



TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

Gustavo Silveira Machado
Consultor Legislativo da Área XVI
Saúde Pública e Sanitarismo

ESTUDO
AGOSTO/2014



Câmara dos Deputados
Praça dos Três Poderes
Consultoria Legislativa
Anexo III - Térreo
Brasília - DF

SUMÁRIO

1. O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH).....	3
1.1. Definição	3
1.2. Histórico	3
1.3. Diagnóstico.....	4
1.4. Epidemiologia.....	4
1.5. Características e prognóstico	5
1.6. Tratamento.....	5
2. QUESTIONAMENTOS	6
2.1. Disseminação do diagnóstico do TDAH	6
2.2. Prescrição maciça de psicotrópicos para crianças.....	7
3. AMPARO AOS PORTADORES DE TDAH.....	8
3.1. No âmbito da saúde	8
3.2. No âmbito da educação.....	9
4. CONCLUSÃO.....	12
5. LISTA DE ANEXOS	12

© 2014 Câmara dos Deputados.

Todos os direitos reservados. Este trabalho poderá ser reproduzido ou transmitido na íntegra, desde que citados(as) o(a) autor(a) e a Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados. São vedadas a venda, a reprodução parcial e a tradução, sem autorização prévia por escrito da Câmara dos Deputados.

Este trabalho é de inteira responsabilidade de seu(sua) autor(a), não representando necessariamente a opinião da Câmara dos Deputados.

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

Gustavo Silveira Machado

1. O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH)

1.1. Definição

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (doravante mencionado pela sigla TDAH) é um transtorno psiquiátrico caracterizado por um alcance inapropriadamente fraco da atenção em termos evolutivos ou aspectos de hiperatividade ou impulsividade ou ambos, inapropriados à idade.¹

1.2. Histórico

As alterações comportamentais correspondentes ao TDAH foram descritas já em 1798 pelo médico escocês Alexander Crichton no livro “An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects”, em que escreveu:

A incapacidade de prestar atenção com um grau necessário de constância a qualquer objeto, quase sempre surge de uma sensibilidade anormal ou mórbida dos nervos, o que significa que esta capacidade (de manter a atenção em um só objeto) é continuamente retirada de uma impressão para outra (querendo apontar a tendência à distração, a mudança constante de foco). Pode ter ou nascido com uma pessoa ou efeito de doenças acidentais[...]²

Já no início do século XX, em 1902, o Dr. George Frederick Still apresentou uma série de três palestras ao Colégio Real de Médicos, na Inglaterra, em que descreveu 43 crianças que tinham problemas em manter a atenção e a auto-regulação, costumavam apresentar comportamento agressivo, desafiador, eram resistentes à disciplina, excessivamente emotivos ou intensos, intolerantes à frustração e falhavam em aprender com as conseqüências de suas ações, mesmo apresentando nível intelectual normal.³

¹ KAPLAN, Harold I. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

² <http://desligadohiperativo.blogspot.com.br/2010/04/breve-historia-do-tdah.html>

³ *Ibid.*

Durante o século XX a condição recebeu várias denominações como “disfunção cerebral mínima” e assemelhados. Na segunda edição do Manual de Estatística e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-II), de 1968, o transtorno figurava como “reação hiperkinética da infância”. A partir do DSM-III, de 1980, firma-se a denominação de Transtorno de Déficit de Atenção (subdividido em com ou sem hiperatividade), mantida no DSM-IV e no recentemente editado e ainda pouco usado DSM-V e universalmente aceita na atualidade.⁴

1.3. Diagnóstico

O TDAH consta da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 com o código F90.0, entre os chamados distúrbios hiperkinéticos, assim caracterizados:

Grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. Os transtornos podem se acompanhar de outras anomalias. As crianças hiperkinéticas são frequentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras que por desafio deliberado. Suas relações com os adultos são frequentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos se acompanham frequentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias incluem um comportamento dissocial e uma perda de autoestima.

Apesar de numerosíssimos estudos clínicos e experimentais efetuados até o momento, a etiologia do TDAH permanece obscura, sem que nenhuma das diversas teorias tenha sido comprovada. O diagnóstico é clínico, não havendo, como de regra nos transtornos psiquiátricos, exames complementares confirmatórios.

1.4. Epidemiologia

A Associação Psiquiátrica Americana estima que entre 3% e 7% das crianças em idade escolar sejam afetadas em algum grau, o que torna o TDAH a categoria diagnóstica mais frequente em crianças encaminhadas a serviços de saúde mental. Entretanto, as taxas de prevalência variam amplamente nos estudos realizados: de 0,2% na Alemanha e 0,4% na

⁴ BRZOZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [4]: 1165-1187, 2009.

Austrália até 23,4% nos EUA e 26,8% no Brasil.⁵ O transtorno é mais frequente no sexo masculino, em uma proporção que vai de 5:1 para o tipo predominantemente hiperativo a 2:1 no tipo predominantemente desatento.⁶

1.5. Características e prognóstico

Dificuldades na vida escolar são comuns, tanto no aspecto do aprendizado quanto no relacionamento com os demais. Inquietude, impaciência, dificuldade de fixar a atenção, tendência à movimentação são sintomas característicos. Pode haver remissão espontânea, que é rara antes dos 12 anos e mais comum entre os 12 e 20 anos de idade. A remissão pode ser completa e não deixar sequelas, mas é mais comum uma remissão parcial, com persistência de uma personalidade pouco social. Em 15% a 20% dos casos os sintomas persistem até a idade adulta, com redução da hiperatividade mas com permanência da impulsividade. Haveria maior tendência para abuso de substâncias e menor desempenho acadêmico, mas com início de história profissional semelhante ao dos demais com a mesma escolaridade.⁷

1.6. Tratamento

Não existe cura para o TDAH, e o tratamento visa a controlar e minorar os sintomas. As intervenções terapêuticas comprovadamente eficazes até o momento são:

- 1) medicamentos psicoativos: a) estimulantes do sistema nervoso central (SNC): dextroanfetamina, metilfenidato, premolina; b) antidepressivos: imipramina, desipramina, nortriptilina; outros: clonidina;
- 2) psicoterapia; e
- 3) intervenções sobre o ambiente escolar.⁸⁹

O medicamento de escolha, hoje amplamente utilizado, é o metilfenidato, vendido no Brasil sob os nomes Ritalina® e Concerta®. A dose varia individualmente, na maioria dos casos ficando entre 30mg e 40 mg por dia.

⁵ POLANCZYK, G. V. **Estudo da prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância, adolescência e idade adulta**. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, março de 2008.

⁶ EBERT, Michael H. **Psiquiatria: diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2002

⁷ KAPLAN, Harold I. *op. cit.*

⁸ EBERT, Michael H. *op. cit.*

⁹ KAPLAN, Harold I. *op. cit.*

2. QUESTIONAMENTOS

2.1. Disseminação do diagnóstico do TDAH

Especialistas que não questionam a existência e a incidência do transtorno afirmam haver dificuldades para estabelecer o diagnóstico com segurança:

Pacientes com sintomas de TDAH na presença de déficits cognitivos, transtornos invasivos do desenvolvimento ou transtornos de aprendizado constituem um grupo com significativo comprometimento funcional, representando um desafio para o clínico em saúde mental na infância e adolescência. A limitação dos sistemas classificatórios atuais em psiquiatria infantil contribui para a dificuldade na realização do diagnóstico das comorbidades, uma vez que não abrange a complexidade de quadros clínicos tais como observados na prática clínica. O caráter dimensional e não categórico dos diagnósticos em psiquiatria da infância e adolescência surge como uma perspectiva de melhor compreensão e abordagem desses pacientes. O tratamento dos sintomas de desatenção e de hiperatividade-impulsividade parece representar uma estratégia terapêutica importante nesses casos, embora ainda não existam diretrizes estabelecidas.¹⁰

Essa dificuldade, no entanto, não impediu que o transtorno fosse diagnosticado com frequência cada vez maior desde a década de 1980, em grande parte devido ao aspecto “guarda-chuva” do quadro de sintomas elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria:

O TDAH foi um termo utilizado pela Academia Americana de Psiquiatria, em 1980, com o intuito de englobar todos os outros termos anteriormente utilizados, que se referiam a diferentes diagnósticos relacionados a distúrbios de aprendizagem e a desvios de comportamento:

Atualmente, o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) constitui uma complexa desordem comportamental que leva a criança a graus variáveis de comprometimento na vida social, emocional, escolar e familiar. Esse transtorno caracteriza-se por distúrbios motores, perceptivos, cognitivos e comportamentais, expressando dificuldades globais do desenvolvimento infantil. (ANTONY E RIBEIRO, 2004)

Existe uma problemática que se instala desde seu diagnóstico até a forma de tratamento, pois a conjuntura de sintomas é tão ampla que pode enquadrar qualquer sujeito dentro desse transtorno. Existem cartilhas distribuídas nas escolas que orientam pais, professores, psicólogos a partir do teste SNAP IV, que foi elaborado a partir da descrição de sintomas do DSM-IV, para orientar estes na identificação das crianças com TDAH.¹¹

Os excerto a seguir apresenta argumentos particularmente eloquentes:

Especificamente no caso do TDAH, o diagnóstico do transtorno era uma atividade de conhecimento restrita à medicina, mas tem sido motivada a ser realizada por profissionais das outras áreas da saúde (fonoaudiólogos, psicólogos etc) e de outras instituições, como da

¹⁰ SOUZA, I. G. S. et al. Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. In: **J. Bras. Psiquiatr.** 56, supl 1; 14-18, 2007

¹¹ SILVA, A. C. P. et al. A explosão do consumo de ritalina. In: **Revista de Psicologia da UNESP** 11(2), 2012.

educação (professores, diretores de escola). Contudo, quando são dirigidas críticas à forma de diagnóstico e ao uso exclusivo da Ritalina no tratamento, a medicalização do TDAH, etc, tenta-se afirmar que é um transtorno neurobiológico de origem genética, portanto, restringindo novamente sua discussão ao campo médico para que qualquer crítica provinda de outra área seja invalidada.

A mídia tem dado uma contribuição para essa “epidemia de diagnósticos”, divulgando este transtorno de forma precária e simplista, muitas vezes utilizando inadequadamente a definição e a forma de se realizar o diagnóstico, que já são problemáticas, como foi discutido anteriormente. Isso acaba contribuindo para que a população leiga se aproprie destas idéias e se considere capacitada a realizar o diagnóstico, sem qualquer embasamento, para aqueles que segundo sua opinião, apresentam comportamentos fora da normalidade.¹²

O excesso de diagnósticos indevidos de TDAH tem duas consequências óbvias: 1) a vulgarização do problema faz com que aquelas crianças que têm de fato o transtorno e os correspondentes sofrimentos e limitações não recebam a atenção devida e sejam de fato excluídos; 2) um grande número de crianças estão sendo drogadas sem necessidade.

2.2. Prescrição maciça de psicotrópicos para crianças

É questão frequentemente levantada por psicólogos que as crianças com diagnóstico de TDAH, além de o serem quase invariavelmente em função de desempenho escolar insuficiente, vêm sendo cada vez mais tratadas quase exclusivamente por meio de droga.

A produção do medicamento no Brasil, que foi de 40 kg em 2002, (considerando-se uma dose média de 35 mg/dia, corresponderia a cerca de 1.143.000 dias de tratamento) em 2006 alcançara os 226 kg (na mesma proporção, mais de 6.457.000 dias de tratamento), um aumento de 465% em 4 anos. O Sistema Único de Saúde dispensou 43.320 comprimidos em 2005 e 1.156.016 comprimidos em 2011, aumento de 1.284% em 6 anos.

Esse consumo maciço do fármaco, bastante rentável para as indústrias que o produzem, lança sérias dúvidas sobre a veracidade da prevalência aparente de TDAH:

A ritalina ficou conhecida, nos últimos anos, por sua associação ao TDAH. Entretanto, este estimulante é comercializado desde os anos 1950 na Suíça, Alemanha e EUA. No início, não havia um diagnóstico específico para seu uso. Essa medicação era indicada para tratar a fadiga presente em vários quadros psiquiátricos, como também para tratar o cansaço em idosos. Nessa época, o uso de tranquilizantes menores também começava a ser recomendado para o tratamento de crianças com vários tipos de problemas de comportamento (Singh, 2007; Dupanloup, 2004).

Se, nos anos 1950, a ritalina era um medicamento que não tinha um diagnóstico como destinação certa, hoje, o valor do uso terapêutico da droga está fundamentado no diagnóstico de TDAH. A ampliação do uso do medicamento e sua confiabilidade passaram a servir como referência para legitimar o diagnóstico (Singh, 2007; Dupanloup, 2004). A ritalina tem sido a primeira opção no tratamento do TDAH, não somente em crianças. A recente ampliação dos critérios diagnósticos que incluem adolescentes e adultos expandiu

¹² SILVA, A. C. P. *et al.* *Op. cit.*

certamente a base de usuários do metilfenidato (Conrad, 2007; Okie, 2006; Conrad, Potter, 2000). Em certo sentido, o TDAH poderia ser analisado como uma desordem “sem fronteiras” (Rose, 2006) – um diagnóstico psiquiátrico que parece não possuir nem limites internos nem externos. Desde sua constituição, na década de 1970, presenciamos um processo crescente de expansão da categoria. Antes considerado uma desordem transitória e infantil, que raramente alcançava a adolescência, o TDAH é agora descrito como um transtorno psiquiátrico que pode perdurar por toda a vida do indivíduo – um quadro incurável. Uma vez visto como a causa para o baixo desempenho escolar, o transtorno passou a ser uma explicação biológica plausível para as dificuldades da vida, sejam elas acadêmicas, profissionais, emocionais, familiares e, mesmo, sexuais (Joffe, 2005; Mattos, 2005; Weiss, Murray, 2003; Conrad, Potter, 2000).

Como consequência, para muitas crianças diagnosticadas com TDAH, o tratamento medicamentoso passou a ser “para toda a vida”. Para elas, o TDAH se tornou uma condição permanente. Por outro lado, adultos nunca antes diagnosticados com hiperatividade, desatenção e impulsividade, começaram a interpretar certas dificuldades em sua vida profissional, pessoal e relacional como sendo signos da manifestação do TDAH. A eles é dito que, apesar de estarem sendo diagnosticados pela primeira vez na vida adulta, os sinais e sintomas que indicam o transtorno já estavam presentes no organismo, embora de forma oculta, não revelada. O papel do processo diagnóstico é revelá-lo e tratá-lo.¹³

Deve-se ter em mente, ademais, que o metilfenidato não é droga isenta de riscos. Pertencente à mesma classe farmacológica das anfetaminas, apresenta efeitos colaterais e risco de uso abusivo. Pacientes tratados por muito tempo têm mostrado maior propensão também ao uso de outras drogas.

3. AMPARO AOS PORTADORES DE TDAH

3.1. No âmbito da saúde

Deve-se ter sempre em mente que a legislação em saúde do Brasil é das mais modernas e abrangentes e que o SUS é dos sistemas mais inclusivos existentes.

Destacamos:

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

[...]

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

¹³ ORTEGA, F. et al. *A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas*. In: **Interface - Comunicação saúde educação** v.14, n.34, p.499-510, jul./set. 2010

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

[...]

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

Os portadores de TDAH, bem como de todos os demais transtornos mentais, encontram-se contemplados em igualdade de condições com os demais cidadãos pela legislação vigente. Do ponto de vista da saúde pública, portanto, não há necessidade de propor nova legislação ou norma.

Como visto acima, a dispensação de metilfenidato aos pacientes com diagnóstico de TDAH tem crescido sensivelmente, assim como seu fornecimento pelo SUS. Isso evidencia haver por parte do sistema de saúde uma resposta rápida e eficiente às demandas da sociedade no diagnóstico e tratamento do transtorno. Na verdade, as autoridades sanitárias suspeitam haver um excesso de diagnósticos de TDAH e correspondente medicação, o que vem sendo alvo de atenção (leia-se o Anexo III, Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC – Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados nº 2/2012).

3.2. No âmbito da educação

Como visto, é no ambiente escolar que os sintomas de TDAH são mais evidentes e potencialmente danosos. O transtorno é já há algum tempo, juntamente com os outros transtornos mentais que afetam as crianças em idade escolar, objeto de preocupação de legisladores, gestores e educadores.

Examinando a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, vemos (grifos nossos):

Art. 2º A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Art. 3º O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios:

I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;

[...]

Art. 4º O dever do Estado com educação escolar pública será efetivado mediante a garantia de:

[...]

III - atendimento educacional especializado gratuito aos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, transversal a todos os níveis, etapas e modalidades, preferencialmente na rede regular de ensino;

[...]

VIII - atendimento ao educando, em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde;

[...]

Art. 24. A educação básica, nos níveis fundamental e médio, será organizada de acordo com as seguintes regras comuns:

[...]

V - a verificação do rendimento escolar observará os seguintes critérios:

a) avaliação contínua e cumulativa do desempenho do aluno, com prevalência dos aspectos qualitativos sobre os quantitativos e dos resultados ao longo do período sobre os de eventuais provas finais;

b) possibilidade de aceleração de estudos para alunos com atraso escolar;

c) possibilidade de avanço nos cursos e nas séries mediante verificação do aprendizado;

d) aproveitamento de estudos concluídos com êxito;

e) obrigatoriedade de estudos de recuperação, de preferência paralelos ao período letivo, para os casos de baixo rendimento escolar, a serem disciplinados pelas instituições de ensino em seus regimentos;

No recém-aprovado Plano Nacional de Educação estabelecido pela Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014, há também disposições que interessam aos portadores de TDAH:

Art. 2º São diretrizes do PNE:

[...]

III - superação das desigualdades educacionais, com ênfase na promoção da cidadania e na erradicação de todas as formas de discriminação;

[...]

X - promoção dos princípios do respeito aos direitos humanos, à diversidade e à sustentabilidade socioambiental.

[...]

O anexo da lei contém o Plano propriamente dito, com metas e estratégias para atingi-las:

Meta 2: universalizar o ensino fundamental de 9 (nove) anos para toda a população de 6 (seis) a 14 (quatorze) anos e garantir que pelo menos 95% (noventa e cinco por cento) dos alunos concluam essa etapa na idade recomendada, até o último ano de vigência deste PNE.

[...]

2.3) criar mecanismos para o acompanhamento individualizado dos (as) alunos (as) do ensino fundamental;

[...]

2.9) incentivar a participação dos pais ou responsáveis no acompanhamento das atividades escolares dos filhos por meio do estreitamento das relações entre as escolas e as famílias;

[...]

Meta 3: universalizar, até 2016, o atendimento escolar para toda a população de 15 (quinze) a 17 (dezessete) anos e elevar, até o final do período de vigência deste PNE, a taxa líquida de matrículas no ensino médio para 85% (oitenta e cinco por cento).

[...]

3.5) manter e ampliar programas e ações de correção de fluxo do ensino fundamental, por meio do acompanhamento individualizado do (a) aluno (a) com rendimento escolar defasado e pela adoção de práticas como aulas de reforço no turno complementar, estudos de recuperação e progressão parcial, de forma a reposicioná-lo no ciclo escolar de maneira compatível com sua idade;

Finalmente, existe em tramitação nesta Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 7.081, de 2010, proveniente do Projeto de Lei do Senado nº 402, de 2008, de autoria do Senador Gerson Camata, que dispõe sobre o diagnóstico e o tratamento da dislexia e do Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade na educação básica. Aprovado nas Comissões de Seguridade Social e Família e de Educação, encontra-se atualmente na Comissão de Finanças e Tributação.

4. CONCLUSÃO

O TDAH, malgrado os questionamentos existentes sobre sua real prevalência, sobre os critérios diagnósticos e sobre o tratamento medicamentoso, acomete numerosas crianças em idade escolar, além de um número menor de adolescentes e adultos, e consiste em problema de saúde pública. Como tal, deve ser alvo de atenção por parte das autoridades competentes. A provável aprovação e vigência do Projeto de Lei nº 7.081, de 2010, virá a preencher uma lacuna ainda existente de modo satisfatório.

Outro aspecto é a insuficiente disseminação de informações sobre o transtorno e a ainda incipiente conscientização dos portadores e pais/responsáveis sobre seus direitos. A Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA) <http://www.tdah.org.br/>, fundada em 1999, tem sido um agente de grande atuação nesse sentido.

5. LISTA DE ANEXOS

- I – Critérios diagnóstico e caracterização do TDAH segundo a DSM IV.
- II – Cartilha da Associação Brasileira do Déficit de Atenção – ABDA, dirigida ao público em geral.
- III – Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC – Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados nº 2/2012.
- IV – Texto do Projeto de Lei nº 7.081, de 2010.
- V – Texto do Substitutivo ao Projeto de Lei nº 7.081, de 2010, aprovado pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara.
- VI – Texto do Substitutivo ao Projeto de Lei nº 7.081, de 2010, aprovado pela Comissão de Educação da Câmara.