

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES –**

**UNIPTAN**

**CURSO DE MEDICINA**

**GUSTAVO AMORIM FERREIRA E LUÍS EDUARDO COELHO LIMA**

**A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE TDAH**

**SÃO JOÃO DEL REI, MARÇO DE 2021**

**GUSTAVO AMORIM FERREIRA E LUÍS EDUARDO COELHO LIMA**

**A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE TDAH, UM  
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão do Curso,  
apresentado para obtenção do grau de  
médico no Curso de Medicina do Centro  
Universitário Presidente Tancredo de  
Almeida Neves, UNIPTAN.

Orientador: Prof. Adriano Ferreira de Melo

**SÃO JOÃO DEL REI, MARÇO DE 2021**

**GUSTAVO AMORIM FERREIRA E LUÍS EDUARDO COELHO LIMA**

**A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE TDAH, UM  
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Médico, no Curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves, UNIPTAN.

São João Del Rei, 30 de Junho de 2021

**BANCA EXAMINADORA**

Adriano Ferreira- Uniptan

---

Juliana Silva- Uniptan

---

Suelen Martins- Uniptan

---

## **RESUMO**

O trabalho apresenta um relato de caso de um paciente com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é um transtorno que acarreta o desenvolvimento, e seus sintomas ocasionam dificuldades na vida pessoal e interpessoal do paciente. A vida funcional de crianças é diretamente comprometida com reflexos diretos no contexto escolar, ocasionando problemas de aprendizagem. Traços biológicos e sociais estão correlacionados ao desenvolvimento do transtorno, além de fatores genéticos. O trabalho em questão tem como objetivo abordar e analisar um dos temas mais discutidos em palestras médicas, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a importância do seu diagnóstico precoce para que não reflita nos aspectos sociais, familiares e educacionais na vida do paciente.

**Palavras-chave:** TDAH, crianças, transtorno, funcional

## **ABSTRACT**

The paper presents a case report of a patient with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Attention Deficit Hyperactivity Disorder is a developmental disorder, and its symptoms cause difficulties in the patient's personal and interpersonal life. The functional life of children is directly compromised with direct consequences in the school context, causing learning problems. Biological and social traits are correlated with the development of the disorder, in addition to genetic factors. The work in question aims to address and analyze one of the most discussed topics in medical lectures, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and the importance of its early diagnosis so that it does not reflect on the social, family and educational aspects of the patient's life

**Keywords:** ADHD, children, deficit, disorder, functional

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>2 RESULTADOS.....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>3 DISCUSSÃO .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>4 CONCLUSÃO .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>



## **A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE TDAH, UM RELATO DE CASO**

Luís Eduardo Coelho Lima<sup>1</sup>

Gustavo Amorim Ferreira<sup>2</sup>

Professor Orientador: Adriano Ferreira Melo<sup>3</sup>

### **RESUMO**

O trabalho apresenta um relato de caso de um paciente com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é um transtorno que acarreta o desenvolvimento, e seus sintomas ocasionam dificuldades na vida pessoal e interpessoal do paciente. A vida funcional de crianças é diretamente comprometida com reflexos diretos no contexto escolar, ocasionando problemas de aprendizagem. Traços biológicos e sociais estão correlacionados ao desenvolvimento do transtorno, além de fatores genéticos. O trabalho em questão tem como objetivo abordar e analisar um dos temas mais discutidos em palestras médicas, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a importância do seu diagnóstico precoce para que não reflita nos aspectos sociais, familiares e educacionais na vida do paciente.

**Palavras-chave:** TDAH, crianças, transtorno, funcional

---

<sup>1</sup> Graduando do curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN - Email

<sup>2</sup> Graduando do curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN - Email

<sup>3</sup> Professor do curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN - Email

## 1.INTRODUÇÃO

O presente trabalho aborda os impactos do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). A história oficial do TDAH conta que, foi descrito no ano de 1092 pelo pediatra inglês George Still em conferências no *Royal College of Physicians*, e acreditar-se que são registros de TDAH, semelhança etiológica (defeitos de função inibitória da vontade), dados epidemiológicos e sintomatologia, além da associação alteração comportamental, ineficácia de punição e intelecto preservado.<sup>1</sup>

O TDAH é um transtorno neurobiológico, que surge na infância e pode persistir na idade, possui etiologia multifatorial, pela combinação de uma complexa relação entre fatores de risco genéticos, sociais, culturais e ambientais, ocasionando prejuízo em diferentes dimensões do desenvolvimento social, acadêmico e profissional. Esse transtorno está presente na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), que visa classificar doenças e problemas em saúde nos registros de saúde de todo mundo, sendo nomeada como Transtorno Hiperkinético – F90.0 / F90.1.

O TDAH é uma patologia que atinge de 3 a 5 % das crianças e adolescentes, em sua maioria do sexo masculino e possui determinadas características, por consequência os critérios de diagnósticos clínico bem específicos e estão definidos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5).<sup>2</sup>

De acordo com o DSM-5 o é subdividido em três tipos: TDAH com predomínio de sintomas de desatenção, TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade e TDAH combinado. Dessa forma é necessário considerar alguns aspectos para realizar o diagnóstico como: os sintomas devem ser contextualizados na história de vida do paciente, observar a frequência e intensidade dos sintomas, os prejuízos na vida do paciente devem ser clinicamente significativos, avaliar o estágio de desenvolvimento pois afeta diretamente a clínica do paciente e por fim investigar os ambientes da vida da criança e se os sintomas

persistem nos diversos locais.

Um ponto, relevante para o estudo realizado neste trabalho, é o fator ambiental e social que tangem o raciocínio clínico dos transtornos comportamentais. Ou seja, o método utilizado para o diagnóstico é afetado diretamente pelo ambiente e/ou contexto social do indivíduo<sup>3</sup>

. As características encontradas nos quadros de TDAH variam de acordo com o sexo e a faixa etária. Na idade pré-escolar no sexo feminino o sintoma predominante é a desatenção, porém podem apresentar sintomas combinados e nesse caso tem grande prejuízo acadêmico. Já no sexo masculino tem maior prevalência de sintomas de hiperatividade/ impulsividade podendo apresentar quadros de maior agressividade e dessa forma tem altas taxas de rejeição das atitudes por colegas e familiares.

Outro fator que evidencia a importância deste estudo são as dificuldades que o TDAH não diagnosticado pode trazer ao indivíduo, à família e a sociedade. A criança com TDAH poderá sofrer com problemas escolares, como baixo desempenho acadêmico, rótulos de inquietação e exclusão devido a hiperatividade/impulsividade. As crianças com TDAH com predominância dos sintomas impulsivos, apresentam dificuldades com habilidades básicas de comunicação, como não aguardar sua vez para falar, interromper ou se intrometer em assuntos que não são direcionados a eles e geralmente dão respostas precipitadas antes mesmo da conclusão da pergunta. Tendo em vista a situação apresentada acima e importante pensar nos danos que podem ser causados na saúde mental do paciente.

No ambiente familiar, esse obstáculo é considerado um fator que causa dificuldades na convivência e no dia a dia. Em casa, os pais acusam os filhos de "não ouvirem", não cumprirem as regras e regulamentos, não cumprirem os requisitos mais simples. O excesso de atividades motoras e o alto nível de impulsividade evidenciada na antecipação das respostas e na inabilidade para esperar a sua vez, diante de um acontecimento, costumam

afetar negativamente as relações sociais e / ou familiares e promover altos níveis de estresse para conviver com essas crianças ou adolescentes.

Pelos motivos vistos até então, fica nítido a necessidade do diagnóstico precoce em pacientes pediátricos. Não existem testes laboratoriais, exames de imagem ou testes psicológicos para determinar se uma pessoa sofre com esse transtorno. Faz-se necessário, então, o exame clínico do paciente, a partir do histórico médico e testes de função mental, também inclusas, as ferramentas de diagnóstico para as atividades motoras fina e coordenada. A partir desse exame clínico o médico determinará se o indivíduo atende aos critérios CID-10 ou DSM-5 para hiperatividade e transtornos de atenção.

Um importante estudo, situado dentro da relevância estabelecida acima, corresponde à um relato de caso de um paciente que fora diagnosticado precocemente com TDAH. Este estudo tem como objetivo evidenciar os ganhos de um paciente que teve seu diagnóstico precoce determinado e, também, demonstrar os déficits que a falta do diagnóstico traria para o paciente em questão.

Os critérios para fechar diagnóstico são:

**Desatenção:**

- Deixar de prestar atenção a detalhes ou cometia erros por descuido em atividades escolares;
- Apresentar dificuldade para manter atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- Aparentar não escutar quando lhe dirigiam a palavra;
- Com frequência, não seguir instruções e não terminar seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais;
- Aparentar dificuldades para organizar tarefas e atividades;
- Evitar, antipatizar ou relutar em envolver-se em tarefas que exijam esforços mentais constante;
- Perder coisas necessárias para tarefas ou atividades

- Facilmente se distrair por estímulos alheios às tarefas
- Frequentemente apresentar esquecimento de atividades diárias.

**Hiperatividade:**

- Frequentemente estar com as mãos ou os pés agitados enquanto sentado;
- Abandonar, frequentemente, sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- Frequentemente correr ou escalar lugares em situações nas quais essa atitude era inapropriada;
- Ter dificuldades para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;
- Frequentemente falar em demasia.

**Impulsividade:**

- Frequentemente dar respostas antecipadas às perguntas não completadas;
- Apresentar dificuldade em aguardar sua vez;
- Frequentemente interromper assuntos alheios.

O paciente tem que ter pelo menos 6 ou mais sinais e sintomas de desatenção, 1 sinal e sintoma de impulsividade e 3 sinais e sintomas de hiperatividade.

## **2. RESULTADOS**

### **1ª Consulta – março/2004**

#### **ANAMNESE**

B.A.F., masculino, 7 anos, iniciou gradualmente, a partir dos 5 anos, agitação para as atividades rotineiras, como não se sentar para fazer as refeições, comer em pé e sem mastigar, não conseguir assistir TV sentado, ficar se mexendo, pulando no sofá e “plantando bananeiras”. Fala o tempo todo e não consegue escutar as orientações dos familiares, com isso tem dificuldade de seguir regras da família.

Mãe relata que criança é muito desorganizada, perde objetos, esquece as atividades que tem no dia. Não termina as tarefas depois de começadas e se desinteressa facilmente pelo que está fazendo. Apesar de alfabetizado precocemente, e saber ler, não aceita ler livros ou gibis compatíveis com a idade.

Aos 6 anos começou a perder interesse pelo estudo, apesar de gostar de ir à escola, não prestava mais atenção nas aulas, se mexendo e levantando da cadeira, além de conversar muito durante as aulas, em casa não quer fazer as tarefas, sendo necessária supervisão constante para completar qualquer tarefa escolar, no dobro do tempo.

Após os 7 anos, as notas começaram a cair, não consegue ler os exercícios até o final, tenta supor o que está escrito e responde errado, nas provas, só faz as questões da página da frente, não percebendo as questões no verso da prova.

Não há relato de agressividade ou desafio, nega choro ou frustração significativa, nega brigas na escola ou transtornos de sono. Não possui irritabilidade ou alterações de humor. Possui bom relacionamento com professores e alunos.

HPP: parto normal a termo, DNPM a termo, alcançou todos os marcos de desenvolvimento. IVAS de repetição até 2 anos. Enxaqueca tratada com flunarizina por 6 meses, aos 3 anos. Herpes Zoster torácico aos 5 anos.

Alimentação normal, atividade física regular.

HF: mãe, tia materna e avó materna com enxaqueca. Avó materna suspeita de TDHA não tratada. Avó paterna TBH. Tio paterno com TOD.

Exame físico clínico e neurológico sem alterações.

Exame cognitivo

Critério A: TESTE SNAP IV

Bastante: 2; 3; 7; 9; 13; 14; 17;

Demais: item 1; 4; 5; 6; 8; 10; 11; 12; 15; 16; 18

Critério B

Maioria dos sintomas antes dos 7 anos

Critério C: prejuízo em casa e escola

Critério D: problemas evidentes na escola

Critério E: -

Conduta: avaliação com pediatra, psicólogo e fonoaudiólogo

### **Mai/2004 - Retorno**

Avaliação com pediatra sem condições clínicas patológicas.

Avaliação com fonoaudiólogo se sem condições auditivas associadas, linguagem normal.

Avaliação com psicólogo – testagem positiva para TDAH, sem comorbidades psiquiátricas.

Conduta: Ritalina 10 mg dia, iniciar com ½ comprimido antes 30 min antes de ir para aula, por 7 dias, após ½ comprimido manhã e ½ comprimido antes da aula, por 10 dias, após ½ comprimido manhã e 1 comprimido antes da aula.

Informados efeitos colaterais esperados.

Iniciar psicoterapia

Iniciar reforço escolar.

Voltar em 60 dias.

#### **Julho/2004**

Criança com perda de apetite leve, não houve redução significativa do peso, retorno da enxaqueca frequente e poucos episódios de palpitações. Nega insônia ou irritabilidade.

Houve melhora da agitação na escola, sem melhora das notas, e pouca diferença em casa, para realizar atividades escolares.

Conduta: Aumentar ritalina 10mg pela manhã para fazer dever de casa e 10mg 30 min antes da aula

Associo imipramina 10mg noite por 15 dias, após 25 mg noite.

Voltar em 60 dias.

#### **Setembro/2004**

Melhora importe da enxaqueca, sem novos episódios de palpitação, sem perda de apetite.

Melhora das notas escolares após conversa com professora que deveriam adaptar a aplicação de provas, sendo feito neste momento apenas provas orais para matérias com textos extensos, tais como português, história e geografia.

Manter psicoterapia.

#### **Dezembro/2004**

Criança com baixa adesão a medicação, não quer tomar os comprimidos, e esconde na mochila.

Troco para Ritalina LA 20mg. Manter a imipramina

Suspender medicação após termino do ano letivo.

Não está na psicoterapia. Manter exercícios físicos (futebol e judô).

#### **Março 2005**

Muita agitação durante as férias, mas sem conflitos com colegas ou na interação com vida familiar, muito “bagunceiro”, mas fica com avós materno e paterno sem grandes queixas. Mantendo atividades físicas.

Reiniciar Ritalina LA 20mg.

#### **Julho 2005**

Quadro mantido, boa adesão ao tratamento, notas escolares apenas satisfatórias, com necessidade de recuperação em várias matérias, recusa grande em fazer o dever de casa ou de organização pessoal. Sem efeitos colaterais com ritalina. Queixa de falar demais na sala de aula, mas atende quando chamado atenção.

Manter Ritalina e iniciar quadro de recompensas. Contratado professor particular, recusa do pai em manter psicoterapia.

**Novembro 2005**

Quadro mantido, melhora da disciplina em casa com quadro de recompensas. Manter medicação e suspender após fim do ano letivo.

**Fevereiro 2006**

Sem novas queixas, retorno com Ritalina LA.

**Mai 2006**

Piora do rendimento escolar, em uso de ritalina LA 20mg pela manhã, mas em torno das 15:00 (recreio) retorna mais agitado. Associar dose ritalina 10 mg com supervisão da escola.

**Julho 2006**

Houve boa adaptação com dose intermediária.

Mantido.

**Dezembro 2006.**

Manteve rendimento escolar limítrofe, quase perdeu ano, várias recuperações sendo necessário fazer recuperação nas férias. Grande recusa em fazer dever de casa, mesmo com professor particular. Manter ritalina 20 mg e retirar dose reforço nas férias.

**Março 2007**

Não perdeu ano, redução gradual e contínua da agitação, porém déficit de atenção persistente, aumento dose Ritalina LA 40mg dia.

Mantendo recusa de psicoterapia por diversas questões familiares, e na cidade não há terapia cognitivo comportamental. Manter professor particular.

**Julho 2007**

Mantendo o quadro, as vezes passa vários dias sem tomar a ritalina antes das provas, e com isso as notas são muito baixas, apesar de orientado quanto a adesão da medicação. Quanto retorna á medicação de uso regular, as notas são suficientes para passar de ano. Menos queixas de falar em sala de aula e consegue fazer atividades com melhor organização e ficar sentado, ao ir ao cinema, ao jogar jogos de tabuleiro.

Conduta: mantida

**Dezembro 2007**

Sem novas queixas, sem efeitos colaterais. Nítida redução da agitação, fica sentado na cadeira do consultório sem mexer em quase nada, porém atenção com prejuízo, se distrai muito facilmente.

Suspender ritalina nas férias.

**Maio 2010**

Paciente com 13 anos, pouco acima do peso, manteve tratamento com outro profissional, fazendo uso de ritalina LA 40mg, com boa resposta na agitação, sem queixas familiares ou escolares, mas mantendo desempenho escolar no limite, sempre fazendo recuperação no fim de ano. Neste período fez várias tentativas de retirar a medicação, sem sucesso. Discreta piora na atenção no período de provas.

Conduta: Manter ritalina LA e fazer doses de reforço com ritalina 10mg 30 min antes das provas.

**Março 2012**

Paciente com 15 anos, melhora da agitação, desempenho escolar estável, reduziu dose ritalina LA 20mg dia, com dose reforço dias de provas. Relata frequentemente que não gosta de estudar, se esforça apenas o bastante para passar de ano, e muitas vezes com recuperação.

#### **Dezembro 2014**

Paciente com 17 anos, uso irregular de ritalina, com sem usar por muitos meses, grande chance de perder o ano letivo, sem queixas de agitação, melhora da atenção, afirma que só não quer estudar. Irá trocar de escola e fazer prova para equiparação segundo grau de escola privada para pública.

Condita: recomendo e oriento uso regular da Ritalina 10mg antes das aulas e dose de Ritalina 10mg antes das provas.

#### **Março 2015**

Relato de não ter perdido o ano letivo. Fazendo curso pré-vestibular, mantendo bom aproveitamento escolar, sem queixas de agitação e relato de ficar distraído e com dificuldade de fazer provas.

Oriento ao uso de ritalina 10 mg apenas antes das provas, se necessário.

Alta

### **3.DISSCUSSÃO**

Este estudo baseia-se no relato de caso de uma criança que apresentou os sintomas de TDAH desde os 5 anos de idade.

Podemos observar, a partir de estudos quantitativos realizados no mundo todo revelam uma taxa de prevalência de TDAH equivalente a 5,29% de crianças e adolescentes. Outros dados relevantes para este estudo são as taxas de relatos mais altas para meninos do que para

meninas, e para crianças menores de 12 anos de idade do que para adolescentes [r-1]<sup>3</sup>.

Dessa forma é possível que os sintomas apareçam, com maior frequência em crianças do gênero masculino e com menos de 12 anos, que enquadra a criança em questão vista nesse trabalho. Pode-se notar que a desatenção e hiperatividade na infância são mais comumente vistas em famílias monoparentais [r-2]<sup>4</sup>, sendo o caso do menino de 5 anos desse trabalho.

A criança cujo caso está sendo relatado, aos 7 anos foi diagnosticada com um quadro de TDAH, e teve início gradual dos sinais e sintomas aos 5 anos que se encaixam nos critérios diagnósticos. Apresentou 6 ou mais sinais e sintomas de desatenção, 1 sinal e sintoma de impulsividade e 3 sinais e sintomas de hiperatividade.

No que tange o âmbito acadêmico o paciente em questão apresentou uma queda progressiva em seu desempenho concomitante a evolução do quadro. No ambiente escolar o paciente não conseguia manter o foco durante as aulas, apresentava sintomas de hiperatividade apresentando dificuldades em se manter sentado além de conversar deliberadamente. Além disso o paciente passou a apresentar desinteresse pelas atividades escolares, realizando suas tarefas apenas com supervisão, não se atentava aos enunciados das questões propostas lendo apenas metade e tentando supor o resto, errando a maior parte das questões sendo obrigado a refazê-las gastando assim o dobro do tempo previsto. Esses sintomas tiveram como consequência uma piora expressiva no rendimento escolar.

Já no âmbito social não há relato de agressividade ou desafios, nega choro, frustração, brigas na escola e transtorno do sono. Não possui alterações de humor, paciente possuía boa relação com professores e colegas de classe.

Após avaliação da equipe multidisciplinar e confirmação do diagnóstico foi iniciado o tratamento do paciente, que promoveu uma melhora parcial no quadro, houve melhora no quadro de agitação na escola, porém não houve melhora das notas e em casa a melhora não foi significativa, após otimização do tratamento medicamentoso percebeu-se uma melhora

importante no quadro tanto no quesito comportamental quanto no desempenho acadêmico.

Sendo assim, o tratamento precoce, consequência do diagnóstico precoce, ajudou a criança a ter um melhor aproveitamento acadêmico, conseguir estreitar amizades com os colegas de classe, conseguir desenvolver relações sociais e familiares mais estáveis.

Além das vantagens já citadas é importante discutir sobre a presença de comorbidades associadas ao TDAH. Segundo a Associação brasileira do déficit de atenção 70% das crianças portadores de TDAH possuem pelo menos mais um transtorno associado. O transtorno associado possui influência em relação a manifestação dos sintomas de TDAH afetando a esfera familiar, acadêmico e social. Os transtornos mais comuns são transtorno de conduta e transtorno opositor desafiante situada de 30% a 50%.

Vários estudos demonstram alta prevalência da comorbidade de TDAH e abuso ou dependência de drogas na adolescência. Sendo discutido se TDAH por si só é um fator de risco para o abuso ou dependência de drogas. A prevalência de comorbidades como depressão, transtorno de ansiedade e transtorno de aprendizagem são relevantes.

#### **4. CONCLUSÃO**

Podemos concluir que a interação entre pais e filhos na família, em que pelo menos uma criança sofre de TDAH, é caracterizada por mais conflito, coerção e pressão, e a disciplina pode ser mais frouxa ou exagerada, ou, então, hiper-reativa, sendo o uso de estratégias parentais menos eficazes em relação as observadas em famílias comuns. A maior parte do conflito parece vir do TDAH das crianças e seu impacto no funcionamento familiar. Mas o comportamento dos pais, suas características e seus padrões ocupacionais também podem estar relacionados e contribuir para essas interações problemáticas.

Ninguém pode estimar totalmente a causa, dano, evolução, resultado e prognóstico de uma doença sem sobrecarregar o ambiente social que é o núcleo da família e o ambiente social

no qual as crianças interagem com ela.

Para entender quem desenvolve e quem continuará a sofrer desta doença ao longo do tempo, quais crianças terão outros problemas, é necessário fazer referência a esse sistema social que é a família.

Portanto, entender se as crianças têm TDAH é de menor relevância para prever seu futuro ou desenvolver tratamentos. É necessário considerar os vários ambientes em que uma determinada criança vive e interage, com quem interage e quem, por sua vez, age sobre eles.

Portanto, torna-se urgente o desenvolvimento de projetos que incluam intervenções no ambiente familiar, pois a condição da criança com TDAH pode se desenvolver ou piorar, dependendo das condições que lhes são oferecidas.

À medida que as habilidades sociais e as habilidades dos pais se tornam mais sofisticadas para desempenhar suas funções, eles serão capazes de lidar com as diferentes necessidades inerentes às dificuldades de seus filhos no dia a dia.

Tendo em vista o forte impacto do TDAH no ambiente familiar, na interação familiar, na qualidade de vida e na saúde mental de todos os familiares, os profissionais são responsáveis por minimizar esse impacto, desenvolvendo projetos de pesquisa, assistência, orientação psicossocial e até estratégias de aconselhamento que estão diretamente relacionados à doença.

## REFERÊNCIAS

1. Caliman LV. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. *Psicol Ciência e Profissão* [Internet]. 2010 [cited 2021 Aug 16];30(1):46–61. Available from: <http://www.scielo.br/j/pcp/a/K7H6cvLr349XXPXWsmsWJQq/abstract/?lang=pt>
2. Dorneles BV, Corso LV, Costa AC, Pisacco NMT, Sperafico YLS, Rohde LAP. Impacto do DSM-5 no diagnóstico de transtornos de aprendizagem em crianças e adolescentes com TDAH: um estudo de prevalência. *Psicol Reflexão e Crítica* [Internet]. 2014 Dec [cited 2021 Aug 16];27(4):759–67. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722014000400759&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722014000400759&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
3. G P, MS de L, BL H, J B, LA R. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2007 [cited 2021 Aug 16];164(6):942–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17541055/>
4. DM F, JM B, LJ H. Exposure to single parenthood in childhood and later mental health, educational, economic, and criminal behavior outcomes. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2007 Sep [cited 2021 Aug 16];64(9):1089–95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17768274/>
5. Reinhardt MC, Reinhardt CAU. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, comorbidades e situações de risco. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2013 [cited 2021 Aug 16];89(2):124–30. Available from: <http://www.scielo.br/j/jped/a/J3bgmpJhhqjkHYvdYPTCJsx/?lang=pt>
6. Pereira HS, Araújo APQC, Mattos P. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2005 Dec [cited 2021 Aug 16];5(4):391–402. Available from: <http://www.scielo.br/j/rbsmi/a/c3k7tnHdwCwR4VXsNxKvqLG/abstract/?lang=pt>
7. Benczik EBP, Casella EB. Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção . Vol. 32, *Revista Psicopedagogia* . scieloepsic ; 2015. p. 93–103.
8. Desidério RCS, Miyazaki MC de OS. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. *Psicol Esc e Educ* [Internet]. 2007 Jun [cited 2021 Aug 16];11(1):165–76. Available from: <http://www.scielo.br/j/pee/a/G4mGnPctSwHkLZgMn8hZs7b/?lang=pt>
9. O que é TDAH | Associação Brasileira do Déficit de Atenção [Internet]. [cited 2021 Aug 16]. Available from: <https://tdah.org.br/sobre-tdah/o-que-e-tdah/>