

# **SERVIÇO DE PEDIATRIA**

Director: Prof. Doutor J. C. Gomes-Pedro

## **UNIDADE DE DESENVOLVIMENTO**

Coordenadora: Dra. Rosa Gouveia

### **PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO PROTOCOLO INTEGRADO**

#### **HISTÓRIA CLÍNICA**

##### **Proveniência Informação**

Entrevista com os pais  
Pontuação parental (Conners, Brown, SDQ OU SNAP IV)  
Entrevista com a criança  
Pontuação professor (Conners, Brown, SDQ OU SNAP IV)  
Avaliação descritiva do professor  
Registo multimédia em diferentes contextos (vídeo, etc.)

##### **Registo dos problemas ou sintomatologia actuais**

##### **Listagem de sintomas de PHDA (DSM IV)**

##### **Grau académico**

##### **Avaliação relacionamento com pais, professores e colegas**

##### **Avaliação e registo de atitudes dos pais para com a criança**

##### **Antecedentes Familiares**

##### **Antecedentes Pessoais**

##### **Etapas de Desenvolvimento**

##### **Antecedentes de Reacções Medicamentosas Adversas**

#### **EXAME OBJECTIVO**

Registo de curvas ponderais e estaturais  
Inspeção face, pavilhões auriculares, pele, avaliação perímetro cefálico (exclusão síndrome feto-alcoólico, Síndrome X frágil, displasias neurocutâneas).  
Exame ORL  
Exame oftalmológico  
Avaliação coordenação motora  
Exame cardiovascular, incluindo pressão arterial.  
ECG

#### **AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA**

Cognição verbal  
Cognição não-verbal  
Leitura

#### **CO-MORBILIDADE**

Comportamento anti-social  
Perturbação emocional  
Perturbação de tiques  
Perturbação do espectro autista  
Perturbação da linguagem  
Perturbação da auto-estima  
Perturbação coordenação motora (avaliação da escrita)  
Perturbações da aprendizagem (dislexia, discalculia)

## **TERAPÊUTICA**

Informação aos pais e criança sobre a natureza da patologia  
Carta de esclarecimento para a escola (professor, psicóloga educacional)  
Carta de esclarecimento a quem referenciou a criança.  
Carta ao médico de família

Conselhos aos pais:

Espectativas realistas  
Confrontos mínimos  
Estruturação do dia da criança  
Vantagens das regras em casa  
Reforços positivos (mostrar apreço ou prémios pelos objectivos atingidos)  
Encorajamento  
Comunicação eficaz com a criança (instruções breves e claras, assegurar que a criança as compreendeu)

Se insuficiente considerar início de terapêutica farmacológica!

### **Só iniciar terapêutica farmacológica se:**

Avaliação diagnóstica completa compatível com PHDA  
Idade > 6 anos  
Acordo dos pais  
Colaboração da escola  
Ausência de sensibilidade prévia ao metilfenidato  
Avaliação cardiológica e pressão arterial normais (se alterado, discussão com cardiologista pediátrico)  
Sem convulsões ou epilepsia não controlada medicamente (discussão com neuropediatra ou considerar dexamfetamina em alternativa)  
Sem perturbação de tiques (considerar clonidina)  
Sem perturbação pervasiva do desenvolvimento  
Ausência de abuso de substâncias em familiares

### **Avaliar efeitos da terapêutica**

Peso e estatura  
Electrocardiograma  
Avaliação cardiológica e pressão arterial  
Avaliação dos pais e professores (Conners, Brown, SDQ OU SNAP IV)  
Questionário de efeitos secundários (pais e professores)  
Hemograma completo com plaquetas  
ECG

## Metilfenidato (Ritalina<sup>®</sup>) - Titulação

Semanas	Antes Pequeno – Almoço (mg)	Antes Almoço (mg)	Antes das 16 H (mg)
1 <sup>a</sup>	5	-	-
2 <sup>a</sup>	5	5	-
3 <sup>a</sup>	5	5	5
4 <sup>a</sup>	5	5	5

Se melhoria, ausência de efeitos secundários significativos e não atingimento do “ponto”:

5 <sup>a</sup>	10	5	5
6 <sup>a</sup>	10	10	5
7 <sup>a</sup>	10	10	5
8 <sup>a</sup>	10	10	5

Se melhoria, ausência de efeitos secundários significativos, peso > 25 kg e não atingimento do “ponto”:

9 <sup>a</sup>	15	10	5
10 <sup>a</sup>	15	15	5
11 <sup>a</sup>	20	15	5
12 <sup>a</sup>	20	20	5

Se melhoria, ausência de efeitos secundários significativos, peso > 25 kg:

12 <sup>a</sup>	20	20	5
-----------------	----	----	---

Se ausência de melhoria ou efeitos secundários significativos:

Suspender metilfenidato.

Rever o diagnóstico.

Experimentar: Imipramina.

### Efeitos secundários mais frequentes:

Anorexia e perda de peso (valorizar se cruzamento de uma linha principal)

Cefaleias e dor abdominal (podem persistir várias semanas)

Efeito “rebound” (ajustamento da dose de metilfenidato, associar clonidina (50-250 micra gramas ao deitar) ou anti-histamínico).

**“Chechelst” às 2-4 semanas, 6-8 semanas, 6 meses, 12 meses, 18 meses, 24 meses, 30 meses, 36 meses, 42 meses, 48 meses, etc.**

Avaliação dos pais e professores (Conners, Brown, SDQ OU SNAP IV)

Questionário de efeitos secundários (pais e professores).

**Suspensão do metilfenidato a cada 12 meses para testar a necessidade de continuidade da terapêutica.**

Se necessidade de manutenção do metilfenidato:

Repetir o “ciclo”

Hemograma com plaquetas, função hepática e electrocardiograma (a cada 12 meses)

## **Bibliografia**

- Adesman AR, Morgan AM. Management of stimulant medications in children with attention-deficit / hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):945-63.
- Baren M. Pediatric psychopharmacology. In: Levine MD, Carey WB, Crocker AC, editors. *Developmental-Behavioral Pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders, 1999: 809-827.
- Bennet FC, Brown RT, Craver J, Anderson D. Stimulant medication for the child with attention-deficit / hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):929-44.
- Blackman JA. Attention-deficit / hyperactivity disorder in preschoolers. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):1011-25.
- Blondis TA. Motor disorders and attention-deficit / hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):899-913.
- Conners CK. Clinical use of rating scales in diagnosis and treatment of attention-deficit / hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):857-70.
- Daruna JH, Dalton R, Forman MA. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, editors. *Nelson - Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders, 2000: 100-103.
- Fletcher JM, Shaywitz SE, Shaywitz BA. Comorbidity of learning and attention disorders. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):885-98.
- Hill P, Taylor E. An auditable protocol for treating attention deficit/hyperactivity disorder. *Arch Dis Child* 2001; 84:404-9.
- Levine MD. Attention and dysfunctions of attention. In: Levin MD, Carey WB, Crocker AC, editors. *Developmental-Behavioral Pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders, 1999: 499-519.
- Mercugliano M. Psychopharmacology in children with developmental disabilities. *Pediatr Clin North Am* 1993; 40(3):593-616.
- Mercugliano M. What is attention-deficit / hyperactivity disorder? *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):831-44.
- Morgan AM. Diagnosis of attention-deficit / hyperactivity disorder in the office. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):871-84.
- National Institutes of Health. Consensus development conference statement: diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2000; 39:182-93.
- Robin AL. Attention-deficit / hyperactivity disorder in adolescents. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):1027-38.
- Silver LB. Alternative (nonstimulant) medications in the treatment of attention-deficit / hyperactivity disorder in children. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):965-75.
- Spencer T, Bierderman J, Wilens T. Attention deficit / hyperactivity disorder and comorbidity. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):915-28.
- Swanson J, Lerner M, March J, Gresham FM. Assessment and intervention for attention-deficit / hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):993-1009.