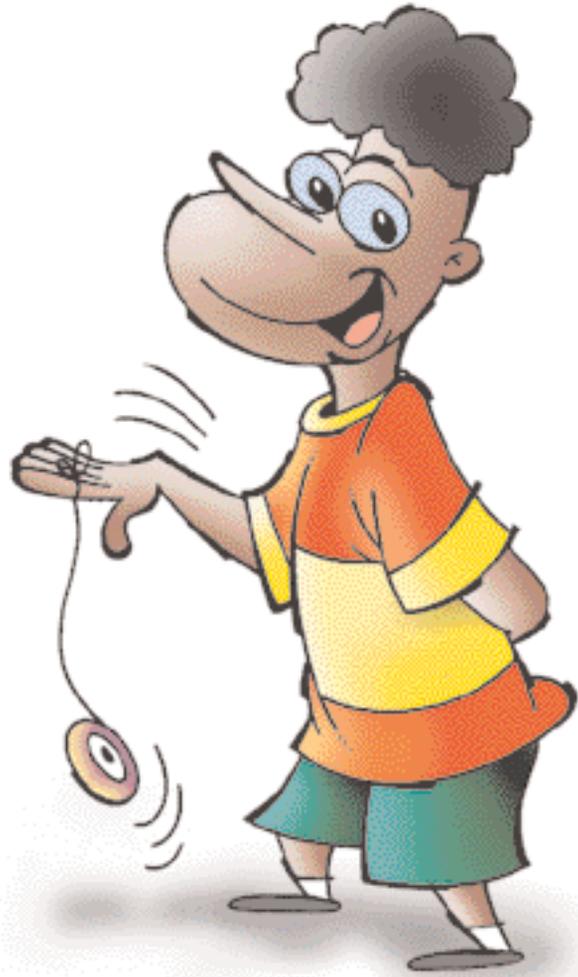


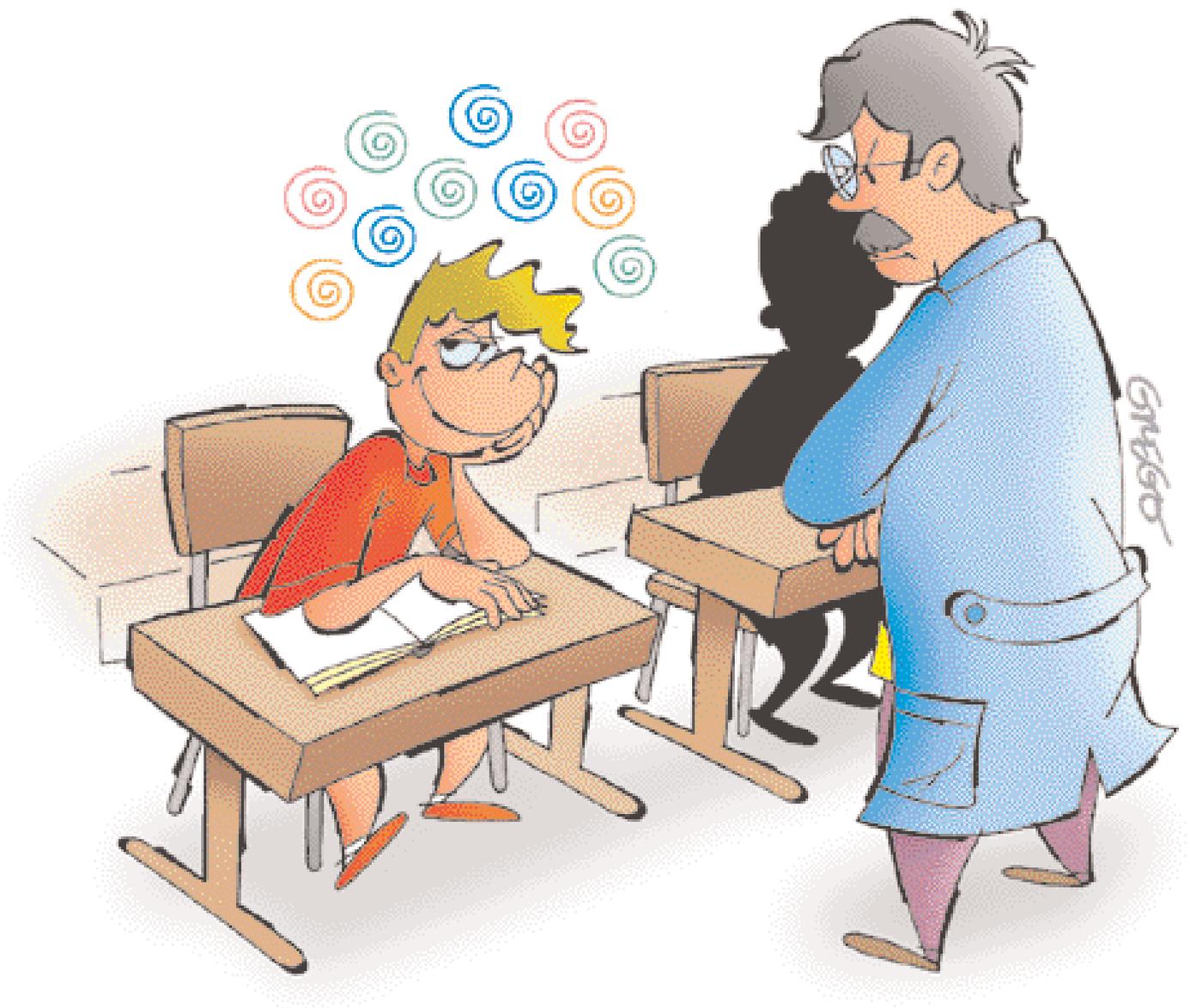
DIAGNÓSTICOS NEUROPSIQUIÁTRICOS





**MERECEM TODA
A SUA ATENÇÃO**

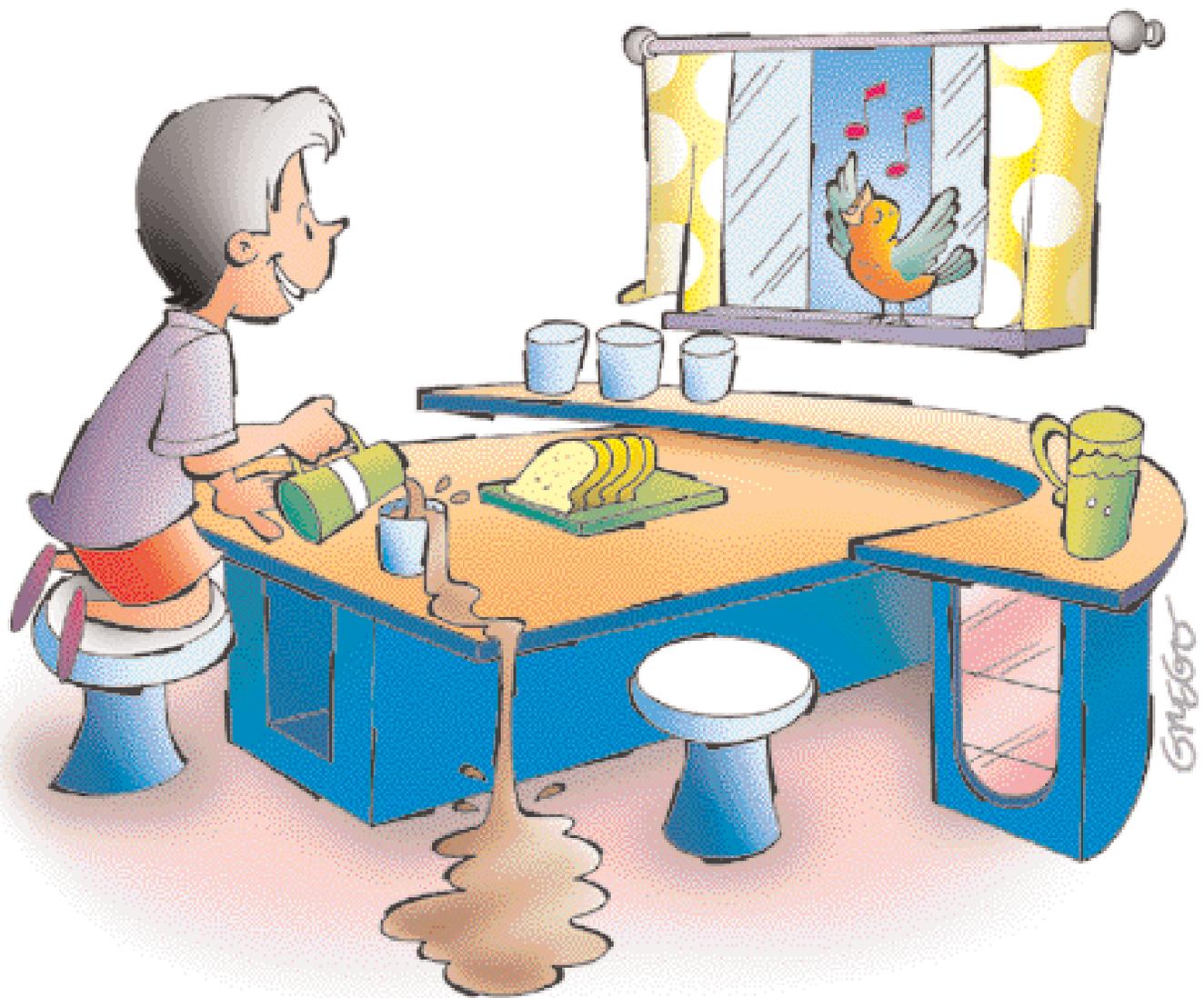
E ATENÇÃO É O QUE PODE ESTAR FALTANDO AO SEU PACIENTE COM TDAH



TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

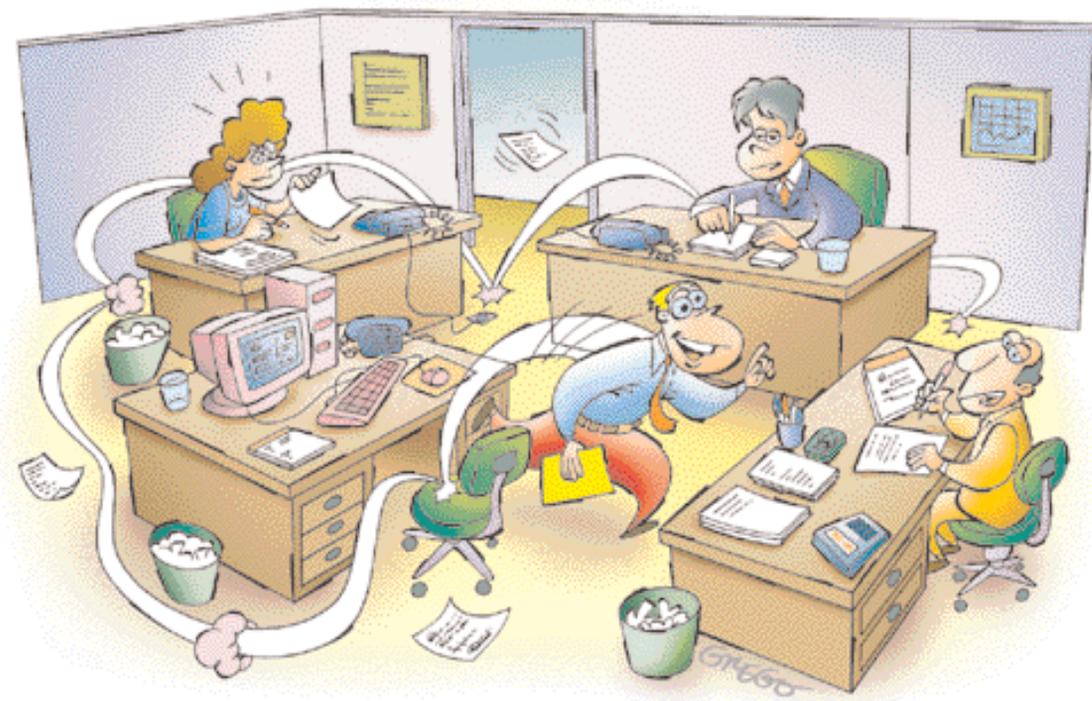
-  TDAH é a condição crônica de saúde de maior prevalência em crianças em idade escolar ¹
-  O TDAH é o distúrbio neurocomportamental mais comum na infância ¹
-  Estima-se que 3% a 6% da população em idade escolar possa ter TDAH ²
-  Aproximadamente 2% dos adultos podem sofrer de TDAH ³

E ATENÇÃO É O QUE PODE ESTAR FALTANDO AO SEU PACIENTE COM TDAH



DESATENÇÃO ⁴

- Dificuldade em prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares e profissionais;
- Dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- Parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- Não seguir instruções e não terminar tarefas escolares, domésticas ou deveres profissionais;
- Dificuldade em organizar tarefas e atividades;
- Evitar ou relutar em se envolver em tarefas que exijam esforço mental constante;
- Perder coisas necessárias para tarefas ou atividades;
- Ser facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;
- Apresentar esquecimentos em atividades diárias.



HIPERATIVIDADE ⁴

- Agitar as mãos, os pés ou se mexer na cadeira;
- Abandonar a cadeira em sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- Correr ou escalar em demasia em situações nas quais isto seja inapropriado;
- Dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer;
- Estar freqüentemente “a mil” ou muitas vezes agir como se estivesse “a todo vapor”;
- Falar em demasia.

IMPULSIVIDADE⁴

- Frequentemente dar respostas precipitadas antes das perguntas terem sido concluídas;
- Apresentar constante dificuldade em esperar sua vez;
- Frequentemente interromper ou se meter em assuntos de outros.





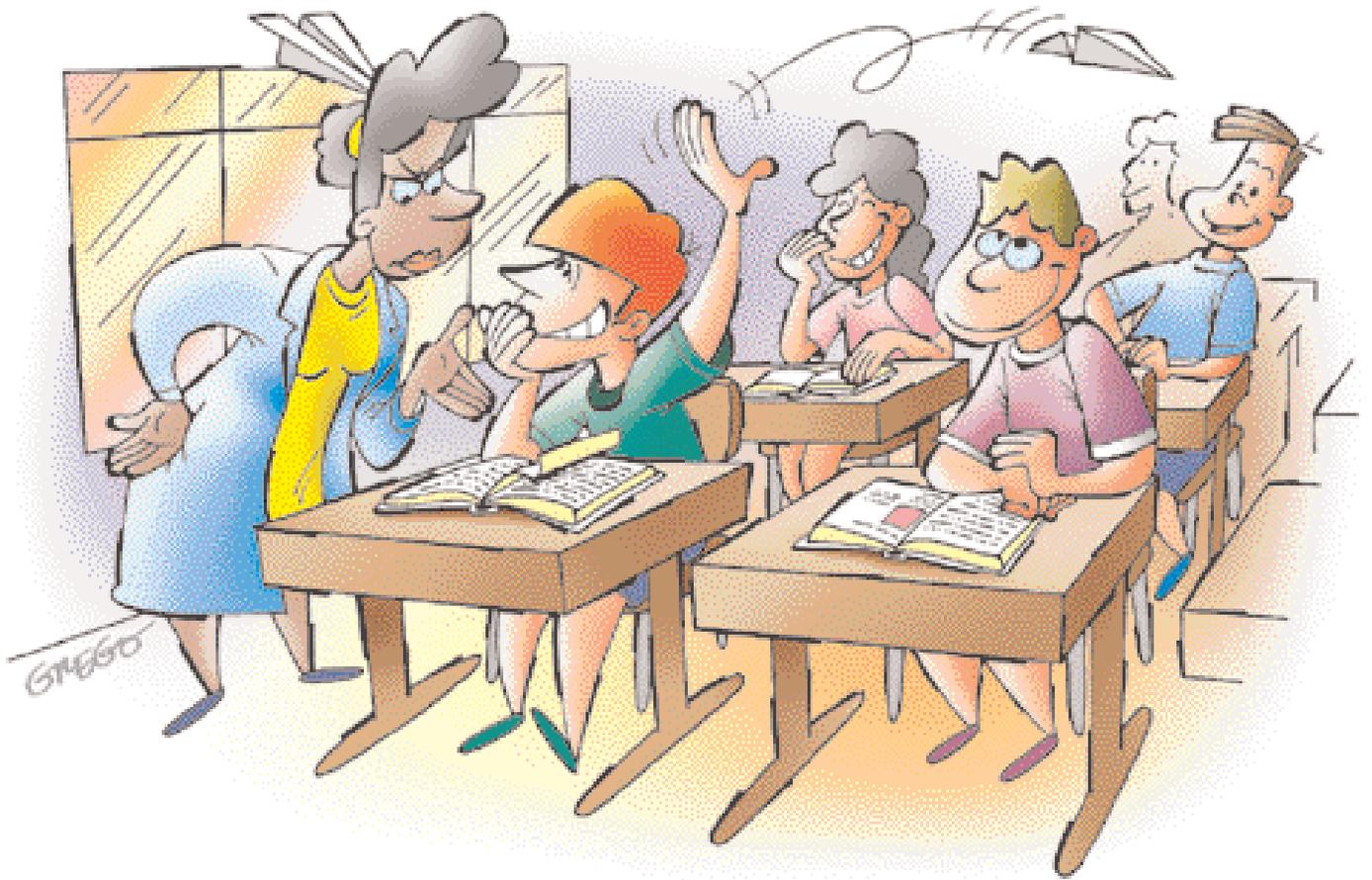
TIPOS DE TDAH⁴

- TDAH com predomínio de sintomas de desatenção
 - elevada taxa de prejuízo acadêmico
- TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade
 - altas taxas de rejeição e impopularidade frente aos colegas
- TDAH combinado
 - elevada taxa de prejuízo acadêmico com maior presença de sintomas de conduta, de oposição e desafio

DIAGNÓSTICO DO TDAH⁴

- Pelo menos 6 dos sintomas de desatenção e/ou hiperatividade devem estar presentes
- É importante considerar a duração dos sintomas e a frequência da intensidade dos mesmos
- Considerar o grau de prejuízo dos sintomas
- A avaliação diagnóstica deve envolver os pais, a criança e a Escola (professores)





PRINCIPAIS CONSEQÜÊNCIAS DO TDAH^(1,5,6)

- Baixo desempenho escolar
- Dificuldades de relacionamento
- Baixa auto-estima
- Interferência no desenvolvimento educacional e social
- Predisposição a distúrbios psiquiátricos

TDAH E COMORBIDADES ⁴

- TDAH e Transtornos Disruptivos (transtornos de conduta e transtorno opositor desafiante): entre 30% e 50%
- TDAH e Depressão: entre 15% e 20%
- TDAH e Transtornos de Ansiedade: aproximadamente 25%
- TDAH e abuso e/ou dependência de drogas entre: 9% e 40%



TRATAMENTO

-  Metilfenidato é o agente terapêutico mais estudado e mais utilizado no tratamento do TDAH ^{3,5,7}
-  O tratamento medicamentoso demonstrou ser superior ao tratamento comportamental sobre os sintomas centrais do TDAH ^{2,5}
-  Metilfenidato é eficaz em cerca de 80% das crianças com TDAH ⁸

Ritalina

Cloridrato de Metilfenidato



Toda atenção que seu paciente merece



Ritalina
Cloridrato de Metilfenidato



Toda atenção que seu paciente merece

TRATAMENTO

-  RITALINA[®] é medicação de primeira escolha no tratamento do TDAH ^{7,8}
-  Não existem evidências de complicações a longo prazo devidas ao Metilfenidato ⁹
-  Não existem evidências consistentes de que o tratamento com metilfenidato esteja associado ao risco de uso ou abuso de substâncias na adolescência ou na vida adulta ^{10,11}

Ritalina

Cloridrato de Metilfenidato



Toda atenção que seu paciente merece



INDICAÇÕES

Tratamento de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Narcolepsia

APRESENTAÇÃO

Caixas com 20 comprimidos sulcados de 10mg

POSOLOGIAS

Crianças (6 anos de idade ou acima)

- Iniciar com 5mg, uma ou duas vezes ao dia.
- Aumentar a dose semanalmente em 5 a 10mg.
- Dose máxima recomendada: 60mg/dia.

Adultos

- Dose média usual: 20 a 30mg, em duas ou três tomadas ao dia.
- Dose máxima recomendada: 60mg/dia.

RITALINA® - cloridrato de metilfenidato Forma farmacêutica e apresentação: Comprimidos sulcados. Embalagens contendo 20 comprimidos de 10 mg. Indicações: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), narcolepsia. Contra-indicações: Ansiedade, tensão, agitação, glaucoma, hipertireoidismo, arritmia cardíaca, angina do peito grave, conhecida hipersensibilidade ao metilfenidato ou a um dos componentes da formulação. É contra-indicada a pacientes com tiques motores, ou com irmãos com tiques ou ainda com diagnóstico ou história familiar de síndrome de Tourette. Advertências e Precauções: RITALINA pode exacerbar os sintomas comportamentais e alterações de pensamento em crianças psicóticas. Não deve ser utilizada para tratar depressões severas. Cautela em pacientes com epilepsia ou hipertensão. Pacientes que necessitem de terapia a longo prazo devem ser monitorados por contagem completa e diferencial de células sanguíneas e de plaquetas. É necessária supervisão cuidadosa durante a retirada do fármaco. Reações adversas: Muito comuns: nervosismo, insônia, diminuição de apetite. Comuns: rash (erupções cutâneas), arritmia. Raras: visão borrada, angina pectoris, redução moderada do ganho de peso e leve retardamento do crescimento em crianças. Muito raras: função hepática anormal, arterite cerebral; discrasia sanguínea, púrpura trombocitopênica, dermatite esfoliativa, eritema multiforme, movimentos coreoatetóides, tiques, convulsões, psicose tóxica, alucinações. Interações medicamentosas: Cautela se combinado com agentes pressores, inibidores da MAO, anticoagulantes, anticonvulsivantes, antidepressivos tricíclicos, fenilbutazona e guanetidina. Posologia: A dose de RITALINA deve ser individualizada. A dose diária máxima é 60 mg. Adultos: A dose média diária é de 20-30 mg, administrada em 2 a 3 doses. Crianças (6 anos de idade ou acima): Iniciar com 5 mg 1 ou 2 vezes ao dia, com incrementos semanais de 5 a 10 mg - Informações adicionais à disposição mediante solicitação. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA, SOB DETENÇÃO DE RECEITA ESPECIAL. ATENÇÃO: PODE CAUSAR DEPENDÊNCIA FÍSICA OU PSÍQUICA. USO ADULTO E PEDIÁTRICO. Reg. M.S. - 1.0068.0080

Referências Bibliográficas: 1-Herrerias CT, Perrin JN, Stein MT. The child with ADHD: using the AAP clinical practice guideline. Am Fam Physician 2001;63:1803-1810. 2-Goldman LS, Genel M, Bezman RI, Slanetz PJ. Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. JAMA 1998;279:1100-1107. 3-Spencer T, Biederman J, Wilens T, Harding M, O'Donnell D, Griffin S. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. J Am Acad Adolesc Psychiatry 1996;35:409-432. 4-Rohde LA, Barbosa G, Tramontina S, Polanczyk G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Rev Bras Psiquiatr 2000;22 (suppl 2):7-11. 5-Kupfer DJ, Baltimore RS, Barry DA et al. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). J Am Acad Adolesc Psychiatry 2000;39:182-193. 6-Kewley GD. Personal paper: attention deficit hyperactivity disorder is underdiagnosed and undertreated in Britain. BMJ 1998;316:1594-1596. 7-Patrick KS, Markowitz JS. Pharmacology of methylphenidate, amphetamine enantiomers and pemoline in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Hum Psychopharmacol Clin Exp 1997;12: 527-546. 8-Miller AR, Lalonde CE, McGrail KM, Armstrong RW. Prescription of methylphenidate to children and youth, 1990-1996. CMAJ 2001 Nov 27;165(11):1489-1494. 9-Tjufjufkufkufkgrk 10-Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Does the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder with stimulants contribute to drug use/abuse? A 13-year prospective study. Pediatrics. 2003 Jan;111(1):97-109. 11-Mannuzza S, Klein RG, Moulton JL 3rd. Does stimulant treatment place children at risk for adult substance abuse? A controlled, prospective follow-up study. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2003 Fall;13(3):273-282.