

Salve galera! Sejam todos muito bem-vindos ao Reservatório de Dopamina. Hoje a gente vai ter uma aula de um tema bastante, mas bastante pedido, que é sobre TDAH. E a gente vai tentar dissecar o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. Muita gente acha que tem, muita gente desconfia que tem, algumas pessoas de fato têm e hoje a gente vai tentar entender o que é o TDAH, da onde que o TDAH veio, como ele funciona, como funciona o cérebro de um paciente com TDAH, por que que alguns pacientes com TDAH ou outros pacientes com TDAH têm determinados tipos de comportamentos e sintomas, quais as comorbidades de um paciente com TDH, ou seja, quais os outros transtornos que ele apresenta junto com o quadro de TDH, características diagnósticas, descrição de caso, enfim, a gente vai tentar entender tratamentos, etc., como que é tentar dissecar aqui o transtorno do déficit de Então, essa aula aqui talvez fique um pouquinho mais carregada de conteúdo que algumas outras aulas e imagino eu que o público que trabalha em clínica, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, neurologistas, etc., possam tirar um proveito um pouco maior dessa aula aqui.

No entanto, você aí, na sua casa, é importante que você tenha acesso a esse tipo de informação para eventualmente acender um sinal de alerta. Uma das coisas que mais acontece na rua quando eu saio, quando as pessoas me encontram, eles falam assim, cara comecei a tratar meu TDAH, fui diagnosticado com TDAH por causa dos seus vídeos e fui procurar, vi que aquilo ali meio que parecia com o que eu tinha e o psiquiatra me diagnosticou e hoje a minha vida está muito melhor porque eu consigo acompanhar, quebrei meus preconceitos, etc. E hoje a minha produtividade aumentou demais. Então, espero que essa informação aqui te ajude de alguma forma ou ajude alguém que você eventualmente conheça aí na vida que possa ter alguns sintomas ou algum quadro relacionado ao TDAH.

Ok? Então vamos começar. Primeiro ponto, pessoal. TDAH, transtorno de afeto de atenção e hiperatividade. O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento. O que significa isso? Ele é um transtorno que envolve e surge cedo na vida de um sujeito. Os sintomas normalmente acontecem antes dos 12 anos de idade, então para que ocorra um diagnóstico de TDAH de algum sujeito, de alguma pessoa, é preciso que os sintomas estivessem já presentes desde os 12 anos de idade ou antes. Ah, Asden, mas o meu psiquiatra me diagnosticou na idade adulta, eu tenho 25, eu tenho 30 e eu fui diagnosticado com TDAH há 20, 15 anos. Ok, mas se você lembrar, provavelmente, e eu espero que isso tenha acontecido, esse profissional que diagnosticou você fez uma entrevista clínica e foi perguntando para você se esses sintomas estavam presentes lá na sua infância.

Depois a gente vai falar sobre diagnóstico de TDAH um pouco mais pra frente, agora ou logo depois, mas vocês vão entender que é extremamente importante no diagnóstico de TDAH, muitas vezes, conversa com familiares ou com professores, etc, daquele sujeito que a gente está tentando diagnosticar. Afinal de contas, muitas vezes a informação que o paciente lê na internet. Mas vamos continuar um pouquinho aqui antes. Eu não vou ficar aqui caracterizando vários sintomas de TDAH, vocês provavelmente encontram isso na internet, e isso tem um problema, justamente o que eu falei anteriormente. Você quando lê, para quem não sabe, os psicólogos, os psiquiatras, quando usam na clínica, normalmente eles recorrem a um manual diagnóstico. Então existe uma bíblia, um livrão gigantesco da psiquiatria, que visa nos fornecer algumas características diagnósticas dos transtornos.

Então como é que eu vou diagnosticar alguém com depressão, com ansiedade, com algum tipo de depressão, ou um tipo de ansiedade, com bipolaridade, etc, etc, esquizofrenia, autismo e tal. Não é simplesmente eu olho e acho que a pessoa tem. Existe um manual com os critérios diagnósticos que você lê lá e enquadra a pessoa naquilo ou não. Esses diagnósticos, se você abrir aí na sua casa esse manual, você provavelmente vai ver que você tem tudo aquilo, porque os sintomas, por

exemplo, do TDAH, esquece coisas com frequência, quando as pessoas chamam, não percebe ou não escuta, tem uma atenção difusa, tem lá os sintominhos do TDAH e você talvez leia aquilo e vai ver, meu, eu tenho TDAH.

Só que esses sintomas, se você for num clínico, fazer uma entrevista clínica para diagnóstico, normalmente esses sintomas não são tão fáceis quanto parece de você conseguir se enquadrar neles. Eles precisam durar por um período específico, eles precisam ter uma intensidade específica e eles precisam ter começado cedo na vida do sujeito. Então se você lê lá um sintoma, pacientes com TDH normalmente apresentam dificuldade de sustentar a atenção em tarefas. Se fosse só esse sintoma, 100% de quem está assistindo teria TDH. No entanto, existem outros que vão excluindo a população. Por exemplo, essa falta de atenção precisa ser em várias áreas da vida.

Se você tem desatenção só na aula de química, você não tem TDH. Você tem, talvez, desmotivação com a aula de química. TDH é uma desatenção generalizada, salvo, e depois a gente vai entender o porquê, alguns contextos na vida do sujeito com TDH, ele consegue ter um quadro mais ou menos de hiperfoco em algumas situações que ele gosta muito. A gente vai falar mais pra frente disso. Então, muito comum na clínica a pessoa vir com queixa de TDAH, mas você acaba percebendo que é uma desmotivação pontual com algum item específico. Então, isso já exclui o TDAH, porque o TDAH, o sintoma de desatenção, ele precisa ser generalizado. É uma dificuldade em vários contextos, não só na aula de química da professora chata ou no trabalho X. E assim você vai tendo outros critérios, por exemplo, esses sintomas não podem ser melhor explicados por outra condição médica.

Às vezes o sujeito tem ansiedade, muita ansiedade. É verdade que a ansiedade é comórbida do TDAH, mas muitas vezes pode ser confundido com TDAH. Se o sujeito é desorganizado, dorme mal, tem insônia, pacientes com insônia claramente vão ter um prejuízo de atenção, um prejuízo de motivação, pode ser confundido com TDAH. A gente chama isso na clínica de véu, é um véu no diagnóstico. Imagina que eu boto um véu aqui na minha frente, um véu de noiva, eu não consigo enxergar direito o que está no outro lado. Então a gente primeiro precisa tirar esse véu, e conforme a gente vai fazendo esse screening clínico, com muito cuidado, com muita profundidade, com muita descrição, talvez a gente chegue numa hipótese diagnóstica de TDAH.

Porém, e aí agora é o que eu, Wesley, penso, isso aqui não é uma diretriz de nenhuma sociedade de diagnóstico, etc. O que eu, Wesley, penso é a melhor forma de fazer um diagnóstico assertivo de TDAH, ou seja, que envolve as maiores chances de não fazer um diagnóstico errado, é o paciente passar. É o paciente passar, então se você eventualmente acha que tem, se o seu familiar, se você acha que o seu filho tem Normalmente uma das melhores formas, na minha opinião, de fazer um diagnóstico de TDAH é você levar o paciente em um neuropsicólogo Neuropsicólogo não necessariamente um psicólogo que fez neurociência, tá? Neuropsicólogo é um psicólogo especialista em neuropsicologia, principalmente em testagem. O que que o neuropsicólogo faz? Por exemplo, o Fábio, que tem uma aula lá sobre funções executivas que estão prejudicadas no paciente com TDAH, a aula tá disponível pra turma anual, se você é da turma anual você tem a aula disponível lá, se você não é, você pode trocar o plano e ir lá pra turma anual assistir a aula dele. Uma aula extremamente longa, umas duas horas e pouco.

O Fábio é um neuropsicólogo. O que um neuropsicólogo faz? Ele tenta transformar medidas subjetivas em quantitativas. Em outras palavras, um neuropsicólogo consegue medir o quanto de atenção você tem, o quanto de memória de curto prazo você tem, o quanto de memória de longo prazo você tem, como que está a sua linguagem, como que está a sua memória de trabalho, etc, etc, etc, como que está o seu raciocínio lógico, etc, etc, etc, sua impulsividade. Por exemplo, se eu te perguntar quanto que é a sua atenção, é uma medida subjetiva, é uma variável qualitativa. Você pode me falar, é boa, é ruim, é média, mas você não consegue me falar quanto? É 10? É 50? Sim. O neuropsicólogo transforma essa medida qualitativa em quantitativa.

Então, existem testes padrão, testes formulados de forma científica, onde o sujeito naquela idade específica, naquelas condições socioeconômicas e sociodemográficas, ele preenche, faz aquele teste no laboratório, na clínica e esse teste gera um score. Esse score vai ser feito um match com a média da população daquele sujeito, daquele sexo, naquela idade, naquelas condições. E aí você vai ver, se a média da população é 60 e o cara está em 55, beleza, tá próximo. Agora se a média das crianças com 12 anos, com 14 anos, com 15 anos dos adolescentes, naquela idade a média é 60 e o moleque bateu 20, opa, tem algum problema na tensão dele. Ele está muito longe da média. Existe um desvio aceitável, mas ele estaria muito longe.

E aí no final o neuropsicólogo ou a neuropsicóloga reproduz um laudo falando lá, ó, a atenção é prejudicada, não sei o que, sugerindo a possibilidade de TDAH. O psiquiatra lê aquilo e eventualmente consegue fechar o diagnóstico. Agora, uma das coisas que mais ajuda a fechar um diagnóstico de TDAH é o que a gente chama de teste terapêutico. O que significa isso? O paciente toma o medicamento, que é para TDH, e a gente avalia a resposta. Se respondeu bem, já tem um laudo. Tem uma entrevista clínica de um psicólogo que viu lá que ele tem, de fato, disfunções na tensão, etc. Depois a gente vai descrever com calma. Tem um laudo de um neuropsicólogo com testes mostrando que a pontuação dele é muito ruim, muito abaixo da média. E respondeu ao medicamento que é para TADH? Então, é um corpo de informações robusto que de fato sustenta um diagnóstico de TADH. Então eu peço para vocês, alguns terapeutas e psiquiatras mais experientes conseguem muitas vezes diagnosticar um TADH em uma consulta, duas consultas, mas bater o martelo de forma consistente precisa desse monte de coisa aí. É um diagnóstico que leva um pouco de tempo porque ele é muito delicado, é muito fácil o diagnóstico de TDAH ser sujo. Então, o cara tá com insônia, ou usa droga, ou bebe álcool, ou tem ansiedade, ou é bipolar, é muito difícil diferenciar um paciente que está num quadro de hipomania ou mania de um TDAH.

Eles são muito parecidos, a sintomatologia. Então é por isso que eu falo pra galera, se você ler no Google o que é o TDAH, não é assim que funciona, existe toda uma parafernália para chegar nesse diagnóstico o TDAH tem 3 formas de apresentação então o TDAH pode se apresentar e não é sub-tipo porque o sub-tipo... cara, meu cabelo aqui tá foda hein, essa franjinha aqui é complicada, né? Tem que cortar aqui. O TDAH tem três subtipos... Perdão! O TDAH tem três formas de apresentação, não é subtipo. Subtipo é um nome incorreto, porque o subtipo pressupõe que vai ser aquele jeito.

Forma de apresentação é a forma correta de falar, porque essas apresentações de TDAH podem mudar durante a vida. Uma das formas do TDA é a predominantemente desatenta, então o sujeito tem TDA sem o H, sem o componente hiperativo ou com o componente hiperativo subclínico, isto é, ele é um pouco hiperativo, então o sujeito não tem tanta desatenção, ou o estado misto. Tá ok? Perfeito? Bom, o TDAH, por incrível que pareça, ele foi descrito pela primeira vez em 1775, é o que a gente tem de registro na história, então esses problemas de desatenção já é uma coisa... Opa, mexeu a câmera aí.

Opa. O TDAH foi descrito pela primeira vez em 1775, então já é uma coisa que tem sido objeto de estudo há bastante tempo. Em 1937, as anfetaminas, que a gente vai falar mais tarde, são uma das classes das drogas utilizadas para tratar pacientes com TDAH, foram descobertas por acaso, isso se chama serendipismo, se eu não me engano. Serendipismo. Serendipismo acontece muito na ciência. Serendipismo é você encontrar uma coisa que você não estava procurando. Muitos medicamentos foram encontrados dessa forma.

Você estava fazendo um experimento e viu que a coisa ia para o outro lado, que resultou em outra coisa. Então, as anfetaminas, se percebeu que reduzia o grau de hiperatividade em pessoas com TDH, foi meio que uma cagada, descobriram por acaso isso. Foi melhor descrito que o TDAH tinha um componente importante no cérebro. Lembrando que nessa época praticamente não existiam

neurociências de forma como campo de estudo formal. Em 1940 quase não tinha. Os estudos de neuroimagem que permitiram a gente olhar um cérebro vivo tiveram ascensão em 1980, 1990, então é recentíssimo, quando talvez você estava nascendo, se fosse um pouco mais velho. Em 1940, foi a golden era da genética, os estudos mais envolvendo isso.

O cérebro ainda era um negócio meio obscuro nessa época, tanto é que dentro do campo da psicologia, a maior parte dos estudos se concentrava na área subjetiva da psicanálise. Se debatia alguma coisa de cérebro, mas era uma coisa mais que ficava para escanteio. Hoje em dia é uma coisa que ascendeu mais. Em 1980, quando surgiu o DSM-III, que abandonou a classe de fundamento psicanalítico, de neuroses, psicose, etc., e começou a ver a psicologia como uma área mais envolvida com a parte médica e aí teve uma ruptura da visão das patologias, aí sim foi a primeira vez em 1980, é recentíssimo, por isso que o TDAH recém está começando a ser mais discutido, é muito recente.

E aí em 1980 a gente começou de fato a ter critérios confiáveis para conseguir descrever o sintoma e fazer um mínimo diagnóstico possível. E aí frente a isso uma vez que a gente conseguia falar, tá vendo naquelas 100 pessoas lá? Aquelas que apresentam A, B e C de sintoma por XYZ de tempo e blá blá blá blá blá são as pessoas com TDAH, isso possibilitou o que? O avanço dos estudos clínicos dentro dessa população. Até então não se sabia direito quem era TDAH, era meio que vai pelo clínico ali. O cara chega no meu consultório e tem TDAH, no seu consultório chega o cara e não tem TDAH, tem ansiedade. Quando você faz um manual, bonitinho, com os critérios, os profissionais conseguem falar a mesma língua. Então, quando as pessoas vão desenhar um estudo clínico, vamos tentar fazer uma intervenção para pacientes com TDAH.

O que acontece? Eu desenho um estudo clínico aqui no Brasil, chamo uma população de pessoas, passo o screening do manual e falo com TDAH segundo esse manual. Lá na China, na Itália, nos Estados Unidos, na França, na, sei lá meu, Eslovênia, na República Tcheca, os caras conseguem pegar o meu artigo e reproduzir, porque eu mostrei como que eu classifiquei as pessoas com TDAH. Eles conseguem fazer o mesmo. Então isso permitiu uma coisa fundamental na ciência, que é o princípio da replicabilidade e da falsabilidade as pessoas conseguiam tentar mostrar que eu estava errado isso é ciência pessoal se eu falar assim pessoal eu peguei essa garrafa aqui ela tem x eu peguei um cubo de ferro x derreti ele em tanto de temperatura e moldei num lugar de tal forma e deu isso e pinteí com uma cor que eu misturei tantas ml de azul com preto e cinza e deu essa cor.

Você pega essas informações e tenta fazer na sua casa. Se sair a mesma garrafa da mesma cor, Wesley não estava mentindo. Isso é ciência. Basicamente isso é ciência. Então, a partir dos critérios que a gente conseguiu com o DSM, com os estudos que foram avançando em 1980, a gente começou a entender melhor o TDAH. Então é muito novo ainda pessoal, se você for ver as grandes áreas de conhecimento como filosofia, química, física, matemática, é um negócio lá da Grécia. O TDAH é um negócio de 1980, que começou a ser a neurociência também. A primeira sociedade neurocientífica foi em 1970, muito recente. Por isso que as pessoas ainda não entendem, por isso que os cursos das faculdades não tem muita neurociência, porque é uma coisa muito nova.

Então, se você está assistindo isso daqui, você está na fronteira do conhecimento, você está encostando no que a gente sabe de melhor e mais novo, enquanto outras pessoas estão ficando para trás. Parênteses rápido. A galera da minha clínica, os terapeutas que eu tenho na clínica, tem uma clínica né, se você não sabe, a Be Health, a gente tem uns 20 e poucos terapeutas, os terapeutas me falam, eles falam Wesley, cara, eu tenho que estudar velho, porque os pacientes que vem pra mim, os caras sabem, se eu não assisto os seus cursos, se eu não vou atrás de artigo, eu fico pra trás, porque os caras vem sabendo a neurobiologia da ansiedade, a neurobiologia da depressão, a neurobiologia do TDAH, vem falando de córtex pré-frontal, imagina chegar para um terapeuta que não sabe nada disso, já se ferrou.

Então, o R&D tem uma função de pressionar também os profissionais, a agulha está na bundinha aqui, você não está tratando mais pessoas medíocres, você está tratando pessoas que querem entender o que aconteceu quando o TDAH começou a ser mais estudado, ser mais conhecido? Obviamente começaram a pipocar mais pessoas diagnosticadas. É mais ou menos assim, se a gente melhorar as nossas ferramentas de diagnóstico de câncer. Por quê? Porque a gente está conseguindo olhar com mais detalhe e pegar antes, digamos assim. Ou os profissionais estão mais treinados, ou a gente tem mais máquinas para fazer biópsia e consegue diagnosticar mais. Então, quando as pessoas perguntam assim, o TDAH está crescendo na população? Não sabemos exatamente se está. A gente até pode falar disso mais tarde, mas a gente não sabe se está tendo mais casos de TDAH ou se a gente está conseguindo diagnosticar melhor e, portanto, pegando.

É como se a rede, antes, fosse muito aberta e os peixinhos pequenos passavam, aqueles TDAH não tão graves a gente não identificava, e agora a gente tem uma rede mais fechadinha e está pegando mais casos. Tem mais clínicos treinados, etc. Então não passa despercebido. Tem um psiquiatra que é o Renato, que inclusive vai ter agora, a gente vai abrir em breve um módulo, ou já abriu, se você está vendo isso aqui no futuro, o módulo dele aqui na RD. Ele fala que a gente, terapeuta, só cumprimenta os bois que a gente conhece. Então se você não sabe nada de TDAH, passa um cara pro TDAH na sua clínica e você não vai conseguir diagnosticar, porque você não sabe. Então começaram a surgir mais casos de TDAH e por isso que hoje tem tanta atenção na mídia. Em 2007 uma meta análise com diversos tipos de estudo, o que é uma meta análise? É um estudo que faz uma análise de várias análises, por isso é uma meta-análise.

É um estudo que faz uma análise de vários estudos. É uma das formas mais fidedignas de a gente chegar a alguma conclusão por meio da ciência, porque é como se ele olhasse um overview, um recorte gigantesco dos estudos e não um estudo pontual. Uma meta análise de 2007, eu vou deixar aqui embaixo um estudo que engloba tudo isso que eu estou falando, uma meta análise de 2007 chegou ao número de que no mundo existe uma prevalência no mundo de 5.3% de TDAH. Então a cada 100 pessoas mais ou menos 5 têm TDAH. Essa análise variou de 5 a 5,5% e essa variação pode ter sido porque em algum estudo incluíram como critério alguma coisa e outro não, etc. Mas, em média, 5% de pessoas no mundo têm TDAH.

Aparece não existir uma variabilidade muito grande entre países embora alguns países não tenham tantos estudos por conta de não ter pesquisa ter pouca universidade, por exemplo, alguns países da África por exemplo não existem dados nesses lugares porque não tem pesquisa lá, os pesquisadores não fazem lá, não tem universidade portanto a gente não sabe o que está acontecendo Mas do que se levantou, 5% mais ou menos, alguns estudos indicam 3% das pessoas têm TDAH diagnosticado. Na idade adulta, isso é um diagnóstico geral, na idade adulta chega em torno de mais ou menos 2,5%. Aslen, por que na idade adulta tem menos TDAH do que na infância e na adolescência? A gente vai falar disso depois, tá? Então fica esperto aqui no vídeo.

Hoje em dia, a partir de 2013, então essa meta-análise é de 2010, O DSM, que eu falei lá, que em 1980 caracterizou os primeiros critérios diagnósticos fidedignos para um diagnóstico de TDAH, pelo menos mais organizado, mais confiáveis. Em 2013 o DSM teve uma nova versão publicada, porque a APA, que é a American Psychiatric Association, ela acaba olhando, é um grupo, um time gigantesco de cientistas que ficam olhando a produção de conteúdo, muitos inclusive ajudam a produzir papers e artigos científicos e chega um momento que eles se reúnem em um congresso gigantesco e ficam debatendo como mudar para aperfeiçoar os critérios de diagnóstico. Em 2013 o DSM foi alterado, então existiu uma modificação no DSM inteiro, inclusive alguns transtornos mudaram, uns deixaram de existir, surgiram novos transtornos e assim a ciência vai evoluindo. Em 2013 existiu uma mudança nos critérios pré-diagnóstico do TDAH, que isso afetou obviamente a prevalência.

Sabe aquela rede que eu comentei, que ela estava mais aberta? Em 2013, os pesquisadores fecharam ainda mais a rede. Então, começou a pegar mais pessoas com TDAH. Vou dar um exemplo para vocês aqui. Teve principalmente três grandes mudanças. Primeiro, em 2013, aumentou de 7 para 12 anos o início dos sintomas. O que significa isso? Antes de 2013, os sintomas de desatenção e hiperatividade, eles podiam iniciar, eles precisavam iniciar antes dos 7 anos. Então, por exemplo, se os seus sintomas começaram com 11 anos, antes de 2013, era assim que a gente olhava, você não tinha TDAH.

Hoje, se os seus sintomas iniciaram com 11 anos, você tem TDAH. Então, obviamente, isso englobou uma galera que estava fora do círculo de diagnóstico e expandiu um pouquinho, pegando mais gente. A rede afinou, está pegando mais peixinha agora. A segunda grande modificação é que pacientes com mais de 17 anos antes precisavam ter 6 sintomas, hoje precisam ter 5, então precisam ter um a menos. Portanto, se antes você precisava de 6, você não entrava, hoje com 5 você entra. Então aumenta um pouquinho mais a prevalência. E a terceira modificação importante é que hoje pode existir TDAH junto com o transtorno do espectro autista. Até 2013 isso não existia.

Um diagnóstico meio que exclui o outro. Hoje pode ter uma comorbidade. E como é que você pergunta, né? Como é que os caras chegam nessas conclusões? É devido a uma série de estudos. Por exemplo, existe hoje, a gente sabe que existe uma sobreposição importante entre a carga genética do autismo da esquizofrenia com o TDAH.

Então eles olham pra isso e falam, não, peraí, mas tem gente que tem essa genética e apresenta só autismo, tem gente que tem essa que sobrepõe um pouco o TDAH, mas apresenta só TDAH. Aí eles olham tudo isso junto com os sintomas e estudos epidemiológicos e chegam a uma terminada conclusão. Não é perfeita, porque não tem como ser, mas é o que a gente tem um TDAH muito mais prevalente principalmente em adolescentes e crianças e meninos. E é uma proporção de 4 para 1. Então a cada 4 meninos diagnosticados com TDAH, uma menina vai ser. Essa discrepância parece diluir na idade adulta.

Então vocês perceberam que conforme vai chegando na idade adulta, existe uma modificação no curso da doença. É curioso porque, ao contrário de... e vocês vão entender quando a gente falar da neurobiologia do TDAH o porquê isso acontece. Mas ao contrário do que acontece na ansiedade e na depressão, que muitas vezes os sintomas pioram com o avanço do tempo, no TDAH parece acontecer o oposto em grande parte dos casos, isto é, os sintomas começam a reduzir, a entrar em redução. Vocês vão entender o porquê. Bom, mecanismo. O TDAH parece ter um componente genético importante, isto é, como ele é um transtorno do neurodesenvolvimento, ele parece ter uma carga genética que importa bastante e de fato, quando você vai atender na clínica, é comum o paciente com TDAH ter algum familiar com TDAH ou ter algum familiar com transtorno bipolar ou ter algum familiar com grau de autismo ou ter algum familiar com algum espectro esquizofrênico. Por que isso, Wesley? O que tem a ver o autismo com o TDAH, esquizofrenia, bipolaridade com o TDAH? O que acontece na realidade, pessoal, é que como eu falei, do ponto de vista genético, todos esses transtornos têm genes em comum.

Então, o TDAH, o autismo, a bipolaridade e o... qual foi o outro que eu falei? TDAH, autismo, bipolaridade e esquizofrenia. Eles têm um componente genético em comum, isto é, um gene que está num transtorno, estão nos outros. Então é mais ou menos assim, imagina que seu pai tem esquizofrenia e você desenvolveu TDAH. Naquela passagem, houve uma replicação ou uma herança de um pedaço daqueles genes envolvidos com TDAH e pra você meio que sobrou o TDAH. Mais ou menos assim vai bem a grosso modo. Do ponto de vista ambiental, parece que ambientes estressantes na infância pode ter uma correlação com TDAH e também mãe que usou fumo, usou álcool, outras drogas na gravidez, parece se correlacionar também com TDAH. difícil de chegar a alguma causa porque esses negócios estão envolvidos com qualquer outro transtorno também.

Então a gente sabe hoje que existe uma interação entre gene e ambiente, assim como os outros transtornos. É um negócio poligenético, então existem vários genes envolvidos, poligênico. Por exemplo, existe um gene chamado 5-HTT-LPR. Esse gene parece estar mais expresso em pacientes com TDH e o TDH só abre de forma grave se esse paciente que tem esse gene expresso sofreu algum estresse na infância ou na adolescência. Então, uma interação, você tem o gene e o ambiente que é o estresse interage e desabrocha o TDH, por exemplo. Mas qualquer tipo de estudo, tanto na genética quanto no ambiente em transtornos que envolvem neurodesenvolvimento que começam cedo, cedo é muito difícil de conseguir estudar como é que você vai desenhar um estudo assim? demanda tempo, muito dinheiro, acompanhar um follow-up muito complicado de qualquer maneira, tal qual os outros transtornos, existe uma interação entre higiene e ambiente.

Pois bem, deixa eu tomar uma água aqui. Nossa, estou com muita fome, cara. Morrendo de fome. Ó, neurofisiopatologia do TDAH. Não se assusta com a palavra neurofisiopatologia. É a neurofísio, a neurociência, a neurofisiologia da patologia. O que acontece no cérebro de uma pessoa com TDAH de fato? A gente vai entender agora. E aqui começa, até agora foi uma coisa mais geral de prevalência, incidência, etc. Agora a gente vai tentar, é caracterização do quadro, né? Agora a gente vai tentar entender o que acontece no cérebro e começa a abrir uma ideia de intervenção, tá? Pois bem, os grandes sistemas que são alterados, corrompidos, não é uma palavra muito boa, mas são alterados.

O sistema cognitivo, principalmente envolvendo funções executivas, aqui a gente vai falar com calma, e o sistema de recompensa. No sistema cognitivo, a gente percebe que os pacientes com TDAH apresentam uma perda de memória de trabalho, então uma dificuldade na memória de trabalho. O que é memória de trabalho? Memória de trabalho é uma memória online, é uma memória imediata. Não tem nada a ver com trabalhar, é só o nome. Chamam de memória operacional também. Significa o que? Você não lembra qual palavra eu falei na terceira frase anterior a essa. Ou você não lembra qual é a terceira palavra que eu disse nessa frase que eu estou falando agora.

Você não lembra agora. Mas em algum momento, por um milissegundo, o seu cérebro precisou registrar para entender a frase inteira. Isso é memória de trabalho ou operacional permite você ficar fazendo coisas. Você não lembra tudo que eu disse aqui nesse vídeo desde o início. Tem muitas palavras que eu falei até agora, mas você precisou entender para pegar o conceito geral. Isso é memória de trabalho, te ajuda. É quase como se fosse uma memória RAM do computador, diferente do HD. É uma memória RAM que ajuda a processar as coisas na hora.

O paciente com TDAH tem uma dificuldade nessa memória, então muitas vezes ele não consegue sustentar online um fragmento específico de um raciocínio para entender o raciocínio inteiro. Aquilo foge da cabeça dele, por isso que ele pergunta, cara, desculpa, eu não entendi o que você falou, eu dei uma viajada aqui. É que ele de fato não conseguiu perceber o que você estava explicando principalmente se a coisa é chata pra ele e a gente vai ver o que o sistema de recompensa... isso aqui, cara, é ouro, tá? isso aqui é um negócio que você não vê tão fácil por aí que eu vou explicar aqui, tá?

principalmente o sistema de recompensa dele, tá? vocês vão ver depois o paciente com TDAH também tem uma dificuldade de controle inibitório. O que significa isso? Ele tem uma dificuldade em inibir uma ação. Existe um conceito chamado Goal Direct Behavior, isto é, um comportamento direcionado a algum objetivo. Goal de objetivo, Direct Behavior. Um exemplo, você vai pegar água ou tem um doce em cima da mesa e você vai pegar pra comer. Isso é um go direct behavior, um comportamento indirecionado ao objetivo. Você pode frear o seu comportamento, falar não vou pegar esse doce, não vou pegar esse doce, não vou pegar esse doce, não vou mexer no celular agora, não vou mexer. Você quer? Imagina que você está no computador, está trabalhando ou está

lendo um livro e você percebeu o seu celular no seu lado, aí você falou vou pegar o celular, e aí você já perdeu a atenção no livro, aí você pensa assim, não vou pegar o celular, vou continuar lento.

Isso uma paciente com TDAH não consegue fazer, não tratado, ou não tratado tanto com medicamento quanto com psicoterapia, a gente vai falar sobre isso depois. Ele não consegue inibir, quer dizer, ele consegue, claro, mas se você for ver 100 vezes que isso acontece, ele perde de lavada para uma pessoa sem TDH. Ele não consegue inibir tanto comportamento. Ele fura muito mais frequentemente essa inibição. E é um paciente que tem uma dificuldade muito grande em planejamento. Muito grande em planejamento, e vocês vão entender o porquê logo logo. No sistema de recompensa, isso aqui até agora é devido a uma disfunção do córtex pré-frontal. Vocês já vão entender. No sistema de recompensa, o paciente com TDH tem uma maior atratividade por recompensas rápidas em detrimento de recompensas distantes.

Ele gosta muito mais de uma recompensa momentânea do que uma recompensa que está longe. num dos sintomas mais comuns no quadro de TDAH, que é uma procrastinação extrema. E uma procrastinação extrema, mas que na hora que a água bate na bunda, ele faz. Por quê? Porque a recompensa está mais perto, ou o problema está mais perto. Vocês entendem o que eu quero dizer? Pensa! E agora, pessoal, eu quero pedir muito pra vocês, quem está assistindo isso aqui e não viu a aula sobre recompensa e o processo, precisa assistir, porque lá eu explico com muita... Eu até uso essa caneta, se não me engano, pra explicar a recompensa está aqui, o seu comportamento está aqui, como que o TDAH não consegue ver isso aqui. E aí eu uso...

Claro que eu não falo só do TDAH, eu explico pra você que não tem TDAH também, como você recompensar isso aqui e não onde está a recompensa. O TDAH não tratado, típico, ele tem uma dificuldade enorme em resolver o problema agora para pegar a recompensa depois. Ele espera o tempo passar, aí quando ele está próximo à recompensa, ele faz, faz, faz, faz pra resolver o problema. E aí vocês sabem na aula qual é o seu suco? Tem que assistir aquela aula também, uma das primeiras e mais famosas aqui do RD. Que inclusive deu origem a esse quadro aqui, ó, qual é o seu suco. Vocês sabem lá que o sistema dopaminérgico, o produtor de dopamina, que tá envolvido na neurobiologia e TDH, a gente já vai falar, ele funciona pra duas coisas.

Ele te dá motivação pra você buscar uma recompensa e pra você fugir de um perigo. uma recompensa ou fugir de um perigo. Como o TDAH tem um déficit dopaminérgico no córtex prefrontal, ele tem uma dificuldade de fazer isso com antecedência. mas um dia antes, nevar à noite, se enche de café e resolve o problema e dá um jeito. Ok? Isso acontece, pessoal, porque no TDAH existe uma disfunção de um sistema dopaminérgico que tem neurônios de dopamina, chamado de dopamina tônica. O que é a dopamina tônica?

A dopamina tônica é como se fosse uma mangueira de jardim, que fica despejando dopamina no córtex pré-frontal e no sistema de recompensa. O córtex pré-frontal, quando você tem, imagina que você tranca essa mangueira, você tem menos dopamina no córtex pré-frontal, portanto você tem dificuldade de controlar sua tensão. Não é que o TDAH não tenha tensão, ele tem muita tensão, até demais. Ele tem dificuldade de colocar essa tensão em um lugar e sustentar ali por conta dessa queda de dopamina no córtex pré-frontal. Essa queda de dopamina no córtex pré-frontal faz ele ficar mais impulsivo, porque o córtex pré-frontal freia o comportamento dele. Essa queda de dopamina no córtex pré-frontal faz com que o paciente com TDH fique mais hiperativo, porque você não tem o freio do seu cérebro funcionando direito.

E essa queda de dopamina também acontece no sistema de recompensa. Isso faz com que o paciente com TDH tenha uma diminuição momentânea, mas permanente de dopamina no sistema de recompensa. Ou seja, ele não tem recompensa suficiente nos comportamentos e isso faz com que ele fique buscando comportamento em todo lugar. Buscando recompensa em todo lugar.



Então, imagina que o paciente com TDAH abre um livro para ler aqui, ele abre o livro, ele está lendo o livro, o livro está chato, porque ele não tem esses neurônios dopaminérgicos tônicos despejando aquela dopamina ali, que sustentam minimamente ele ficar aqui. Então, o que ele precisa? Ele lê dois parágrafos, pelo fato de ele ter uma deficiência executiva da memória de trabalho, ele já nem lembra o que ele leu direito, muitas vezes, se ele não gosta do livro. buscando pequenas recompensas, pequenas recompensas rápidas, porque ele tem uma mangueira trancadinha, então ele precisa ficar destrancando essa mangueira, buscando pequenas recompensas, pequenas recompensas, e no final das contas ele fez mil coisas, mas não conseguiu sustentar a tensão no lugar.

Isso tem uma exceção quando o paciente gosta do comportamento, que aí culmina no que a gente chama de hiperfoco no TDAH. E aí você está me perguntando, Edson, como desenvolver o hiperfoco? Não tem como, cara. Você gosta ou não gosta do comportamento. Muitos TDAHs, por exemplo, desenvolvem hiperfoco com videogame, com rede social, com pornografia. Alguns com comportamentos funcionais, estudo. O Michael Phelps, que é um exemplo, ele falou, ele tem TDAH, ele se acalmava na água, então ele começou a buscar essa recompensa sempre, por quase que isso fosse um vício dele, um hiperfoco na natação. Mas isso são exceções, a grande parte dos TDAH é super problemático essa funcionalidade dentro do dia, ele não consegue sustentar a atenção dele, então a gente poderia olhar o paciente com TDA quase como se fosse um transtorno, e não é, sim, oficial, não saiam falando isso por aí, mas quase como se fosse um transtorno de desmotivação.

Não desmotivação dele não querer ser melhor, mas desmotivação no sentido neurobiológico de ter vias produtoras do neurotransmissor envolvido com motivação reduzidas. Então, como ele não consegue minimamente ter dopamina para ler um pouquinho o livro, ele fica buscando em outros lugares e isso gera uma dificuldade de sustentação de atenção naquilo ali. Essa característica de existir um processamento cognitivo disfuncional com muito mais probabilidade de recompensa fácil e rápida do que a duradoura começa aí a abrir para outras comorbidades no TDH por isso que paciente com TDH normalmente vem com muitas comorbidades é difícil você ter um TDH na sua frente limpo é bonito na rede social, nos estudos e tal TDH, isso aqui o cara tem TDH na clínica vem um monstro cabeludo na sua frente.

O cara tem TDAH, fuma, bebe, tem insônia, usa droga, não sei o que, não sei o que, não sei o que. Tá? É agressivo e tal. Então, normalmente, esse... Essa resultante comportamental do paciente com TDAH culmina na abertura de outros quadros. Então ele tem uma dificuldade de autoestima, ele se acha burro, ele não consegue se enquadrar em grupos, desenvolve comportamentos relacionados a uso de substâncias. Cara, uma das coisas mais impressionantes é a quantidade de pacientes com TDAH que fumam. É bizarro, cara. Porque eles procuram, tomam cafeína pra caramba, porque eles procuram álcool, porque além de ter um comportamento mais impulsivo, esses pacientes também procuram exaustivamente a dopamina em outros lugares, que ele não tem, a dopamina ele não tem, então ele procura em outro lugar.

Normalmente acha no cigarro, acha no álcool, etc. O uso de substâncias em pacientes com TDAH é enorme. A ansiedade em pacientes com TDH é enorme, porque ele começa a se achar burro, se achar atrasado, e isso começa a aumentar a sua ansiedade. Ele é uma pessoa mais hiperativa também. Tá ok? Além disso, o paciente com TDH tem uma dificuldade, e isso é muito curioso e interessante quando você vê um paciente com TDAH na clínica, ele tem uma dificuldade em processamento temporal. Para o paciente com TDAH, ele... e aí você agora você tem que ver a aula de recompensa processo que eu expliquei isso lá. O paciente com TDAH, ele tem uma dificuldade de estimar quanto tempo vai demorar para fazer uma determinada coisa e quanto esforço ele vai ter que colocar naquela determinada coisa.

Então, ele vê um livro assim. Esse é o livro. Ele olha assim e fala, cara, isso aqui eu consigo fazer.

Em dois dias eu faço o trabalho que é resumir esse livro pra escola, pra faculdade. Ou as tabelas de Excel do trampo, sei lá, o projeto da arquitetura, da engenharia, do direito, sei lá, que você trabalha aí. Ele acha que é muito mais rápido do que realmente é e ele acha que é muito menos trabalhoso do que realmente é. Aí ele começa a fazer num dia e numa organização errada e dá merda. E aí isso alimenta a ideia de que ele não consegue, que ele é um merda, que ele tem de tempo. Eu falei muito sobre isso lá na aula Recompense e o Processo.

Quando você faz uma coisa que você gosta, o tempo muda. É louco isso, porque o tempo é uma medida absoluta. Pode existir uma alteração no tempo, como Einstein demonstrou mas o tempo é 24 horas, 3 horas estudando é a mesma coisa que 3 horas na fila do banco, o tempo é o mesmo, mas 3 horas estudando, pra quem gosta de estudar, passa muito mais rápido do que 3 horas na fila do banco, 3 horas viajando ou jogando videogame passa muito mais rápido do que 3 horas na fila do banco, então o tempo é distorcido conforme a nossa motivação e euforia em fazer alguma coisa. Ou seja, a motivação vem da dopamina. Então quanto mais dopamina você tem relacionado a alguma coisa, maior é a sua distorção de percepção de tempo. Como o paciente com TDH, na neurobiologia dele, existe uma queda de dopamina, ele tem uma dificuldade de interpretar tempo.

Olha que louco isso cara. Pega um dia alguém que você conhece que tem TDAH e alguém que não tem e deixa em uma sala vazia por cinco minutos, não fala que é por cinco minutos, eles sem relógio sem celular e depois pergunta para os dois quanto tempo eles acharam que ficaram ali dentro. Você vai ver que com TDAH vai falar um negócio nada a ver, tá? Mais ou menos. Então essa dificuldade, por exemplo, é corrigida por uso de medicamento. Olha que louco! Tem um artigo do Sena Science uma vez mostrando que Ritalina corrige o quão esforçante ele acha que vai ser uma tarefa e quanto tempo vai demorar. Ele fica com mais acurácia, mais precisão. E aí quando você tem mais acurácia e mais precisão, você se organiza melhor. Então, o overview da psicopatologia do TDAH envolve basicamente disfunção de áreas fronto-subcorticais cerebelares. Eu sei que essa palavra é estranha. Fronto subcortical cerebelar. O que significa isso?

Existem disfunções frontais subcorticais, isto é, daquelas áreas do sistema de recompensa ali dentro da sua cabeça e também do cerebelo, que é uma região que fica aqui atrás, que significa pequeno cérebro, é uma região que fica aqui, muito envolvida com o motor, com comportamento motor, afinal de contas o TDAH tem alteração motora, mais agitado por exemplo. Uma das coisas que mais tem se gerado preocupação no sentido de avançar nesse tópico de estudo tem se tentado estudar marcadores periféricos para TDAH e para outros transtornos, Alzheimer, Parkinson, depressão, etc. O que significa os marcadores periféricos? Quando você vai fazer, por exemplo, um diagnóstico de diabetes mellitus, açúcar no sangue, o que você faz? Ou colesterol alto, sei lá, você tira o sangue e analisa quanto tem de açúcar nele, bateu um número lá, você é diagnosticado ou não, tá? Depressão, ansiedade, esquizofrenia, Alzheimer, Parkinson, a gente não tem isso. Não tem marcador periférico, né? É um diagnóstico clínico. Então você fala com a pessoa, fala com os outros, faz um teste neuropsicológico ali o outro e você chega a uma hipótese diagnóstica que é levada em consideração. Hoje estão buscando marcadores periféricos para o TDAH. Então os pesquisadores estão tentando olhar o sangue de pacientes diagnosticados com TDAH sem uso de medicamento ou livres do medicamento há um tempo, para ver se tem algum tipo de diferença significativa comparado a quem não tem TDAH.

Algumas meta-análises, todos os artigos que eu estou citando estão dentro do artigo que eu deixei aqui embaixo, algumas meta-análises mostraram que de fato o sangue de pacientes com TDAH têm algumas alterações que podem ser interessantes para o futuro, como por exemplo a alteração na concentração de uma enzima chamada monoaminoxidase, alteração na concentração de noradrenalina e alteração na concentração de cortisol. E é legal que essas alterações estão associadas com a gravidade dos sintomas, então quanto mais grave é o paciente, mais alteração aparece. No entanto, depressão também envolve essas três coisas, como você vai diferenciar? Então, os estudos estão andando, a gente não tem teste periférico para diagnosticar TDAH ainda,

mas as coisas estão evoluindo. E esse aumento de cortisol e noradrenalina indica que o eixo hipotálamo-pituitário-adrenal está envolvido no TDAH.

Isso é curioso, porque o eixo hipotálamo-pituitário-adrenal é um eixo envolvido com resposta ao estresse. Então, tem mais um componente aí que acaba dificultando a gente entender as causas do TDAH. Idade adulta, pelo fato do amadurecimento do cérebro, principalmente do córtex pré-frontal, alguns sintomas reduzem naturalmente. Por exemplo, a gente sabe que o córtex pré-frontal é uma das últimas áreas a ficar pronta, fica lá pelos 23, 25 anos. Portanto, conforme o amadurecimento dessa região vai acontecendo, ela fica mais forte, digamos assim, ela consegue, primeiro, trabalhar melhor, então ter um pouquinho mais de atenção, um pouquinho mais de planejamento, um pouquinho mais de organização, um pouquinho mais de inibição do comportamento, e consegue modular as áreas, por exemplo, dos sistemas de recompensa, etc.

Isso faz com que o TDAH na idade adulta apresente algumas diferenças do TDAH na infância. Talvez a principal delas seja que a hiperatividade do TDAH na idade adulta não está centrada necessariamente no comportamento da pessoa, no comportamento externo. Então, diferente de uma criança que sobe em árvores, sobe na mesa, grita, corre no sofá e pula, o TDAH na idade adulta, pelo amadurecimento do pré-frontal, a hiperatividade acaba sendo internalizada. O que significa isso? O paciente com TDAH sente como se tivesse um motor ligado dentro da cabeça dele, então a hiperatividade está dentro dele, ele não manifesta isso comportamentalmente necessariamente, não necessariamente, mas em grande parte dos casos, e isso faz com que ele crie uma incapacidade de relaxar. E aí acaba desabrochando uma ansiedade também.

É muito comum, tá? Cara, vou falar a verdade, eu ainda não atendi talvez um ou dois pacientes com TDH sem ansiedade. É muito comum, cara. Muito comum. Ok? Tratamento do paciente com TDAH envolve duas grandes intervenções, basicamente, não tem muito pra que lado fugir, que é uma das intervenções é uma psicoeducação. O que significa isso? O que eu estou fazendo aqui com você, meu amigo? Te ensinando sobre o transtorno, te explicando como ele acontece.

O que acontece? Na idade adulta, talvez você não tenha hiperatividade, mas a sua cabeça fica mais ligada, não deixa você relaxar, portanto a gente tem que trabalhar técnicas de relaxamento, técnicas de autocontrole emocional, etc. Quando você educa um paciente, faz uma psicoeducação é função de um psicoterapeuta, é uma das coisas que o psicoterapeuta vai fazer na clínica. Qual psicoterapia procurar para a TDAH? Cara, tem diversas vertentes, mas uma que você pode procurar e aí o profissional vai te encaminhar melhor, psicoterapia cognitiva comportamental. Procura um psicoterapeuta que trabalhe com cognitivo comportamental. Dentro disso, se ele for um pouco mais especialista em alguma abordagem, ele vai guiar você. Mas procure psicoterapeuta cognitivo comportamental. Por quê? Porque envolve uma boa psicoeducação, como eu estou te falando aqui, e teoricamente os terapeutas cognitivo comportamental precisam saber disso que eu estou te falando. Envolve um controle de comportamento, então ele vai te ajudar com questões de recompensa rápida, recompensa longa, etc, etc.

Ele vai te ajudar a entender essas recompensas e o porquê que você busca muita recompensa rápida. Ele vai manejar o seu ambiente para te ajudar a reduzir isso. Envolve rotina, envolve controle de sono, um bom sono e tudo mais que tem dentro da psicologia cognitivo-comportamental. Principalmente, pessoal, e aí os terapeutas que estão assistindo, aqueles pacientes com TDH com baixa autoestima, baixa percepção de autoeficácia, então ele se acha burro, menos que os outros, etc. Tudo isso você trabalha na TCC, na Psicoterapia Cognitiva Comportamental, tentando mudar ali, seja lá qual crença ou ideia, que para quem viu as aulas das lentes, assista as aulas das lentes, qual a lente que o paciente com TDAH criou dele. Porque às vezes ele está enxergando o mundo como sendo um merda por conta das dificuldades que viveu inerente ao TDAH, e aí você como terapeuta ajuda a limpar essas lentes.

E uma segunda frente de tratamento, obviamente, são os tratamentos medicamentosos, que se divide em alguns, tanto estimulantes quanto não estimulantes. Existem medicamentos não estimulantes para TDAH, mas o que a gente sabe hoje que mais funciona de fato são os medicamentos psicoestimulantes, isto é, Ritalina, por exemplo, Venvance, e na Ritalin, o metilfenidato. Ambos os medicamentos, tanto a Ritalin quanto o Venvance, acabam mexendo com a dopamina. Você tem medicamentos de curta ação, que funcionam por 2 ou 4 horas. Você tem medicamentos de média ação, que funcionam por 6 a 8 horas. E você tem medicamentos de longa ação, que podem funcionar de 10 a 12 horas. O venvanse, por exemplo, funciona de uma janela muito grande, assim, tá? Os pacientes normalmente respondem muito bem aos tratamentos medicamentosos, tá? E hoje vocês sabem que, infelizmente, as pessoas utilizam Ritalin e venvanse para melhorar a performance em estudos, tá? E eu gostaria de aproveitar a sua audiência, que você está aqui assistindo, o sistema te chamou a atenção, para informar que não funciona.

A Ritalin e Venvanse para quem não tem TDAH não funciona, porque você está colocando mais dopamina onde já tem dopamina. Então, se você toma Ritalin e Venvanse para performar e você não tem TDAH, existe uma chance enorme de você criar dependência emocional do medicamento, então você vai se achar um merda quando não tomar o medicamento, porque você acha que só vai funcionar com o medicamento. Existe a chance de você abrir quadros de dependência química do medicamento, porque você está tomando uma anfetamina, você não precisa. Tipo assim, eu não tenho diabetes e vou tomar insulina. Pra que, cara?

Vai dar colateral, com certeza. E existe chance de você ficar com ansiedade, perda de apetite, perda de sono. Se você não consegue estudar, vá ver com um terapeuta qual é a função do estudo na sua vida. Recompensa o processo, procura ferramentas que envolvam mudanças comportamentais para você tentar melhorar a sua performance. Não recorra a pílulas mágicas, porque não existe. Você pode pagar um preço bem caro por isso no futuro. Para pessoas que têm TDAH, é incrível o benefício. É incrível, incrível, incrível. O paciente toma e ele relata uma melhora absurda. Ele reduz a hiperatividade, o que é paradoxal se você não entende a neurobiologia, porque você está dando um estimulante para a pessoa, como tomar energético e ficar mais calmo, você está dando um estimulante e a pessoa reduz a hiperatividade. Por quê? Porque você está aumentando a dopamina no freio, você está estimulando o freio do carro. Então você está aumentando o freio, por isso que o paciente toma um estimulante e acalma. Então a resposta medicamentosa dos pacientes com TDAH é maravilhosa. E assim, em que caso que vai ritalina e que caso que vai venvância? Depende do paciente. Normalmente o psiquiatra ou a médica psiquiatra experimenta um, se não funcionar ela vai para o outro.

Por que depende do paciente, Eslin? Quais são as diferenças e tal? Os medicamentos tem algumas diferenças de farmacocinética e farmacodinâmica, mas a aceitabilidade e melhor resultado por parte do paciente vem na medida em que o TDH é um transtorno heterogêneo. O que significa isso? Um TDH nunca é igual ao outro. Por que nunca é igual ao outro? Porque a gente não sabe nem o que causa direito TDH. Será que um tem mais influência genética e o outro mais ambiental? Será que um tem menos que o outro e o outro? A gente não sabe exatamente o que gerou aqui, portanto são cérebros diferentes, mesmo entrando na mesma categoria de diagnóstico.

Então cada medicamento vai ter uma citabilidade melhor ou pior em uma pessoa ou outra. Tá perfeito? E também, pessoal, a escolha do medicamento e do tratamento medicamentoso ou não, é importante levar em consideração as comorbidades. Se o paciente apresenta uma comorbidade, por exemplo, de transtorno bipolar, cara, é uma coisa extremamente sensível para o psiquiatra. Por quê? Porque estimulante pode abrir quadro de mania. Eu já cheguei a atender no passado um paciente que tinha TB e TDAH. É tipo você tentar costurar uma massa cozida, costurar uma massa, passar a linha assim, tem aqui a massa, mole, você tem que passar a linha no meio dela, enquanto você está numa estrada de chão em cima de um caminhão.

É muito complicado. O manejo para o psiquiatra, conversava com o médico, era muito difícil. Se eu aumentava um lado, melhorava a tensão, mas começava uma impulsividade bizarra. É complicado. Por isso que eu falo, não se automedique, não faça coisas que você não sabe exatamente o que você tem, você não sabe se é mesmo, você não sabe se tem um véu, procura uma ajuda cara, de um profissional, tá, de um profissional. Qualidade de vida de paciente com TDH, ele pode apresentar algumas dificuldades durante a vida, tá, o paciente com TDH, devido às dificuldades inerentes ao transtorno, quando não tratado, pode gerar algumas problemas sérios durante a vida do sujeito.

Por exemplo, ele pode ter mais problemas com acidentes por conta da desatenção, acidente doméstico, se machuca, bate o carro, etc, etc. Se não tratado, isso pode acontecer desde a adolescência até a idade adulta, desregulação emocional ou perda de motivação, problemas com escola, problemas com universidade, etc, gravidez inesperada por conta da falta de cuidado e da impulsividade, Redução da autoestima, ideação suicida, problema com skills sociais, então tem uma dificuldade muito grande em lidar com problemas sociais se não tratado. Briga em relacionamento, cara isso é muito comum em pacientes com tanto mulheres quanto homens com TDAH, muitas vezes a família não sabe o que está acontecendo e não tem uma educação sobre aquilo ali e aí resulta em problema, discórdia, divórcio, problemas disruptivos, transtorno de ansiedade, TOC, problemas envolvendo aprendizado, obesidade, hipertensão, também é comum por conta das compulsividades envolvendo o não tratamento do TDAH e outros tipos de problemas que acabam prejudicando a qualidade de vida do sujeito.

Então, se você eventualmente chega, após esse vídeo, a uma conclusão de que você pode ter transtorno de afetinação e hiperatividade, ou você acha que eventualmente se enxergou em algum momento aqui no que eu estou falando, com um profissional qualificado, com uma profissional que consiga orientar você para um tratamento mais organizado dessas dificuldades de comportamento, porque existem tratamentos. Tanto tratamentos medicamentosos, que ajudam bastante, e também tratamentos envolvendo cognitivo comportamental para ajudar você a lidar comportamentalmente e cognitivamente com esses sintomas. Aslen pergunta que sempre me fazem, vou ter que tomar medicamento o resto da vida? Não, não necessariamente, afinal de contas pode chegar um momento da sua vida que você não tenha tanta demanda de trabalho, que precise de tanta atenção, você passou no concurso, está um pouco mais de boa, você conseguiu criar uma rotina, você conseguiu se adaptar ao uso da agenda, você modulou seu ambiente de forma a não ter toda hora comida hipercalórica e estímulos por perto, você aprendeu a lidar com o seu estresse e com a sua ansiedade, aquelas crenças de que você era uma pessoa extremamente incapaz e burra e ineficiente, elas se enfraqueceram depois de um processo de psicoterapia e você começou a entender que não é assim que você é, que é uma outra coisa que está acontecendo.

E assim, sucessivamente, você vai reformulando aquilo ali, todas aquelas consequências que esse transtorno pode ter gerado na sua vida e no futuro você viver de uma forma relativamente normal, sem medicamento. Grande parte das pessoas que eu conheço que tem TDAH e na vida adulta, pelo fato da remissão inerente dos sintomas que eu comentei anteriormente, reduz a hiperatividade, a desatenção cai um pouco, etc. O paciente acaba por optar por não tomar o medicamento e consegue lidar comportamentalmente com uma agenda, com uma rotina, fazendo exercício físico, cuidando do sono, evitando estimulantes e substâncias, etc. Excesso de cafeína, etc.

Energético, álcool, e ele consegue ter uma vida razoavelmente ok, ele conseguiu entender como ele funciona e ele conseguiu intervir comportamentalmente. Agora se você não faz ideia do que é, como é e o que pode ser feito, e você não procurou ajuda e tentou resolver sozinho, existe a chance de você evoluir e as consequências dos sintomas piorarem bastante essa qualidade de vida. Afinal de contas, você começa a cometer equívocos, começa a usar substância, começa a ir para outros contextos, briga em relacionamento impulsivo e tal, e aí você começa a se enxergar

essa auto-percepção do eu como uma pessoa ruim, uma pessoa que não consegue, etc. Então, cara, pelo amor de Deus, procura ajuda, velho.

E se você não tem, não se auto-medique, não tome medicamento para TDH. Você está botando maftamina na sua cabeça, bicho. Está mexendo com um sistema altamente sensível, que é o sistema produtor de dopamina certo espero que esse vídeo é ajude você espero que isso daqui tenha trazido algum tipo de esclarecimento pra você eu vou deixar aqui embaixo um artigo da nature que eu usei como base para trazer esses dados pra vocês leia e joga no google tradutor a gente vai ter um módulo de inglês em breve ou já tem se você está vendo isso no futuro, para a leitura de artigo científico e é isso aí, meu. Vamos buscar conhecimento que é o que mais vai nos ajudar. Fechou?

Até o próximo vídeo e a gente vai se vendo.