

Transtornos do neurodesenvolvimento

Guilherme Monteiro Constant
Psiquiatra (CRM-AL 7657 | RQE: 5235)

Definição

- Grupo de transtornos com início no período do desenvolvimento
- Em geral, manifestam-se na idade pré-escolar
- Podem só ser diagnosticados na idade adulta



Transtornos do neurodesenvolvimento

Deficiência intelectual

Transtorno de déficit
de atenção e
hiperatividade

Transtorno do
espectro autista

Transtornos motores

Transtornos da
comunicação

Transtornos
específicos da
aprendizagem

Ex.: Transtornos de tique (ex.: T.
de Tourette)

Ex.: Transtorno da fala
Transtorno de linguagem

Ex.: Leitura, escrita, matemática



Deficiência intelectual (DI)

Deficiência intelectual

Desenvolvimento incompleto da mente, caracterizado pelo comprometimento de habilidades que contribuem para o **nível global de inteligência**: cognitivas, de linguagem, motoras e habilidades sociais (OMS, 1992)

Antigamente: “retardo mental”

Prevalência mundial: 1%

Quase 2x maior em países de baixa ou média renda

DI: Etiologia

- Heterogênea: Fatores de risco genéticos, ambientais e socioculturais

Pré ou peri-natais

- Distúrbios genéticos, malformações congênitas
- Fatores de risco à gravidez (desnutrição, exposição a teratógenos, doenças maternas)
- Prematuridade, baixo peso ao nascer

Pós-natais

- Patologias do SNC (infecções, epilepsia, TCE...)
- Doenças metabólicas
- Fatores socioambientais (desnutrição grave, privação social/emocional crônica)

Etiologia não identificável em 40% dos casos (especialmente DI leve)

Deficiência intelectual – Diagnóstico (DSM-5)

- **Déficits funcionais**, iniciados no período do desenvolvimento:

Déficit em funções intelectuais: raciocínio, planejamento, solução de problemas, pensamento abstrato, aprendizagem (acadêmica e pela experiência)



Limitação nas atividades da vida diária: comunicação, atividades domésticas, independência pessoal, atividades acadêmicas/profissionais

Leve, moderado ou grave de acordo com impacto nos domínios conceitual, social e prático



DI – níveis de gravidade

Domínio conceitual

Domínio social

Domínio prático

DI Leve (80%)

Pouca diferença em pré-escolares

Necessita de apoio para atividades acadêmicas (leitura, matemática...)

Dificuldade de planejamento, memória, abstração

Imaturidade

Comunicação mais concreta que o esperado

↓ Regulação emocional e comportamental

Pode funcionar normalmente nos cuidados pessoais

Apoio em tarefas complexas (compras, tarefas domésticas, transporte, manejo de dinheiro, cuidar dos filhos...)

Podem conseguir empregos simples

DI Moderada (12%)

Habilidades conceituais muito atrasadas, apoio para atividades cotidianas

Dificuldade na aquisição da linguagem e aprendizado escolar

Diferenças marcantes, usa linguagem com pouca complexidade

Relações interpessoais afetadas pela limitação da comunicação

Capaz de exercer auto-cuidado, tarefas domésticas e recreacionais mediante ensino prologado

Emprego não-qualificado exige apoio substancial de colegas

DI – níveis de gravidade

Domínio conceitual

Domínio social

Domínio prático

DI Grave (3-4%)

Pouca compreensão de escrita ou conceitos envolvendo números, tempo ou dinheiro

Dependem de cuidadores para solução de problemas

Muito limitada: palavras isoladas + linguagem não verbal

Compreendem discursos simples

Apoio para todas as atividades cotidianas (comer, defecar, urinar...)

Aquisição de habilidades básicas exige ensino prolongado

Profunda (1%)

“Habilidades conceituais envolvem mais mundo físico que simbólico”

Pode usar objetos de maneira direcionada a metas

Compreensão muito limitada de fala e gestos

Podem entender instruções simples

Comunicação de desejos e emoções por linguagem não verbal

Dependente em todos os aspectos

Prejuízos físicos são fator limitante frequente

Características clínicas

- **Atrasos do desenvolvimento** motor e da linguagem são comuns
 - DI leve: atrasos do DNPM podem não ser aparentes

Detecção na idade escolar – déficits acadêmicos

- **Impulsividade:** baixo limiar de frustração e comportamento agressivo (auto ou hetero)

Diagnósticos diferenciais

- **DI e TDAH:** Ambos causam prejuízos de concentração e memória, dificuldade de aprendizagem, impulsividade

DI: Prejuízo nas atividades de vida diária (AVDs)

- **DI e TEA:** comorbidade comum; ambos causam prejuízo na aquisição de linguagem, retraimento social, comportamentos repetitivos

DI: Prejuízo nas AVDs

Tratamento

- Encaminhar às terapias multidisciplinares (psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia...)

Com as técnicas adequadas, muitos adquirem habilidades para vida diária e competências acadêmicas básicas (leitura, escrita, matemática)



Tratamento medicamentoso

- Poucos tratamentos baseados em evidências
- **Agressividade, agitação, impulsividade:**
 - Antipsicóticos: risperidona, aripiprazol
 - Ex.: Risperidona 1mg/noite e reavaliar
- **Comportamento hipersexualizado:** ISRS? (Citalopram, Fluoxetina...)
- **Insônia**
 - Melatonina
 - Vários psicotrópicos sedativos são usados *off-label* (Levomepromazina, periciazina)



Neozine
Levozine

Neuleptil



Transtorno do espectro autista (TEA)

TEA

Prejuízo em comunicação e interação social



Padrões restritos e repetitivos de comportamento/interesses/atividades

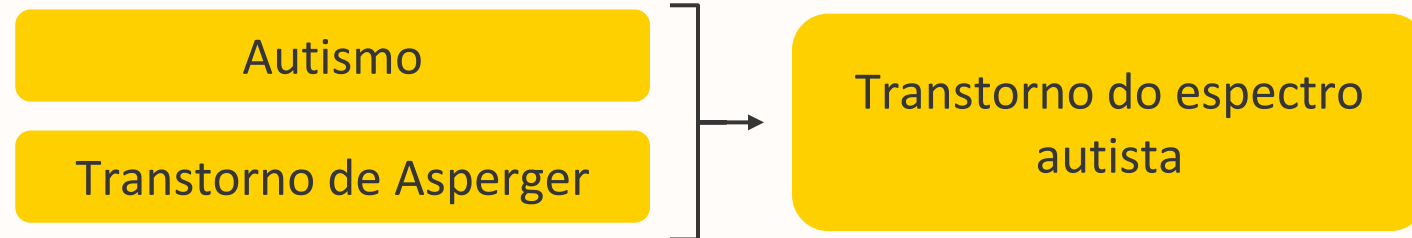
- Presente no início do desenvolvimento
 - Podem ser identificados tardiamente ou mascarados ao longo da vida
- EUA: 1 em 68 crianças
 - Meninos: 1 em 42
 - Meninas: 1 em 189



TEA - Histórico

- **Eugen Bleuler (1908):** cunhou os termos esquizofrenia e autismo
- **Hans Asperger (1938)**
 - “Psicopatas autistas”: crianças com déficits de comunicação social e padrão repetitivo de comportamento, sem atrasos significativos de desenvolvimento
- **Leo Kanner (1943)**
 - Crianças com “indiferença autista”, “insistência na mesmice” e atrasos no desenvolvimento

- **DSM 5 (2013):**



Por que espectro?



TEA – Diagnóstico (DSM-5)

- **Critério A:** Déficits de comunicação e interação social:

Pode haver atrasos, anormalidades ou ausência de fala

1. **Reciprocidade socioemocional:** desinteresse em estabelecer interações, compartilhar emoções e interesses (comunicação unilateral para fins práticos - pedir); dificuldade em compreender pistas sociais geralmente intuitivas (ex.: indiretas; o que não dizer em uma conversa...)
2. **Comunicação não verbal:** uso reduzido ou atípico de contato visual, gestos, expressão facial e entonação da fala; dificuldade em compreender linguagem não-verbal alheia (ex.: sarcasmo); falta do gesto de apontar
3. **Relacionamentos interpessoais:** desinteresse pelos pares ou dificuldade em manter amizades; abordagens sociais inadequadas, dificuldade em ajustar comportamento às situações sociais.

TEA – Diagnóstico (DSM-5)

- **Critério B:** Padrões restritos e repetitivos de comportamento/interesses/atividades. Pelo menos 2 dos seguintes:
 - Movimentos, fala ou uso de objetos **estereotipados/repetitivos**
 - Adesão inflexível a **rotinas/regras** ou **padrões restritos de comportamento**
 - **Interesses fixos**, restritos e anormalmente intensos
 - Hiper ou hiporreatividade a **estímulos sensoriais** ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente

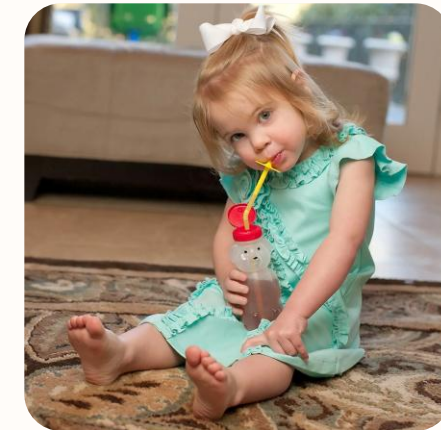
TEA – Critério B (DSM-5)

- **1) Estereotipias:** comportamentos repetitivos e frequentes, sem finalidade definida
 - **Motoras:** balançar braços (*flapping*), andar de ponta de pés, girar ou balançar o corpo, manutenção de posições...
 - **Verbais:** repetição de palavras ditas por outros (ecolalia) ou por si mesmo, frases peculiares, entonações ou sotaques atípicos



TEA – Critério B (DSM-5)

- **2) Adesão inflexível a rotinas/regras:** Resistência extrema a pequenas mudanças, rigidez quanto a regras



- **2) Padrões restritos de comportamento:** comportamentos ritualizados (ex.: perguntas repetitivas, percorrer um mesmo perímetro...)

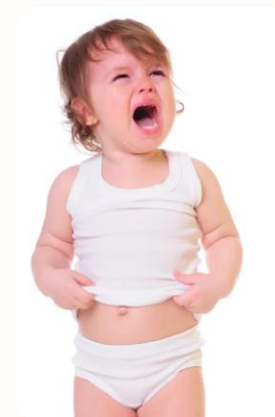
TEA – Critério B (DSM-5)

- **3) Interesses fixos, restritos e anormalmente intensos:** Conhecimento excessivamente aprofundado/específico, dificuldade em falar de outros tópicos, angústia quando interrompidos



TEA – Critério B (DSM-5)

- **4) Hiper/hiporreatividade a estímulos sensoriais:** Sons, texturas...



- **4) Interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente:**



TEA – Diagnóstico (DSM-5)

- **Critério C:** os sintomas devem estar presentes precocemente no desenvolvimento (mas podem não ser plenamente manifestos no início)
- **Critério D:** prejuízo funcional significativo
- **Critério E:** não é mais bem explicado por deficiência intelectual

DSM-5

- Níveis de gravidade / necessidade de suporte
 - **Nível 1:** requer suporte (dificuldade para iniciar interações sociais e fazer amizades, inflexibilidade causa interferência no funcionamento)
 - **Nível 2:** requer suporte substancial (déficits acentuados de comunicação: iniciação limitada da interação e resposta anormal a interações que partem dos outros. Inflexibilidade e comportamentos repetitivos são frequentes)
 - **Nível 3:** requer apoio muito substancial (déficits severos de comunicação causam grave prejuízo do funcionamento, interação muito limitada, extrema dificuldade em lidar com mudanças)

Detecção precoce

- **0-6 meses:** atraso inespecífico no DNPM (ou normal)
- **6-12 meses:** déficits de interação social tornam-se aparentes
- **2 anos:** problemas claros na comunicação social, brincadeiras, linguagem, cognição.
 - Pico de novos sintomas que facilitam reconhecimento

M-CHAT (escala para rastreio de autismo: 18-24 meses)

0-2 pontos: risco baixo, não aprofundar investigação

3-6 pontos: risco moderado, encaminhar ao especialista

> 6 pontos ou 2 ou mais pontos críticos: risco alto, encaminhar ao especialista

Anexo 1

Versão Final do M-CHAT em Português

Por favor, preencha as questões abaixo sobre como seu filho geralmente é. Por favor, tente responder todas as questões. Caso o comportamento na questão seja raro (ex. você só observou uma ou duas vezes), por favor, responda como se seu filho não fizesse o comportamento.

1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho, etc.?	Sim	Não
2. Seu filho tem interesse por outras crianças?	Sim	Não
3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?	Sim	Não
4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?	Sim	Não
5. Seu filho já brincou de faz-de-conta, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz-de-conta?	Sim	Não
6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?	Sim	Não
7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo?	Sim	Não
8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex. carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?	Sim	Não
9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?	Sim	Não
10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?	Sim	Não
11. O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho (ex. tapando os ouvidos)?	Sim	Não
12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?	Sim	Não
13. O seu filho imita você? (ex. você faz expressões/caretas e seu filho imita?)	Sim	Não
14. O seu filho responde quando você chama ele pelo nome?	Sim	Não
15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?	Sim	Não
16. Seu filho já sabe andar?	Sim	Não
17. O seu filho olha para coisas que você está olhando?	Sim	Não
18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?	Sim	Não
19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?	Sim	Não
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?	Sim	Não
21. O seu filho entende o que as pessoas dizem?	Sim	Não
22. O seu filho às vezes fica aéreo, "olhando para o nada" ou caminhando sem direção definida?	Sim	Não
23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?	Sim	Não

Diagnóstico diferencial

- Bebês e pré-escolares:
 - **Perda auditiva:** perda do balbucio, baixa vocalização, indiferença a estímulos auditivos.
 - **Mutismo seletivo e ansiedade de separação**
 - Comunicação normal no ambiente familiar
 - **Deficiência intelectual:** exclusão difícil nos primeiros anos de vida
 - Comorbidade comum
 - Buscar sinais de problemas genéticos (dismorfismo facial, microcefalia)
 - Déficits sociais além do esperado para nível geral de inteligência
- Pacientes mais velhos: pode ser difícil (principalmente TEA de alto funcionamento)

Prognóstico e desfecho

- Mudanças significativas no quadro até a vida adulta
 - Comportamento e habilidades adaptativas tendem a melhorar
 - Alta variabilidade dos desfechos (determinado por apoio social, tratamento multidisciplinar): cautela com previsões

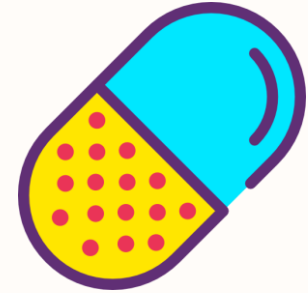
Mesmo casos com excelente resposta ao tratamento mantêm dificuldades e podem precisar de apoio em muitas áreas.

TEA - Tratamento

- A base do tratamento são as **terapias multidisciplinares**
 - Psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, etc.
 - Ex.: ABA (applied behavior analysis), PECS, DTT
- A intervenção deve ser:
 - Precoce (1ª infância)
 - Individualizada
 - Intensiva (25-40h por semana)
 - Generalizada (participação familiar)



Tratamento medicamentoso



- **Limitado:**

- Comorbidades
- Manejo de comportamentos desafiadores/agressivos que não respondem a outras abordagens (FDA: Risperidona, Aripiprazol)

Papel do médico: diagnosticar, orientar, encaminhar, medicar se necessário, dar acesso aos direitos



Caso clínico

Caso clínico

- Miguel, 15 anos, estudante (1º ano do ensino médio), mora com seus pais
- Foi levado à consulta porque vem tirando notas baixas desde que iniciou o ensino médio. Seu pai diz que isso é “preguiça”, mas Miguel diz que tem muita dificuldade em acompanhar as aulas, nunca conseguiu manter o foco na sala de aula e nos estudos em casa. Durante o ensino fundamental conseguia estudar na véspera das provas e tirava boas notas, mas este ano sentia que não era suficiente.
- Afirma que nunca gostou de atividades que exigiam concentração e procrastina demais. Se distrai com facilidade com barulhos ou movimentos mínimos a seu redor e comete muitos erros em trabalhos devido à distração.

Caso clínico

- A mãe de Miguel diz ainda que o filho parece estar sempre “no mundo da lua”, com frequência esquece de compromissos, perde objetos e é muito desorganizado.
- Miguel diz que fala muito atualmente e interrompe os outros sem perceber. Frequentemente remexe os pernas quando está sentado, mas não apresenta outros sinais de hiperatividade motora.
- Quando era mais novo, no entanto, era muito inquieto, “não parava”. Frequentemente corria e subia em objetos em momentos inadequados, tinha dificuldade de esperar a vez em brincadeiras e dificilmente brincava de maneira calma, frequentemente quebrando carrinhos e bonecos devido à agitação.

Caso clínico

- O psiquiatra mostra que os sintomas relatados se agrupam em características de **desatenção** e de **hiperatividade**. Os pais relatam observar tais comportamentos desde o início do ensino fundamental, por volta dos 06 anos.
- Diante disso, foi dado o diagnóstico de **transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)**. O paciente foi encaminhado à psicoterapia e foi iniciado tratamento com metilfenidato 10mg, meio comprimido após o café da manhã e meio comprimido após o almoço.

TDAH

Transtorno **do neurodesenvolvimento** caracterizado por um padrão **persistente** de dificuldades atencionais, inquietação motora e/ou impulsividade



Diagnóstico (DSM-5)

- Critério A: padrão persistente de desatenção **e/ou** hiperatividade

1

Desatenção (ao menos 6 dos 9)

Desatenção a detalhes, erros por descuido

Não segue instruções até o fim e não termina tarefas

Perde objetos

Dificuldade em manter a atenção em atividades (aulas, leituras, conversas)

Dificuldade em organização (tempo, espaço...)

Distração por estímulos externos

Parece não escutar quando lhe é dirigida a palavra

Evita ou não gosta de envolver-se em tarefas que exigem esforço mental

Esquecimento em relação a atividades cotidianas

Diagnóstico (DSM-5)

- Critério A: padrão persistente de desatenção **e/ou** hiperatividade

2

Hiperatividade/impulsividade (ao menos 6 dos 9)

Remexe/batuca mãos ou pés ou se contorce na cadeira

Incapaz de brincar calmamente

Responde antes de a pergunta ser concluída

Levanta-se quando deveria ficar sentado

Não para, frequentemente "com motor ligado"

Dificuldade para esperar a vez

Corre ou sobe nas coisas (adolescentes/ adultos: inquietação)

Fala demais

Interrompe ou intromete-se (conversas, brincadeiras, atividades...)

Diagnóstico (DSM-5)

- Vários sintomas estavam presentes antes dos 12 anos de idade
- Presentes em dois ou mais ambientes (casa, escola, trabalho, amigos...)
- Interferência no funcionamento social, acadêmico ou profissional

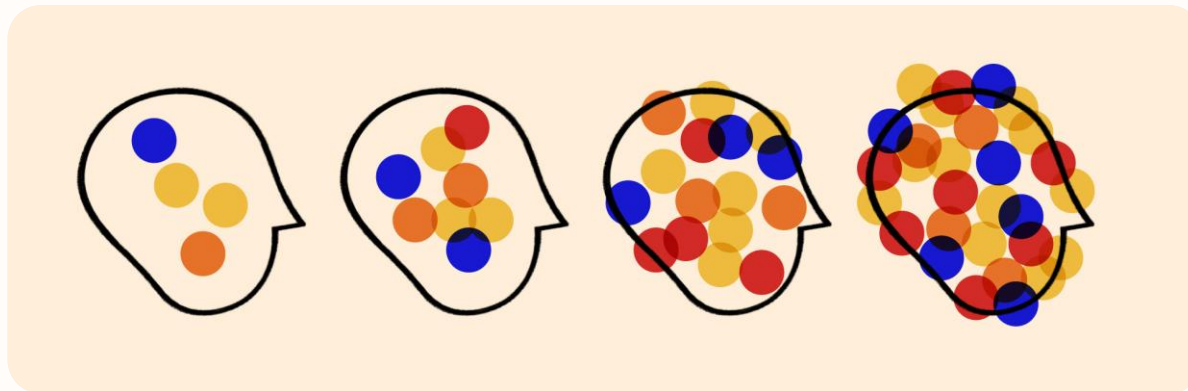


Tabela D.1.2 Mudanças nos sintomas de TDAH desde a infância até a idade adulta

	Primeira Infância e Pré-Escolar	Período Escolar	Adolescência	Vida Adulta
Desatenção	<ul style="list-style-type: none"> • Sequências curtas de brincadeira (<3 min) • Deixar atividades incompletas • Não ouvir 	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades breves (<10 min) • Mudanças prematuras de atividade • Esquecidos; desorganizados; distratibilidade pelo ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor persistência do que os pares (<30 min) • Falta de foco nos detalhes de uma tarefa • Planejamento futuro fraco 	<ul style="list-style-type: none"> • Detalhes não contemplados • Esquecer Compromissos • Carece de precaução e antecipação
Hiperatividade				
Impulsividade				

Fonte: Taylor E, Sonuga-Barke E (2008), "Disorders of attention and activity" In Rutter M et al (eds), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, p. 522. ©Blackwell Publishing Limited, with permission.

Escala ASRS-18

TDAH

NOME: _____

DATA: _____ DATA PRÓXIMA CONSULTA: _____

Por favor, responda as perguntas abaixo se auto-avaliando de acordo com os critérios do lado direito da página.

Após ler cada um dos itens, circule o número que corresponde a como você se sentiu e se comportou nos últimos seis meses.

	NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	MUITO FREQUENTEMENTE
1. Com que frequência você comete erros por falta de atenção quando tem de trabalhar num projeto chato ou difícil?	0	1	2	3	4
2. Com que frequência você tem dificuldade para manter a atenção quando está fazendo um trabalho chato ou repetitivo?	0	1	2	3	4
3. Com que frequência você tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente com você?	0	1	2	3	4
4. Com que frequência você deixa um projeto pela metade depois de já ter feito as partes mais difíceis?	0	1	2	3	4
5. Com que frequência você tem dificuldade para fazer um trabalho que exige organização?	0	1	2	3	4
6. Quando você precisa fazer algo que exige muita concentração, com que frequência você evita ou adia o início?	0	1	2	3	4
7. Com que frequência você coloca as coisas fora do lugar ou tem dificuldade de encontrar as coisas em casa ou no trabalho?	0	1	2	3	4
8. Com que frequência você se distrai com atividades ou barulho a sua volta?	0	1	2	3	4
9. Com que frequência você tem dificuldade para lembrar de compromissos ou obrigações?	0	1	2	3	4
PARTE A - TOTAL					
1. Com que frequência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as mãos ou os pés quando precisa ficar sentado (a) por muito tempo?	0	1	2	3	4
2. Com que frequência você se levanta da cadeira em reuniões ou em outras situações onde deveria ficar sentado (a)?	0	1	2	3	4
3. Com que frequência você se sente inquieto (a) ou agitado (a)?	0	1	2	3	4
4. Com que frequência você tem dificuldade para sossegar e relaxar quando tem tempo livre para você?	0	1	2	3	4
5. Com que frequência você se sente ativo (a) demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse "com um motor ligado"?	0	1	2	3	4
6. Com que frequência você se pega falando demais em situações sociais?	0	1	2	3	4
7. Quando você está conversando, com que frequência você se pega terminando as frases das pessoas antes delas?	0	1	2	3	4
8. Com que frequência você tem dificuldade para esperar nas situações onde cada um tem a sua vez?	0	1	2	3	4
9. Com que frequência você interrompe os outros quando eles estão ocupados?	0	1	2	3	4
PARTE B - TOTAL					

6 ou mais

6 ou mais

SNAP-IV

*	NEM UM POUCO	SÓ UM POUCO	BASTANTE	DEMAIS
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.	0	1	2	3
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer.	0	1	2	3
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ela.	0	1	2	3
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres da escola, tarefas ou obrigações.	0	1	2	3
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.	0	1	2	3
6. Evita, não gosta ou não se envolve em tarefas que exigem esforço mental prolongado.	0	1	2	3
7. Perde coisas necessárias para atividades (por exemplo: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livro).	0	1	2	3
8. Distrai-se com estímulos externos.	0	1	2	3
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia.	0	1	2	3
10. Mexe com as mãos ou os pés.	0	1	2	3
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.	0	1	2	3
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado.	0	1	2	3
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.	0	1	2	3
14. Não para ou frequentemente está "a mil por hora".	0	1	2	3
15. Fala em excesso.	0	1	2	3
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas.	0	1	2	3
17. Tem dificuldade de esperar sua vez.	0	1	2	3
18. Interrompe os outros ou se intromete (por exemplo: mete-se nas conversas, jogos).	0	1	2	3

6 ou mais

6 ou mais

Tratamento

- **Psicoterapia**
- **Psicoestimulantes:** principal opção medicamentosa
 - Metilfenidato (Ritalina, Concerta)
 - Lisdexanfetamina (Venvanse): mais potente, possivelmente mais efeitos adversos

Tratamento

- Efeitos adversos mais comuns: ansiedade, irritabilidade, dor de cabeça, tremores, insônia, inapetência
 - Tendem a ser leves e transitórios
- Os estimulantes têm diferentes formulações que se diferenciam na **farmacocinética**

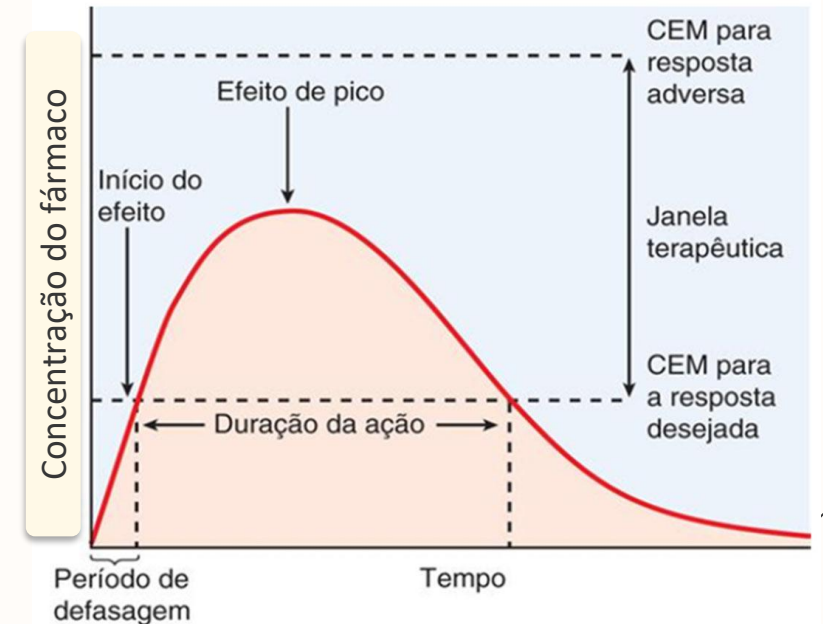


Tabela 2: Formulações de Psicoestimulantes Disponíveis no Brasil

Medicamentos	Apresentações	Tempo médio de ação	Dose média diária	Dose máxima diária	Curva de ação <u>Dosagem liberada</u> tempo médio de ação
Metilfenidato de liberação imediata (Ritalina®)					
Metilfenidato de liberação prolongada (sistema SODAS ¹ - Ritalina LA®)					
Metilfenidato de liberação prolongada (sistema OROS ² - Concerta®)					
Lisdexanfetamina (Venvanse®)					

R\$ 33,08 ↓ 49%

R\$ 16,93



Tratamento



É preciso tomar os estimulantes todos os dias?

- É **possível** não tomar nos finais de semana/férias. Não necessariamente recomendável



Por quanto tempo se deve manter o tratamento?

- Avaliar periodicamente necessidade de manutenção (resposta terapêutica, efeitos adversos e desejo do paciente)



Tratamento



Existem outras opções de tratamento para o TDAH?

- Atomoxetina : menos eficaz, mais tolerado que estimulantes

População de Pacientes	Dose Inicial	Dose Alvo	Dose Máxima
Pacientes pediátricos até 70 kg	0,5 mg/kg/dia	1,2 mg/kg/dia	1,4 mg/kg/dia ou 100 mg/dia (o que for menor)
Pacientes pediátricos acima de 70 kg e adultos	40 mg/dia	80 mg/dia	100 mg/dia

- Antidepressivos (tricíclicos, duais, bupropiona...): eficácia limitada



GUILHERME CONSTANT



PSIQUIATRA

CRM-AL 7657 | RQE: 5235

 @guilhermeconstant.psiq

 99644-2490