, considerando riscos e benefícios. Deve-se considerar períodos de pausa ou redução da dose, em conjunto com o paciente e sua família.

Na tabela 1 estão listados os principais medicamentos utilizados no TDAH com as doses recomendadas.

Concluindo, o TDAH é uma condição com base neurobiológica, frequente, crônica, com processo diagnóstico complexo e comorbidades frequentes. O tratamento inclui medidas psicoterápicas e medicamentosas e deve envolver a família, profissionais da saúde e da educação.

**Tabela 1: Principais medicamentos usados para o tratamento do TDAH<sup>7</sup>**

Druga	Classe	Dose habitual	Efeitos adversos	Observações
Metilfenidato	Psicoestimulante (Druga de primeira escolha)	0.3–1.0 mg/kg/dia	Aumento leve da pressão arterial e da frequência cardíaca, hiporexia, emagrecimento, dor abdominal, cefaleia, insônia, irritabilidade e intensificação tiques.	Preparações de liberação imediata e de liberação sustentada estão disponíveis no Brasil
Lisdexanfetamina	Psicoestimulante (druga de escolha caso não haja resposta com metilfenidato em crianças. Há opção de primeira escolha em adultos)	30–70 mg/dia	Semelhante ao metilfenidato	Eficácia e tolerabilidade semelhante ao metilfenidato. Pró-fármaco com efeito prolongado.
Atomoxetina	(não estimulante) Inibidor seletivo de recaptção de norepinefrina	1.2 mg/kg/dia	Leve aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca; encurtamento leve o intervalo Q-T, boca seca, hiporexia, emagrecimento, sintomas gastrointestinais, tontura, cefaleia, sonolência, fadiga e sedação	Indisponível no Brasil
Guanfacina	α2-agonista adrenérgico	1–5 mg	Fadiga, sedação, sonolência, redução leve da pressão arterial e da frequência cardíaca, leve prolongamento de intervalo Q-T	Indisponível no Brasil

### Referências

- 1- Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, Evans SW, Flinn SK, Froehlich T, Frost J, Holbrook JR, Lehmann CU, Lessin HR, Okechukwu K, Pierce KL, Winner JD, Zurhellen W; Subcommittee on children and adolescents with attention-deficit/hyperactive disorder. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2019 Oct;144(4):e20192528. doi: 10.1542/peds.2019-2528. Erratum in: *Pediatrics*. 2020 Mar;145(3): PMID: 31570648; PMCID: PMC7067282.
- 2- Sonuga-Barke EJ, Daley D, Thompson M, Laver-Bradbury C, Weeks A. Parentbased therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, controlled trial with a community sample. *JAmAcad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(4):402–408. Doi: 10.1097/00004583-200104000-00008.
- 3- Faraone, S.V., Banaschewski, T., Coghill, D., Yi, Z., Biederman, J., Bellgrove, M.A., ... & Wang, Y. (2021). The world federation of ADHD international consensus statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789–818 doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022.
- 4- Dahl, V., Ramakrishnan, A., Spears, A.P. et al. Psychoeducation Interventions for Parents and Teachers of Children and Adolescents with ADHD: a Systematic Review of the Literature. *J Dev Phys Disabil* 32, 257–292 (2020). Doi: 10.1007/s10882-019-09691-3
- 5- Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019 Sep. PMID: 29634174.
- 6- CADDRA - Canadian ADHD Resource Alliance: Canadian ADHD Practice Guidelines, 4.1 Edition, Toronto ON; CADDRA, 2020.
- 7- Xavier, CC, Louffi, KS, Fonseca, LF. (org). *Epilepsia na Infância*. 1. ed. Belo Horizonte, MG: editora Ampla, 2022.