

Perturbação de hiperactividade com défice de atenção

EDUARDO FERNANDES*, JACINTO PEREIRA ANTÓNIO**

RESUMO

A perturbação de hiperactividade com défice de atenção (PHDA) é a perturbação neuro-comportamental mais frequente na criança. Persiste no adolescente e no adulto, sendo as taxas de prevalência nestas idades imprecisas.

A toda a criança entre os 6 e 12 anos de idade com défice de atenção, hiperactividade, impulsividade, mau rendimento escolar ou problemas comportamentais, deve ser realizada uma avaliação para PHDA.

Dada a elevada prevalência desta situação na população escolar deverá não só o pediatra, mas também o médico de família, estar familiarizado no seu reconhecimento precoce e avaliação.

A sua abordagem é multidisciplinar, requerendo para além do médico de família ou pediatra, a participação activa da família, educadores e psicólogos e ocasionalmente de pedopsiquiatras e neuropediatras.

O objectivo principal do tratamento é o de maximizar a função e performance da criança em casa, na escola e na comunidade, melhorando o relacionamento com a família, colegas e professores, diminuindo comportamentos perturbadores e melhorando o rendimento escolar, a independência e a auto-estima.

Palavras-Chave: Atenção; Hiperactividade; Impulsividade; Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção

INTRODUÇÃO

A perturbação de hiperactividade com défice de atenção (PHDA) é o termo utilizado no DSM-IV¹, para designar a criança hiperactiva ou com instabilidade psicomotora. É a perturbação neuro-comportamental mais frequente da criança, atingindo cerca de 9,2% dos rapazes e 2,9% das raparigas em idade escolar².

Dados recentes sugerem que os sintomas do PHDA, particularmente a dificuldade de concentração e a

impulsividade, podem persistir em cerca de 10-60%, no adulto^{3,4}, manifestando-se geralmente como adultos pouco organizados, com dificuldade na planificação das suas actividades, impacientes, com memória pobre e dificuldades na leitura e escrita.

A causa permanece desconhecida, pensando-se resultar da interacção complexa de factores genéticos e factores de risco biológicos e do meio envolvente⁵.

Cerca de 25% das crianças com PHDA têm um familiar próximo com PHDA⁶, geralmente o pai, havendo também um risco aumentado da sua ocorrência em irmãos (30-40%)⁶ e em gémeos idênticos (90%)⁶.

Tem-se relacionado a redução da disponibilidade de neurotransmis-

sores (dopamina e noradrenalina), de base genética, com este distúrbio comportamental⁷.

Entre os factores biológicos de risco são citados o uso de tabaco e álcool durante a gravidez⁸, a prematuridade, o baixo peso ao nascer, as infecções do SNC e os traumatismos cranianos graves.

A exposição a metais pesados (chumbo e mercúrio)⁵, o stress familiar e outras situações traumatizantes ou ansiógenas para a criança, são alguns dos factores de risco do meio envolvente, também referenciados.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é essencialmente clínico, baseando-se em critérios com-

*Assistente Hospitalar Graduado de Pediatria
Médico do Hospital do Barlavento Algarvio

**Assistente Principal - Ramo de Psicologia
Clínica do Centro de Saúde do Seixal

portamentais.

Para ajudar a um diagnóstico mais preciso foram estabelecidos pela Associação Americana de Psiquiatria, critérios de diagnóstico que estão bem definidos no DSM-IV (Quadro I).

Os sintomas nucleares do PHDA são pois, a diminuição da atenção, a hiperactividade e a impulsividade⁹.

A criança com PHDA pode apresentar problemas funcionais significativos, desde dificuldades escolares, com mau rendimento, a problemas de ajuste social e emocional. É, geralmente, desorganizada, desajeitada para tarefas motoras, incluindo desportos, socialmente pouco competente, com um desempenho académico inconsistente. Estas características comportamentais, ao favorecerem o insucesso, são geradoras de uma baixa auto-estima e isolamento social.

Estes problemas podem manter-se pela vida adulta^{3,4}.

As crianças com PHDA apresentam frequentemente associados,

comportamentos de depressão, ansiedade, perturbações de oposição, perturbações de comportamento e tiques¹⁰. Segundo Baren (2002)², cerca de 52% dos adolescentes com PHDA tornam-se dependentes de drogas e apresentam comportamento criminoso e 15% comportamento anti-social.

Os sintomas do PHDA devem iniciar-se antes dos sete anos, persistir por mais de seis meses, estar presentes em dois ou mais contextos (casa, escola,...) e deverão ser claramente inapropriados à idade e ao nível de desenvolvimento da criança.

Embora muitas crianças apresentem sintomas de falta de atenção e de hiperactividade/impulsividade em simultâneo, em algumas um destes padrões é dominante.

De acordo com a classificação do DSM-IV, a criança com PHDA pode pertencer a um de três subtipos:

1. PHDA predominantemente com Inatenção (seis ou mais comportamentos relacionados com inatenção)
2. PHDA predominantemente com

Hiperactividade/Impulsividade (≥ comportamentos de hiperactividade/impulsividade)

3. PHDA combinado (seis ou mais comportamentos de inatenção + seis ou mais comportamentos de hiperactividade/impulsividade)

As raparigas são mais afectadas pela variante com predomínio do défice de atenção.

Convém recordar que a criança com dois a três anos de idade, apresenta uma atenção, naturalmente, lábil, com uma motricidade «explosiva», que a leva a multiplicar as suas descobertas. Os que a rodeiam nem sempre aceitam com facilidade esta conduta, mas aqui não se deve pensar, imediatamente, em situação patológica.

A PHDA associa-se frequentemente a outras perturbações disruptivas do comportamento, particularmente comportamentos de oposição.

Grande parte das situações descritas no Quadro II podem existir, partilhar sintomas ou sobrepor-se à PHDA.

QUADRO I

CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE PHDA, CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DSM-IV

I. SINTOMAS DE INATENÇÃO	II. SINTOMAS DE HIPERACTIVIDADE E IMPULSIVIDADE
<ol style="list-style-type: none"> 1. Não dar atenção aos detalhes ou cometer erros por falta de atenção 2. Dificuldade em se concentrar durante tarefas/jogos 3. Parecer não escutar 4. Não seguir instruções e não terminar tarefas 5. Dificuldade em organizar tarefas e actividades 6. Evitar ou não gostar de iniciar tarefas que requirem atenção 7. Perder facilmente o material e esquecer compromissos 8. Distrair-se facilmente com estímulos irrelevantes 9. Esquecer-se com facilidade das actividades quotidianas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Movimentar permanentemente mãos e pés, quando sentado 2. Não se manter sentado quando deve 3. Correr ou saltar de forma excessiva, em situações inapropriadas 4. Dificuldade em se envolver em actividades de ócio em silêncio 5. Parecer «ligado a um motor» 6. Falar em excesso 7. Responder antes da pergunta ser completada 8. Dificuldade em esperar pela sua vez 9. Interromper ou interferir nas actividades dos outros
III. CRITÉRIOS ADICIONAIS	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Persistem há pelo menos seis meses 2. Surgem antes dos sete anos 3. Presentes em mais de um contexto (casa, escola,...) 4. Claramente mal-adaptativos e inconsistentes com o nível de desenvolvimento 5. Não devidos a patologia pervasiva do desenvolvimento, ou consequência de outra perturbação mental 	

QUADRO II**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO PHDA**

- Perturbações do comportamento
- Problemas de aprendizagem
- Comportamentos contestatários e desafiantes
- S. De Gilles De La Tourette
- Perturbações da linguagem
- Perturbação de ansiedade
- Perturbação do humor (mania, depressão,...)
- Abuso de drogas
- Esquizofrenia ou psicoses
- Doenças metabólicas e endócrinas

AVALIAÇÃO

A avaliação da criança com PHDA deve incluir uma avaliação médica clássica e uma avaliação psicológica¹¹.

A avaliação médica deverá incluir a história pessoal e familiar, o exame físico e a avaliação de desenvolvimento, da visão e da audição.

A avaliação psicológica deve orientar-se para os componentes da PHDA, nomeadamente a atenção, a actividade e os impulsos. O comportamento da criança em consulta pode não ser exemplificativo do que ocorre em contextos mais habituais.

Daí a importância da história clínica e, eventualmente, de questionários que permitam a recolha de informação sobre o comportamento da criança.

A abordagem terapêutica da PHDA engloba duas vertentes igualmente importantes, o tratamento psico-social e o farmacológico.

TRATAMENTO PSICO-SOCIAL

A PHDA requer uma intervenção abrangente, em casa, na escola e na comunidade, onde seja estabelecida

uma estratégia a longo prazo. A intervenção desenvolve-se, essencialmente, pelo esclarecimento e aconselhamento adequados da situação à criança, família e professores. Estes devem ser informados e educados sobre a etiologia, o tratamento, o prognóstico, nomeadamente sobre os efeitos que o PHDA pode ter sobre a aprendizagem, comportamento, auto-estima, competência social e função familiar.

O treino comportamental de pais e educadores é fundamental. Estes devem assumir uma atitude positiva, tentando valorizar e reforçar os comportamentos adequados, evitando a crítica frequente e situações que levem previsivelmente ao insucesso.

É importante modificar as rotinas diárias, visando uma melhor adaptação às características comportamentais e da atenção da criança. Em casa devem ser estabelecidas normas de comportamento bem claras e definidas, evitar castigar excessivamente, fornecer espaço físico com poucos factores de distração (brinquedos, janela) para a execução dos deveres de casa, manter horários regrados (para refeições, para dormir, para os deveres, para a diversão). Na escola, é preciso esclarecer os professores sobre a PHDA e fazer algumas modificações: ajuste de expectativas, modificação da estrutura da sala de aula, com redução dos estímulos entre aluno e o professor (localização preferencial na primeira fila e redução da turma), apoio educativo individualizado ou eventualmente apoio de educação especial.

A criança com PHDA, pelas suas características comportamentais, está exposta a um *stress* acrescido durante as tarefas escolares, pelo que necessita de desenvolver actividades extra curriculares que sirvam

de escape às tensões acumuladas. Estas actividades podem ser desportos, passatempos ou outra que seja do agrado da criança e lhe permita obter um sentimento de sucesso.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

A eficácia da medicação com psicoestimulantes, na melhoria das capacidades da atenção, desempenho escolar e na redução da hiperactividade e impulsividade está bem estabelecida, verificando-se em cerca de 80% dos casos¹². É importante, contudo, referir que a medicação raramente está indicada como primeira linha de acção e nunca deve ser utilizada isoladamente, mas sim em combinação com as medidas de modificação comportamental já referidas.

Os psico-estimulantes não curam a PHDA, mas ajudam a normalizar os neurotransmissores durante a sua utilização, conseguindo-se diminuir as consequências negativas, emocionais, escolares e sociais destes indivíduos.

Os mais utilizados são o metilfenidato e a pemoline. Menos frequentemente utilizados são os antidepressivos triciclos, nomeadamente a imipramina (na depressão) e a clonidina (em situações de tiques e agressividade).

São todos fármacos seguros, com raros efeitos colaterais (anorexia, perda de peso, insónias, ansiedade, cefaleias, dor abdominal, depressão e irritabilidade), mas que devem ser vigiados. A pemoline tem também risco de toxicidade hepática, pelo que se deverá monitorizar regularmente os níveis das transaminases.

Devem ser utilizados de forma descontínua, com interrupções aos fins-de semana, feriados e férias e a

sua necessidade ser reavaliada anualmente.

CONCLUSÃO

A PHDA é uma perturbação, frequente, do comportamento. É cada vez mais valorizada e diagnosticada, sendo um dos grandes motivos de consulta, tanto na pediatria como em psicologia clínica.

A sua identificação precoce, o diagnóstico preciso das diferentes situações associadas e a intervenção eficaz e abrangente, são essenciais para um melhor prognóstico a longo prazo.

Na abordagem salienta-se a importância, além da terapêutica farmacológica, da ajuda escolar e psicológica não só à criança, mas também à família e educadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994. p. 78-85.
2. Baren M. ADHD in adolescents: Will you know it when you see it? *Contemp Pediatr* 2002; 19:124-43.
3. Weiss G, Hechtman L, Milroy T, Perlman T. Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985; 24:211-220.
4. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult outcome of hyperactive boys: educational achievement, occupational rank and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:565-76.
5. Conners CK. Functional impairments in ADHD: The therapeutic target. *Contemp Pediatr* 2003; Suppl 1:4-6.
6. Hunt RD, Paquin A, Payton K. An update on assessment and treatment of complex attention-deficit hyperactivity disorder. *Pediatr Ann* 2001; 30:162-72.
7. Gaultieri CT. The functional neuroanatomy of psychiatric treatments.

Psychiatr Clin North Am 1991; 14:113-24.

8. Biederman J, Faraone SV, Taylor A, Sienna M, Williamson S, Fine C. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: Findings from a longitudinal clinical sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:305-13.

9. American Academy of Pediatrics. Diagnosis and evaluation of the child with attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2000; 105:1158-70.

10. Gottesman MM. Helping parents make sense of ADHD diagnosis and treatment. *J Pediatr Health Care* 2003; 17:149-53.

11. Boavida JE, Porfírio H, Nogueira S, Borges L. A criança hiperactiva. *Saúde Infantil Dez.* 1998.

12. S/A. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:1073-86.

Endereço para correspondência:

Serviço de Pediatria do Hospital do Barlavento Algarvio
eduardoapfernandes@sapo.pt

Recebido para publicação em 15/01/04

Aceite para publicação em 02/03/04

ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

SUMMARY

Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) is the most common neuro-behavioural disorder in children. It persists through the teens to adult age, with unclear prevalence rates in those age groups.

Every child between 6 and 12, presenting with attention deficit, impulsiveness, hyperactivity, poor school results or behavioural problems, should be screened for ADHD.

The high prevalence of this problem in the school population underscores the need for the family doctor, along with the pediatrician, to be proficient in its early identification and assessment.

ADHD calls for a multidisciplinary approach, with active involvement of the family, teachers, psychologists and, occasionally, pedopsychiatrists and neuropediatricians, along with the family doctor or pediatrician.

The main objective of the treatment is the maximization of the child function and performance at home, school and community, reducing disruptive behaviour and enhancing school performance, independence and self-esteem.

Key-Words: Attention; Hyperactivity; Impulsiveness; Attention-Deficit Hyperactivity Disorder; ADHD.