

ESPECIALIDADE CONVIDADA

PERTURBAÇÃO DA HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO

DISTURBANCE OF HYPERACTIVITY AND ATTENTION DEFICIT

Sandra Afonso . *Consulta de Desenvolvimento . Unidade de Pediatria e Neonatologia do Hospital Cuf Descobertas*

Coordenadora: Prof. Dra. Ana Serrão Neto

INTRODUÇÃO

A Perturbação da Hiperactividade e Déficit de Atenção (PHDA) é uma síndrome comportamental, em que comportamentos disfuncionais são observados pelos pais e outras pessoas que contactam com as crianças. É a causa neuropsicológica mais frequente de consultas em desenvolvimento. Por isso é necessário que pediatras gerais, médicos de família e outros profissionais que lidam com crianças estejam alertados para esta situação, de modo a encaminhá-la adequadamente, por forma ao diagnóstico e intervenção serem realizados atempadamente.

DEFINIÇÃO

A Perturbação da Hiperactividade e Déficit de Atenção é uma alteração do desenvolvimento, caracterizada por uma tríade de sintomas: grau de desatenção inapropriado para a idade da criança, hiperactividade e impulsividade.⁽¹⁾ A incapacidade para organizar-se e dificuldade de planificação são também, segundo muitos autores, características importantes, especialmente no adolescente e adulto.⁽²⁾

Os sintomas são evidentes antes dos 7 anos de idade e ocorrem em diferentes contextos sociais, perturbando o desempenho da criança, quer a nível pessoal ou académico.

EPIDEMIOLOGIA

A prevalência, independentemente das diferenças raciais e culturais, oscila entre 4 e 8% das crianças em idade escolar,⁽³⁾ atingindo uma em cada vinte crianças nos EUA.⁽⁴⁾ Predomina no sexo masculino, sendo maior a irrequietude e impulsividade, enquanto que no sexo feminino é mais evidente a desatenção.⁽⁵⁾

Embora a PHDA seja mais estudada em crianças em idade escolar, esta perturbação permanece até à adolescência e idade adulta, onde aproximadamente 50 a 75% dos casos continuam a preencher os critérios de diagnóstico.⁽⁶⁾ Há no entanto uma tendência para melhoria com a idade, pois os sintomas de hiperactividade e irrequietude vão diminuindo, permanecendo o défice de atenção.

FISIOPATOLOGIA / ETIOLOGIA

Na base da fisiopatologia está uma disfunção neuroquímica cerebral, quer a nível do lobo frontal e gânglios basais, quer dos neurotransmissores. Segundo Barkley, a disfunção pré-frontal, que supervisiona as funções executivas está na base da incapacidade da criança em se auto-regular e inibir respostas desadequadas.⁽⁷⁾ O comprometimento dos neurotransmissores determina o tipo de sintomatologia, uma vez que a dopamina está relacionada com a atenção, enquanto a noradrenalina e a serotonina estão implicadas na hiperactividade – impulsividade.

A etiologia é multifactorial, envolvendo factores biológicos, genéticos e ambientais. A origem orgânica, evidenciada por estudos neurobiológicos não permitiu estabelecer, até agora, um marcador biológico específico.

A carga genética é importante, encontrando-se nos pais das crianças com PHDA uma incidência duas a oito vezes maior de PHDA.⁽⁸⁾ Por sua vez, os familiares em 1º grau sofrem mais de perturbações neuropsiquiátricas.⁽⁹⁾ Na actualidade, os genes estudados com mais frequência são os do sistema dopaminérgico, nomeadamente os receptores da dopamina, e ainda os transportadores da dopamina e outros genes relacionados com as enzimas deste sistema.^(10,11)

CLÍNICA – SUBTIPOS

Consoante os sintomas que predominam nos seis meses anteriores ao diagnóstico, consideram-se três subtipos de PHDA: desatento, hiperactivo - impulsivo e o tipo misto. As manifestações clínicas podem evoluir de um subtipo para outro.⁽¹⁾

As crianças desatentas são aquelas que não prestam atenção aos detalhes (por isso, cometem muitos erros), evitando ou sendo relutantes em iniciar tarefas que requeiram concentração, nomeadamente os trabalhos escolares. Parecem não ouvir o que se lhes diz, esquecendo-se de executar as tarefas diárias comuns. Elas não conseguem seguir instruções e finalizar as tarefas e actividades propostas, tendo dificuldade na organização das mesmas. Tipicamente perdem objectos

necessários a um adequado desempenho de tarefas ou jogos, assim como distraem-se facilmente com estímulos desinteressantes e irrelevantes.

A hiperactividade pode ser motora, verbal ou cognitiva. Mexem constantemente as mãos e os pés, não conseguindo manter-se sentados na sala de aula ou em outras situações em que é exigida a posição de sentado, como por exemplo à hora da refeição. Parecem ter uma energia inesgotável, correndo, saltando e trepando de forma excessiva e inapropriada, assim como não conseguem participar em jogos ou actividades de uma forma calma. Têm tendência a falar em excesso e a fazer barulho durante actividades tranquilas. Nos adolescentes e adultos, os sintomas tomam a forma de sentimentos de inquietação e dificuldade para se dedicarem a actividades sedentárias tranquilas.⁽¹⁾

A impulsividade caracteriza-se por dificuldade em esperar pela sua vez, quer nas brincadeiras, jogos ou até mesmo no discurso, em que facultam respostas a perguntas que não foram completadas. Intrometem-se nas actividades dos outros, interrompendo conversas e jogos. Frequentemente fazem comentários desadequados. Pela irrequietude e impulsividade, é frequente o aumento do risco de lesões acidentais.

As crianças que têm PHDA do tipo misto, apresentam simultaneamente sintomas de défice de atenção e hiperactividade – impulsividade. Estas manifestações aparecem com níveis de disfunção diferentes nos variados contextos, tendo tendência a ocorrer com mais frequência em situações de grupo.

As características associadas dependem da idade e do estado de desenvolvimento da criança e incluem: baixa tolerância à frustração, teimosia, labilidade emocional / imaturidade, má interacção com os pares e consequente baixa auto-estima.⁽¹²⁾

O mau rendimento escolar tende a estar mais relacionado com o défice de atenção, enquanto a rejeição pelos companheiros e, em menor grau, as lesões acidentais, são mais comuns nos subtipos marcados pela hiperactividade - impulsividade.



DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é clínico e baseado nos critérios estabelecidos na classificação internacional das doenças mentais - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, que já vai na sua 4ª edição, revista – DSM-IV-TR.⁽¹¹⁾

Os critérios de inclusão são:

- 6 manifestações de desatenção ou de hiperactividade / impulsividade;
- Sintomas com duração superior a 6 meses;
- Início antes dos 7 anos de idade;
- Interferência em pelo menos dois ambientes sociais diferentes;
- Compromisso do funcionamento social, académico ou laboral;
- Não atribuível a outra perturbação do desenvolvimento ou do foro psiquiátrico;
- Não ocorrer exclusivamente durante uma perturbação global do desenvolvimento.

Deve-se sempre realizar uma história clínica completa, incluindo avaliação familiar e escolar. Durante a observação procede-se ao exame físico global, incluindo a somatometria e medição da pressão arterial, e ainda o exame neurológico.

Para validar a suspeita clínica, e também posteriormente avaliar a eficácia da terapêutica, pode-se recorrer ao uso de questionários, questionários de Conners, que são preenchidos pelos pais e professores. São um conjunto de itens que trazem comportamentos de oposição, défice de atenção, hiperactividade e impulsividade. Permitem obter o perfil da criança, assim como um score e percentil, que pode posteriormente ser reavaliado. Desde o ano 2000, existe uma versão adaptada à população portuguesa.

No diagnóstico diferencial deve-se excluir a hiperactividade ou irrequietude adequadas à idade, o hipertiroidismo e a intoxicação pelo chumbo.



COMORBILIDADES

A PHDA é uma perturbação que raramente existe isoladamente, na forma pura, apresentando muitas comorbilidades. A presença de comportamentos de oposição é frequente, podendo ocorrer em mais de 50% das crianças.⁽¹²⁾ O défice de atenção pode estar associado a alterações da percepção e motricidade fina - *Deficits in Attention, Motor Control and Perception* (DAMP), constituindo uma entidade isolada, segundo Gillberg.⁽¹³⁾ Principalmente nos adolescentes, e se não foi feito um diagnóstico atempadamente, pode haver uma baixa auto-estima com alteração do humor e até mesmo depressão. A taxa de associação desta comorbilidade varia muito de estudo para estudo, oscilando entre 15 e 75%.⁽⁹⁾

Por vezes há um comprometimento global do desenvolvimento com défice cognitivo, que em 3 a 10% dos casos é ligeiro a moderado.⁽¹²⁾ Estima-se que uma em cada quatro crianças com PHDA apresente outra dificuldade de aprendizagem concomitante.⁽⁹⁾

Crianças com sintomatologia do espectro autista têm muitas vezes associada PHDA. Outras perturbações associadas são as da linguagem, sono e tiques, podendo esta última ser agravada pela terapêutica.

Com excepção das dificuldades de aprendizagem, a existência de comorbilidades origina maiores dificuldades psicossociais.⁽¹⁴⁾



ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O tratamento deve ser multimodal e específico para cada criança.

Na consulta de desenvolvimento, que deve ser sempre feita com os pais e a criança, pretende-se essencialmente informar e explicar a entidade de forma clara, desculpabilizando e desdramatizando, de modo a planear a intervenção, envolvendo a criança, a família e a escola.

É importante definir objectivos reais, estabelecer prioridades e tratar comorbilidades. De um modo geral, pretende-se melhorar as relações sociais e as competências académicas, o que se reflecte num aumento da auto-estima e consequentemente num desenvolvimento emocional harmonioso.

A terapêutica assenta em três pilares: farmacológica, apoio psicológico e a combinação dos anteriores. Em termos isolados e a curto prazo, a mais eficaz é a farmacológica, no entanto, uma intervenção com medicação e apoios psicológico e pedagógico adequados possibilitam um melhor prognóstico.⁽⁸⁾

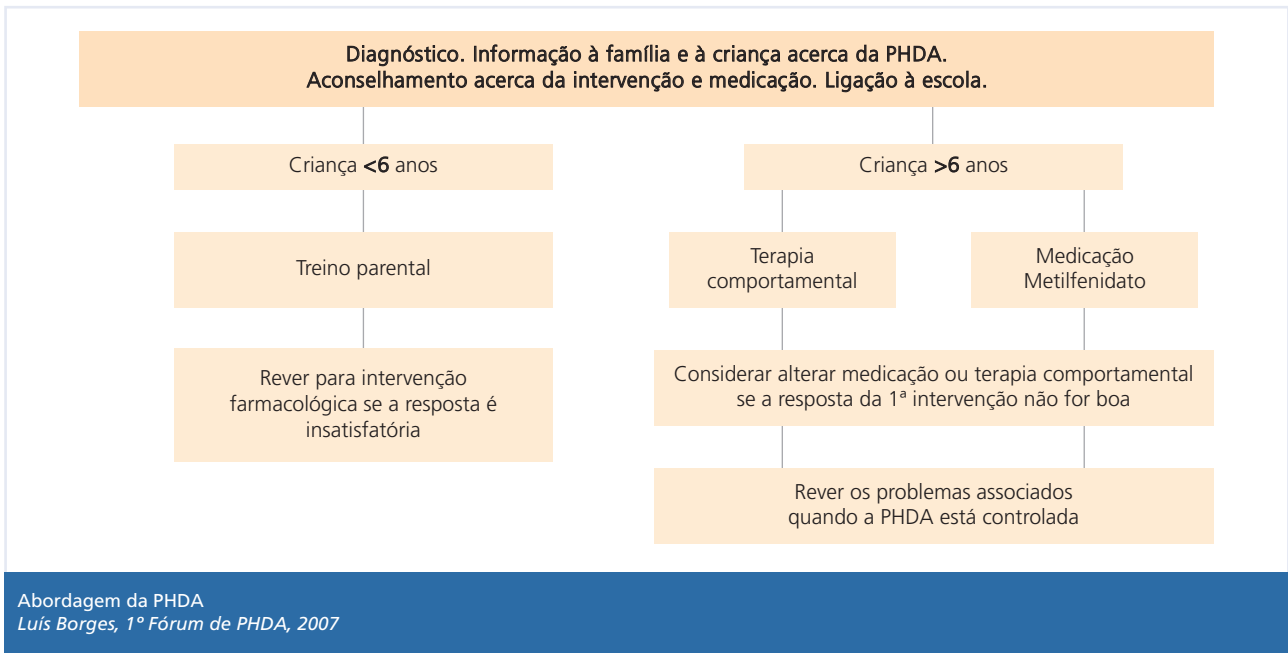


FIG 1

A principal indicação para a terapêutica farmacológica é o déficit de atenção. Está indicada em crianças com mais de 6 anos embora, em casos pontuais e específicos, possa ser utilizada anteriormente, de acordo com os pais. É necessária e muito importante também a colaboração da escola. Inicia-se na ausência de sensibilidade prévia e após uma avaliação cardiológica e da pressão arterial normais.

Desde há vários anos, os psicoestimulantes são os fármacos de eleição, sendo o metilfenidato o mais utilizado no tratamento da PHDA. O seu mecanismo de acção interfere com o metabolismo dos neurotransmissores, bloqueando a recaptação pré-sináptica da noradrenalina e dopamina, apresentando ainda uma actividade pós-sináptica agonista directa. Em Portugal existe apenas a forma de apresentação em comprimidos / cápsulas, com duas formas de apresentação: libertação imediata, com uma duração terapêutica de cerca de 4 horas (Rubifen® e Ritalina®), e a de libertação prolongada, cujo efeito terapêutico pode durar entre 8 a 12 horas (Ritalina LA® e Concerta®), o que facilita a administração de uma toma diária, assim como evita o efeito “rebound”. A sua eficácia varia entre 70 a 90%, registando-se uma melhoria da desatenção, hiperactividade, impulsividade e hostilidade, com o consequente aumento da produtividade académica, assim como da interacção social com os pares.⁽¹⁵⁾

Esta terapêutica está contra-indicada no hipertiroidismo, glaucoma, doença cardíaca, história familiar de síndrome de Gilles de la Tourette. Os psicofármacos podem induzir sintomas ansioso-depressivos e a resposta aos psicoestimulantes é pior na presença de estados de grande ansiedade ou agitação.⁽⁹⁾

Os principais efeitos secundários incluem anorexia, cefaleias, dor abdominal, insónia inicial, tremores, taquicardia e ainda pode exacerbar sintomas psicóticos. Em doses altas pode agravar ou desencadear tiques. Está descrito em alguns casos o efeito “rebound”, com agravamento da sintomatologia. Em tempos foi postulado que existiria uma relação entre a medicação com metilfenidato e o consumo posterior de outras drogas, mas tal não corresponde à verdade. Pelo contrário, ao proporcionar-se uma melhoria do comportamento e integração no grupo de pares, evita-se que estas crianças tenham comportamentos de risco e tendências marginais e desviantes na adolescência.

Deve-se ter atenção a possíveis interacções do metilfenidato com outras substâncias, nomeadamente álcool, cafeína e descongestionantes nasais.

Pode ainda causar uma elevação nos níveis séricos dos anti-convulsivantes, antihemorrágicos e antidepressivos tricíclicos.

A monitorização da terapêutica deve ser periódica, com uma avaliação regular da somatometria, assim como da tensão arterial e auscultação cardíaca.

As principais causas de falência da terapêutica prendem-se com um diagnóstico incorrecto, muitas vezes por ausência de informação correcta sobre o comportamento da criança ou ainda devido à existência de comorbilidades. A determinação de objectivos irrealistas, assim como a não aderência à terapêutica farmacológica são também causas possíveis.

Pode recorrer-se a outro grupo de medicamentos, em caso de falência ou quando coexistem problemas de comportamento e agressividade importantes, mas cujo efeito sobre o déficit de atenção é limitado. Estão incluídos neste grupo os psicofármacos não-estimulantes, antipsicóticos atípicos, antidepressivos e agonistas α -adrenérgicos.⁽⁹⁾

O acompanhamento psicológico abrange a criança, a família e a escola.

Na abordagem comportamental da criança, o objectivo é a promoção de competências sociais e pessoais, através da independência, auto-controle e assertividade, com diminuição de comportamentos disruptivos, de modo a impedir a evolução futura para comportamentos anti-sociais e de marginalidade. Por outro lado, é também treinada a atenção e concentração.

Na intervenção com a família procura-se sensibilizar para a importância de mudar comportamentos familiares, através do treino de competências parentais.

Na escola, para além do recurso a técnicas educacionais específicas, colabora-se com os professores no sentido de apoio na gestão de espaço, de comportamentos e conflitos e na adequação de estratégias na sala de aula. Deve-se ainda promover a integração social da criança com PHDA.

Como súmula do que foi explanado, e de acordo com a proposta apresentada no 1º Fórum sobre PHDA, realizado em Portugal em 2007, na Figura 1 apresenta-se a abordagem de uma criança com PHDA em consulta de desenvolvimento.

PROGNÓSTICO

O prognóstico depende do momento em que foi feito o diagnóstico e início da intervenção. A coexistência de comorbilidades e a existência de défice cognitivo, são elementos agravantes. Como factores moduladores, são importantes o tipo de educação e o meio sócio-económico e cultural da família e da criança.

PHDA E IDADE PRÉ-ESCOLAR

É difícil estabelecer este diagnóstico em crianças com idade inferior a 5 anos de idade, porque o seu comportamento habitual é muito variável e inclui características que são semelhantes à PHDA. É necessário distinguir entre a actividade intensa normal e a hiperactividade típica da PHDA.

Podem, no entanto, ocorrer certos comportamentos que são “sinais de alerta”, nomeadamente a dificuldade em participar de uma forma calma nas actividades sedentárias de grupo nas classes pré-escolares, como o sentar-se a ouvir uma história ou ver livros com os adultos.⁽¹⁾ Por outro lado, alguns sintomas de desatenção não podem observar-se nesta faixa etária, devido ao menor grau de exigência a que estas crianças estão sujeitas.

CONCLUSÃO

A nomenclatura dada, ao longo do tempo, para esta perturbação do comportamento foi variando. Síndrome hipercinético, disfunção cerebral mínima, perturbação de défice de atenção,⁽¹⁵⁾ são nomenclaturas utilizadas e que foram evoluindo, mas as características principais e as necessidades particulares destas crianças e das suas famílias permanecem iguais.

Cabe às equipas do desenvolvimento tentar minimizar estas dificuldades e ajudar as famílias destas crianças, de modo a que elas se desenvolvam adequadamente e cheguem à idade adulta de forma harmoniosa e saudável.

BIBLIOGRAFIA:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. TR Washington DC:APA; 2002.
2. Vaquerizo-Madrid J. Evaluación clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad, modelo de entrevista y controversias. Rev Neurol 2008;46(Supl1):S37-41.
3. Quintero-Gutiérrez del Álamo FJ, Herrera-Pino J, Garcia-Alvarez R, Correas-Lauffer J, Quintero-Lumbreras FJ. Evolución histórica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (THDA) y conceptos relacionados. In Quintero FJ, *et al.*, eds. Trastornos por déficit de atención e hiperactividad a lo largo da la vida. Madrid: Ergon; 2006.p.1-10.
4. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an american condition? World Psychiatry 2003;2(2):104-113.
5. Montiel-Nave C, Montiel-Barber I, Peña JÁ. Clinical presentation of attention deficit/hyperactivity disorder as a function of the gender. Invest Clin 2007;48(4): 459-468.
6. Manos JM. Pharmacologic treatment of ADHA: road conditions in driving patients to successful outcomes. Medscape J Med 2008;10(1):5.
7. Barkley RA. Attention-deficit/hyperactivity disorder, self-regulation, and time: toward a more comprehensive theory. J Dev Behav Pediatr 1997;18(4):271-279.
8. Mulas F, Mattos L, Osa-Langreo A, Gandia R. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: a favor del origen orgánico. Rev Neurol 2007;44(Supl 3):S47-49.
9. Osa-Langreo A, Mulas F, Téllez de Meneses M, Gandia R, Mattos L. Psicofarmacología de los trastornos comórbidos asociados al trastorno por déficit de atención (hiperactividad). Rev Neurol 2007;44(Supl 2):S31-35.
10. Faraone SV. Genetics of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. Psychiatric Clin North Am 2004;27:303-321.
11. Acosta MT. Aspectos genéticos y moleculares en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: búsqueda de los genes implicados en el diagnóstico clínico. Rev Neurol 2007;44 (Supl2);S37-41.
12. Parker S. ADHD. In Parker S, Zuckerman B, Augustyn M. Developmental and behavioural pediatrics. Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins; 2005; 114-123.
13. Gillberg C. Deficits in attention, motor control, and perception: a brief review. Arch Dis Child 2003;88(10):904-910.
14. Klassen AF, Millar A, Fine S. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics 2004;114:542-547.
15. Dios JG, Cardo E, Servera M. Metilfenidato no tratamento da perturbação por défice de atenção e hiperactividade: realizamos uma prática clínica adequada? Rev Neurol 2006;43:705-714.