

Eduardo Jorge Custódio  
da Silva

# Transtornos do déficit de atenção com hiperatividade em adolescentes

## > INTRODUÇÃO

O transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) é o termo técnico que descreve um transtorno neurobiológico de causas genéticas, surgido na infância e que, freqüentemente, acompanha o indivíduo por toda a sua vida.

Esse transtorno se caracteriza por desatenção, hiperatividade e impulsividade, podendo haver predomínio de qualquer um desses sintomas. É considerado a desordem do desenvolvimento mais comum da infância e da adolescência, afetando cerca de 3% a 7% dessas populações em todo o mundo, comumente se estendendo pela vida adulta<sup>(9)</sup>.

A mídia tem divulgado em excesso o TDAH como o grande culpado e, em alguns casos, a única causa de dificuldades escolares nas crianças de uma forma geral. Por conta disso temos que ser parcimoniosos e cuidadosos com esse diagnóstico, que em alguns casos é superestimado e tem sido utilizado como válvula de escape por famílias, escolas e profissionais.

Até o momento, o diagnóstico é baseado exclusivamente no histórico do comportamento, não existindo exames complementares que possam validá-lo. Além disso, sua base neurobiológica está ainda pouco esclarecida.

Nesta revisão, escreveremos sobre alguns aspectos relevantes do TDAH, tentando enfatizar os aspectos importantes para o generalista, que é normalmente o primeiro profissional de saúde a se deparar com portadores desse transtorno, tão comentado nos dias de hoje.

## > EPIDEMIOLOGIA

O TDAH é o transtorno mais comum em crianças e adolescentes encaminhados para servi-

ços especializados de neuropediatria e psiquiatria infantil. Os dados permanecem imprecisos e são altamente influenciados pelos critérios utilizados para diagnóstico. Acredita-se que ocorra em aproximadamente 5% das crianças<sup>(7)</sup>. Em adolescentes e adultos ainda existem poucos dados a respeito de qual é a porcentagem da população afetada, mas é senso comum que ambos os grupos podem desenvolver o transtorno. O sexo masculino é mais afetado do que o feminino, numa proporção que varia de 4:1 até 10:1, dependendo dos critérios utilizados. No sexo feminino há maior incidência da forma desatenta (que abordaremos mais tarde).

## < BREVE HISTÓRICO

A primeira descrição de TDAH data de 1902, quando um médico inglês, G. Still, descreveu um conjunto de alterações de comportamento em crianças. Segundo ele, essas alterações não podiam ser explicadas por falhas ambientais, mas se deviam a algum processo biológico desconhecido. O autor denominou tal conjunto de sintomas de *déficit de controle moral*.

Na década de 1930, Strauss *et al.* descreveram hiperatividade, distratibilidade, labilidade emocional e perseveração num grupo de sobreviventes de encefalite letárgica. Esses comportamentos foram considerados evidências da presença de uma lesão cerebral, sendo sugerido que as crianças que demonstrassem esses comportamentos apresentariam lesão cerebral mesmo quando não houvesse lesão conhecida.

---

Mestre em Neurologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); doutor em Ciências pelo Instituto Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ); pesquisador visitante do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ/Fiocruz).

Desde a primeira descrição desse distúrbio de atenção no início do século 20, essa condição clínica recebeu diversas denominações ao longo do tempo. Já foi chamada de lesão cerebral mínima, disfunção cerebral mínima, síndrome da criança hiperativa, distúrbio primário da atenção e distúrbio do déficit de atenção com ou sem hiperatividade.

Com a publicação da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM - III) pela Academia Americana de Psiquiatria (1980) a nomenclatura atual passou a ser utilizada.

Desde o início de sua observação até hoje, os estudos sobre o transtorno de déficit de atenção se referem às crianças em sua expressiva maioria.

Isso ocorre porque os critérios diagnósticos para transtorno de déficit de atenção, de acordo com o DSM-IV, se referem às características mais comumente observáveis em crianças. Por essa razão, muitos adultos com o diagnóstico de distúrbio de déficit de atenção acabam não preenchendo tais critérios (Petot, 2003).

Finalmente, acreditava-se que os sintomas de distúrbio de déficit de atenção desapareciam espontaneamente na adolescência ou, no máximo, no início da idade adulta. Entretanto, alguns autores referem que o transtorno persiste em aproximadamente 50% a 70% dos casos na idade adulta, embora o quadro clínico sofra algumas modificações com o passar do tempo<sup>(12)</sup>.

## > DIAGNÓSTICO

O diagnóstico deve ser feito pela exclusão de outras patologias ou problemas socioambientais com potencial para ser a origem dos sintomas. Além disso, os sintomas devem, obrigatoriamente, trazer algum tipo de dificuldade ou impedimento para a realização de tarefas.

Testes neuropsicológicos (por exemplo, o Wisconsin Card-Sorting Test ou o Stroop Test), assim como os exames de neuroimagem (tomografia, ressonância magnética ou SPECT cerebral) e testagens genéticas, ainda pertencem ao ambiente de pesquisa, e não devem fazer parte da rotina diagnóstica.

Cumpra lembrar que, ao exame físico, o exame neurológico formal é absolutamente normal, existindo apenas alterações nos testes de persistência motora, o que pode indicar algum grau de imaturidade neurológica (os testes de persistência motora não fazem parte da avaliação neurológica formal, e nos testes do exame neurológico evolutivo, anormalidades em outras áreas, como equilíbrio, coordenação motora fina, etc., podem estar presentes em crianças com TDAH).

O diagnóstico é baseado apenas nos critérios clínicos que apresentaremos a seguir.

### CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (DSM-IV)

- Presença de seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção que persistem por pelo menos seis meses, em grau inconsistente com o nível de desenvolvimento:

#### – desatenção:

1. freqüentemente falha em dar atenção a detalhes ou comete erros grosseiros nas atividades escolares, deveres, etc.;
2. freqüentemente tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
3. comumente parece não escutar quando lhe falam diretamente;
4. não consegue, com freqüência, seguir completamente instruções nem terminar tarefas escolares, atividades domésticas ou deveres (não devido a atitudes negativistas ou falha na compreensão das instruções);
5. tem dificuldade em organizar tarefas e atividades;
6. freqüentemente evita, não gosta, ou reluta em engajar-se em atividades que necessitem de um esforço mental contínuo (como deveres escolares ou trabalhos domésticos);
7. geralmente perde coisas necessárias para suas atividades ou trabalhos (p. ex., brinquedos, deveres escolares, lápis, livros, ferramentas, apetrechos de uso pessoal);
8. é facilmente distraído por estímulos externos;
9. freqüentemente se esquece de suas atividades diárias.

• Hiperatividade/impulsividade definidas pela presença de seis dos nove critérios abaixo, dos quais seis dizem respeito à hiperatividade e três, à impulsividade:

– **hiperatividade:**

1. freqüentemente inquieto com as mãos e pés, ou se mexendo constantemente quando sentado;
2. comumente deixa o seu assento na classe ou em outras situações quando se espera que permaneça sentado;
3. corre ao redor, ou trepa nas coisas, em situações em que isso não é apropriado (em adolescentes ou adultos, isto pode se limitar a uma sensação subjetiva de inquietude);
4. freqüentemente tem dificuldade em brincar ou se engajar em atividades de lazer de forma tranqüila;
5. geralmente está pronto para decolar, ou age como se estivesse ligado a um motor;
6. fala excessivamente;

– **impulsividade:**

7. freqüentemente responde de forma intempestiva antes que a pergunta esteja completamente formulada;
8. tem dificuldade para aguardar pela sua vez;
9. freqüentemente se intromete ou interrompe os outros (p. ex.: intromete-se em conversas ou em jogos).

• Alguns sintomas de hiperatividade/impulsividade ou desatenção que causam prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

• Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (p. ex., na escola ou trabalho e em casa).

• Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

• Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex.: transtorno do humor, de ansiedade, dissociativo ou da personalidade).

É importante lembrar que outros distúrbios mentais também podem apresentar agitação como sintoma, entre eles transtorno do espectro autista, retardo mental, distúrbio de conduta e distúrbio opositor desafiador. Portanto, detalhar na história a presença de outros sintomas inerentes a esse grupo de distúrbios é essencial tanto para excluir diagnósticos, quanto para avaliar outros distúrbios associados.

Por conta disso devemos ter sempre em mente os principais diagnósticos diferenciais:

- ansiedade (que pode acompanhar o TDAH como um aspecto secundário);
- distúrbio depressivo primário (muitas crianças com TDAH têm depressão secundária a frustração devido a seu fracasso de aprendizado e baixa auto-estima subsequente);
- transtornos de conduta (geralmente associados a TDAH);
- transtornos de aprendizado de várias espécies;
- comprometimento sensorial, particularmente da audição;
- ausência típica (pequeno mal);
- efeito colateral de medicamentos (antipsicóticos, anticonvulsivantes, que podem causar agitação psicomotora e problemas de atenção).

## EVOLUÇÃO



O curso do TDAH é altamente variável. Os sintomas podem persistir na adolescência e na vida adulta, apresentar uma diminuição na puberdade, ou a hiperatividade pode desaparecer, com persistência de um reduzido alcance da atenção e problema de controle dos impulsos.

A hiperatividade geralmente é o primeiro sintoma a apresentar remissão, e a desatenção, o último. A remissão geralmente ocorre entre 12 e 20 anos de idade.

A existência da forma adulta do TDAH foi oficialmente reconhecida apenas em 1980, pela Associação Psiquiátrica Americana. Desde então inúmeros estudos têm demonstrado a presença do TDAH em adultos. Passou muito tempo até que ele fosse amplamente divulgado no meio médico e, ainda hoje, observa-se que esse diagnóstico é apenas raramente realizado, persistindo o

estereótipo equivocado de TDAH: um transtorno acometendo meninos hiperativos que têm mau desempenho escolar. O TDAH igualmente ocorre em meninas, também o há sem hiperatividade e nem sempre se associa a mau desempenho escolar.

Muitos médicos desconhecem a existência do TDAH em adultos, e, quando são procurados por estes pacientes, tendem a tratá-los como se tivessem outros problemas (de personalidade, por exemplo). Quando existe realmente um outro problema associado (depressão, ansiedade ou drogas), o médico só diagnostica este último, e não o TDAH.

Atualmente, acredita-se que em torno de 60% das crianças com TDAH ingressarão na vida adulta com alguns dos sintomas (tanto de desatenção quanto de hiperatividade/impulsividade), porém em menor número e intensidade do que os apresentavam quando eram crianças ou adolescentes.

Em muitos casos, os sintomas de TDAH se associarão a várias dificuldades na vida social, familiar e profissional, necessitando tratamento. Já em outros indivíduos podem existir sintomas que não trazem problemas significativos em suas vidas e, portanto, não carecem de tratamento.

É sempre importante determinar se os sintomas de TDAH são os responsáveis pelos problemas que o indivíduo apresenta (ele pode ter vários problemas que não sejam relacionados ao TDAH). Existem ainda casos em que os sintomas melhoraram muito e quase desapareceram, mas os problemas que eles causaram ao longo de toda a vida ainda estão presentes; estes casos também merecem tratamento.

Para se fazer o diagnóstico de TDAH em adultos é obrigatório demonstrar que o transtorno esteve presente desde criança. Isso pode ser difícil em algumas situações, porque o indivíduo pode não se lembrar de sua infância e também os pais podem ser falecidos ou estar bastante idosos para relatá-la ao médico.

Os sintomas listados no DSM-IV são os mesmos para crianças, adolescentes e adultos. Em geral, adultos têm menos sintomas, embora tenham tido a quantidade necessária para o diagnóstico correto quando eram mais jovens. Ou seja: os adultos com

TDAH sempre foram desatentos, desde pequenos, bem como inquietos e impulsivos.

Os adultos com TDAH costumam ter dificuldade de organizar e planejar suas atividades do dia-a-dia. Por exemplo, pode ser difícil para uma pessoa com TDAH determinar o que é mais importante entre muitas coisas que tem para fazer, escolher o que vai fazer primeiro e o que pode deixar para depois.

Em conseqüência disso, quem tem TDAH pode ficar ansioso, pois quando se vê sobrecarregado (e é muito comum que se sobrecarregue com freqüência, uma vez que assume vários compromissos diferentes), não sabe por onde começar e tem medo de não conseguir dar conta de tudo.

Os indivíduos com TDAH acabam deixando trabalhos pela metade, interrompem pelo meio o que estão fazendo e começam outra coisa, só voltando ao trabalho anterior bem mais tarde do que o pretendido ou então se esquecendo dele.

Assim, o portador de TDAH fica com dificuldade para realizar sozinho suas tarefas, principalmente quando são muitas, e o tempo todo precisa ser lembrado pelos outros sobre o que tem para fazer. Isso tudo pode causar problemas na faculdade, no trabalho ou nos relacionamentos com outras pessoas.

## CO-MORBIDADE

Há evidências crescentes, contudo, de que muitas afecções existem concomitantemente com o TDAH, e cada uma modifica a apresentação clínica global e a resposta ao tratamento. Essas afecções devem ser consideradas simultaneamente, a fim de ampliar nossos conhecimentos e maximizar o tratamento.

Os pacientes depressivos, por exemplo, demonstram diminuição da concentração, e os indivíduos com transtorno bipolar costumam manifestar agitação psicomotora e alto grau de distração. Pode ser difícil diferenciar esses sintomas dos sintomas cardinais do TDAH.

Estudos de acompanhamento em longo prazo têm demonstrado que os indivíduos com TDAH e transtornos co-mórbidos têm piores prognósticos e maiores taxas de hospitalização do que aqueles com TDAH apenas.

## > TRATAMENTO

O tratamento do TDAH envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas.

### *Farmacológico*

Nos últimos 20 anos, foram publicados mais de 500 artigos sobre o uso de estimulantes, com mais de 200 ensaios clínicos demonstrando sua eficácia no TDAH. No Brasil, dispomos do metilfenidato (MFD), em dosagens que variam de 0,3 a 1 mg/kg/dia, o mais utilizado, e de suas apresentações de duração mais prolongada.

### *Indicações do uso de outras medicações*

Existem medicamentos alternativos aos estimulantes. São utilizados em pacientes que não se beneficiam com o uso dos psicoestimulantes ou naqueles portadores de co-morbidades como ansiedade, depressão ou transtorno de Tourette (tiques).

Entre eles podemos citar antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação da se-

rotonina (ISRS), bupropiona, venlafaxina, clonidina e cafeína.

Os benzodiazepínicos estão contra-indicados na terapia do TDAH, ocorrendo boa parte das vezes um efeito de agitação naqueles que os utilizam, chamado efeito paradoxal.

### *Terapia cognitivo-comportamental*

O acompanhamento psicoterápico visa não apenas a melhora no sintoma, mas à prevenção ou à diminuição das possíveis co-morbidades emocionais e psíquicas decorrentes.

## PROGNÓSTICO <

As crianças com TDAH, cujos sintomas persistem até a adolescência, estão em alto risco para o desenvolvimento de transtornos de conduta, de personalidade anti-social na idade adulta e o relacionado às substâncias ilícitas. No entanto, uma abordagem diagnóstica e terapêutica apropriada pode facilitar o desenvolvimento do portador de TDAH, permitindo que ele seja inserido adequadamente na sociedade.

## > REFERÊNCIAS

1. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001; 108: 1033-44.
2. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: treatment of school age children with ADHD. *Pediatrics* 2001; 108: 1033-44.
3. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 546-57.
4. Biederman J, Wilens T, Spencer T. Diagnosis and treatment of adult ADHD. In: Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF, editors. *Challenges in clinical practice: pharmacologic and psychosocial strategies*. New York: Guilford Press; 1996. p. 380-406.
5. Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 8.
6. Cordoli AV. *Psicofármacos: consulta rápida*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed. 2003.
7. D'Oliveira C. Contribuições ao estudo de distúrbio hiperativo e deficitário da atenção em escolares da região urbana do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 1997. Tese de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, IFF.
8. Guerreiro MM, Montenegro MA, Piva R, Moura-Ribeiro MVL. Distúrbio do déficit da atenção: tratamento com metilfenidato. *Arq de Neuropsiquiatria* 1996; 54: 25-9.
9. Kaplan HI, Sadock BJ. *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavior sciences, clinical psychiatry*. 9 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2002.
10. Rohde LA, Mattos P et al. *Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed. 2003.
11. Spencer T, Biederman J, Wilens T, Harding M, O'Donnell D, Griffin S. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 409-28.
12. Wender PH. *Attention-deficit hyperactivity disorder in adults*. New York, NY: Oxford University Press. 1995.