

A perturbação de hiperactividade com défice de atenção no adulto

CARLOS FILIPE*

INTRODUÇÃO

A perturbação de hiperactividade com défice de atenção (PHDA) é uma perturbação que é diagnosticada com frequência nas crianças e nos adolescentes, calculando-se que possa atingir 3 a 5% dos indivíduos com idades compreendidas entre os seis e os 12 anos. A desatenção constante, a incapacidade de estar quieto e o insucesso escolar são sinais que alertam os pais e os levam a consultar o médico ou o psicólogo. Tratando-se porém de uma perturbação do desenvolvimento, a PHDA prolonga-se frequentemente pela idade adulta, afectando cerca de 50% dos adultos a quem foi feito o diagnóstico na infância¹. Por outro lado, sendo uma perturbação com uma componente hereditária bem demonstrada², é identificada muitas vezes nos pais e nos irmãos das crianças a quem foi feito inicialmente o diagnóstico³. Estudos epidemiológicos realizados em grandes amostras de adultos revelaram uma prevalência de 1 a 2,5% em populações com idades superiores a 18 anos⁴. O facto de estas pessoas estarem mais sujeitas do que a população em geral a sentir determinadas dificuldades e a sofrer acidentes, por descuido, bem como o facto de a PHDA surgir frequentemente associada a outras doenças psiquiátricas – entre elas a doença bipo-

lar, a depressão, a ansiedade, ou as toxicodependências – ressaltam a importância do seu diagnóstico e tratamento, tanto nas crianças como nos adultos⁵.

PREVALÊNCIA ENTRE SEXOS

A ideia de que existe uma prevalência maior da PHDA no sexo masculino do que a verificada no sexo feminino tem vindo a ser contestada nos últimos anos, sendo a opinião dominante a de que o que varia entre sexos não é a prevalência da PHDA, mas sim a sua expressão sintomática. Assim, as raparigas seriam menos referidas porque apresentam com menor frequência que os rapazes Perturbação do Comportamento. Os dados da investigação clínica, mostram ainda que as raparigas apresentam com maior frequência PHDA do *tipo predominantemente desatento*, que tende a ter uma expressão clínica mais tardia e é sintomaticamente menos exuberante. Assim sendo, as raparigas seriam sub-diagnosticadas e, conseqüentemente, menos tratadas. Finalmente, no adulto, a maior prevalência no sexo feminino de perturbações de ansiedade e perturbações do humor, poderia mascarar uma PHDA subjacente e, conseqüentemente, influenciar o diagnóstico e o tratamento. Alguns estudos epidemiológicos, cobrindo grandes amostras de população adul-

*Psiquiatra, Director das Áreas de Psiquiatria e Pedopsiquiatria do CADIn (Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil) em Cascais

ta, utilizando instrumentos de diagnóstico aferidos e normalizados, confirmam esta ideia, não mostrando diferenças significativas na prevalência entre sexos⁴.

DIAGNÓSTICO DE PHDA NO ADULTO

O diagnóstico da PHDA no adulto tem de ser baseado na avaliação cuidadosa e sistemática da história clínica, desde a infância, e na recolha cuidadosa dos sinais e sintomas de incapacidade relacionados com a perturbação, não simplesmente na impressão clínica obtida durante uma consulta. Assim, é fundamental colher informação sobre existência de sintomas na infância, persistência e presença de sintomas em vários contextos sociais e de funcionamento individual (no trabalho, nos períodos de lazer, em casa, na rua, com a família, com os amigos, etc.). Para além da pesquisa de sintomas no quadro da PHDA, é ainda importante a pesquisa de outros sinais e sintomas que, não sendo necessários para o diagnóstico, lhe estão frequentemente associados, como as rápidas variações de humor e os acessos de «mau génio» e ainda os associados a comorbilidades frequentes (perturbação de ansiedade, perturbação do humor, perturbações relacionadas com substâncias, etc)⁶.

A forma como a PHDA se apresenta nos adultos é diferente das crianças, pelo que os critérios de diagnóstico aplicáveis a estas não são facilmente aplicáveis aos adultos. Por exemplo, a hiperactividade das crianças é substituída nos adultos pela actividade mental incessante, pela sensação de inquietação e pela dificuldade do adulto em se envolver em actividades calmas ou sedentárias. Assim, o diagnóstico de PHDA nos adultos depende em grande parte do relato feito pelo próprio e da sua descrição dos sintomas, mais do que do relato feito por terceiros. Mais

ainda, a avaliação dos sintomas no adulto pode ser difícil, se atendermos a que estes desenvolveram maior capacidade de se adaptarem, compensarem, ou pelo menos disfarçarem, os problemas de atenção, a hiperactividade ou a impulsividade. A experiência clínica suporta, por isso, a necessidade de se adaptarem os critérios clínicos de PHDA aos adultos⁷.

A adolescência é, por outro lado, um período durante o qual as manifestações resultantes da PHDA se podem revelar com particular exuberância. A impulsividade, as mudanças de humor, as práticas de risco, o insucesso escolar, a iniciação no consumo de drogas e álcool, as mudanças de objectivos, os projectos que se iniciam com entusiasmo e se largam de seguida, a «preguiça», o desencontro dos ritmos de sono e vigília, os atrasos sistemáticos, são sinais que, sendo com frequência confundidas com manifestações consideradas próprias da adolescência, podem revelar a existência de uma PHDA⁸.

O crescimento, a vivência e, consequentemente, o amadurecimento da personalidade, contribuem para que algumas das manifestações mais exuberantes, como a extrema inquietude ou agitação, sejam raras no adulto. A impulsividade e, sobretudo, a desatenção tendem porém a persistir e podem causar incapacidades importantes no funcionamento emocional e social, particularmente evidentes nas relações interpessoais e no desempenho profissional. A severidade destes sintomas varia ainda muito no adulto, bem como o grau de incapacidade que aqueles causam⁹.

Os adultos com PHDA apresentam com frequência uma baixa tolerância à frustração, acessos de mau génio com variações de humor súbitas e frequentes e uma baixa auto-estima. O receio de falharem é comum, podendo levar a que evitem situações em que possam ser avaliados e a que entrem no ciclo vi-

cioso do insucesso. Têm com frequência grande dificuldade em organizar, iniciar e terminar tarefas, mesmo as do dia a dia, com incapacidade de estabelecer prioridades e de terem a noção do tempo. Com frequência se esquecem de compromissos, chegam atrasados ou à última hora, perdem objectos ou simplesmente não se recordam onde os deixaram. Iniciam numerosos projectos entusiasticamente, mas acabam muito poucos e levam tempo excessivo a acabá-los. Procuram constantemente a novidade e aborrecem-se facilmente com a continuação, pelo que lhes pode ser difícil manterem relações afectivas ou empregos estáveis. A desorganização sistemática pode causar grande incomodidade aos que com eles vivem ou se relacionam de perto. A impulsividade e a desatenção podem causar problemas importantes no local de trabalho, levando a mudanças frequentes de emprego, quer por múltiplos despedimentos, quer porque os próprios se despedem, muitas vezes sem olharem a consequências.

No que diz respeito à idade de início dos sintomas que indiciam a perturbação, se atendermos às classificações (DSM-IV e ICD-10) em vigor, deverão ser identificados antes dos sete anos de idade. O diagnóstico retrospectivo nos adultos pode, contudo, ser muito difícil, razão pela qual alguns autores propõem que o limite de idade seja alargado para os doze anos e apelam para o papel da avaliação clínica no sentido de tentar apurar a existência de um início claro dos sintomas mais tardio (que contradiria a hipótese de diagnóstico de PHDA) ou, pelo contrário, se esse limite não pode ser identificado, sendo os sintomas referidos como tendo estado presentes desde a infância.

Como em quaisquer outros diagnósticos psiquiátricos, o relato pelo próprio dos sintomas sentidos na infância pode ser impreciso, mais ainda quando a memória dos factos pode estar comprometida, como acontece na PHDA. Por es-

ta razão pode ser importante obter informações a partir de múltiplas fontes. Os relatos dos familiares mais próximos, relatórios e informações escolares, relatórios clínicos ou avaliações psicológicas são exemplos de fontes de informação que podem permitir situar o diagnóstico de PHDA na infância. O mesmo se aplica à avaliação de alterações de comportamento, não só as passadas mas também as presentes, em que a informação daqueles que privam com o paciente pode ser muito importante. O recurso a múltiplas fontes pode ajudar assim a identificar sintomas, valorizar o grau de incapacidade por eles provocado e a evitar tanto o sub-diagnóstico, como o sobre-diagnóstico de PHDA.

A maioria dos adolescentes e adultos que padecem de PHDA não estão devidamente diagnosticados¹⁰. Assim, nos casos em que a atenção do clínico possa ser despertada por um quadro sugestivo, este deve fazer sempre uma pesquisa sistemática de sinais e sintomas e avaliar a história desde a infância, por forma a verificar a presença eventual de critérios que possam confirmar o diagnóstico de PHDA.

PHDA E COMORBILIDADES

A existência de comorbilidade, mais do que frequente, é quase a regra na PHDA no adulto. Cerca de 75% dos adultos com PHDA apresenta comorbilidade com, pelo menos, uma segunda perturbação psiquiátrica e cerca de 30% comorbilidade com duas ou mais perturbações. Entre estas, as mais frequentemente comórbidas com a PHDA são as perturbações de ansiedade, as perturbações do humor, as perturbações por uso de substâncias e as perturbações da personalidade¹¹. O diagnóstico diferencial destas perturbações e a sua caracterização (altura de aparecimento, duração, evolução, intensidade, etc) são determinantes, não só para a caracte-

rização da perturbação, como para o estabelecimento de prioridades e elaboração do plano terapêutico¹².

TRATAMENTO DA PHDA

Não sendo curável, a PHDA pode ser tratada com grande sucesso, tanto nas crianças como nos adultos. A eficácia da terapêutica com psicoestimulantes sobre a sintomatologia de base da PHDA tem sido bem demonstrada em numerosos estudos clínicos em crianças e num número crescente de estudos em adultos. Por outro lado, tem sido observado que os adultos com PHDA que nunca foram tratados, quando comparados com a população em geral, têm taxas mais elevadas de insucesso escolar e profissional, ocupam profissões menos diferenciadas, têm um risco aumentado de abuso de substâncias e estão com mais frequência envolvidos em situações de risco e delinquência⁵.

Após o estabelecimento cuidadoso do diagnóstico, o primeiro tempo do plano de tratamento da PHDA é a abordagem psico-educacional. O paciente e a família devem ser informados, não só do diagnóstico, como da natureza da perturbação, sintomas associados, evolução, riscos e comorbilidades frequentes, bem como dos tratamentos disponíveis e respectivos mecanismos de acção. A oportunidade que deve ser dada de colocarem questões permite a cada um perceber melhor as dificuldades presentes e passadas do paciente, dar sentido a numerosas situações e eventuais conflitos, bem como uma melhor adesão à terapêutica.

O plano terapêutico deve ser estabelecido tendo em consideração tanto a PHDA como possíveis condições comórbidas. A ordem pela qual é feito o tratamento da PHDA e das comorbilidades, depende da gravidade e natureza das diferentes perturbações. É, por isso, importante ter feito um diagnóstico dife-

rencial claro, bem como perceber qual a associação que possa existir entre a PHDA e os sintomas da perturbação comórbida. Um exemplo é o caso da Depressão Reactiva, secundária à frustração sistemática e consequente baixa de auto-estima, resultantes das dificuldades e insucessos causados pelo défice de atenção. Neste caso pode ser conseguida uma resolução da sintomatologia depressiva tratando a PHDA. Um outro exemplo seria o da comorbilidade com perturbação depressiva *major*, ou perturbação bipolar, situações em que se impõe o diagnóstico diferencial e o tratamento prévio destas perturbações, se necessário.

Uma nota especial deve ser dada a respeito das Perturbações por Uso de Substâncias. Como já foi referido anteriormente, a PHDA pode ser um factor de risco importante para o uso de substâncias. É mesmo possível que algumas drogas sejam usadas como auto-medicação, por poderem aliviar sintomas como a sensação de inquietação, a desatenção e as alterações do sono. Nestes casos o tratamento da PHDA poderia ajudar a diminuir os consumos. A diminuição da impulsividade, consequente ao tratamento, pode ainda beneficiar a manutenção da abstinência. É contudo controverso o tratamento com psicoestimulantes em pessoas com consumos mantidos, sendo que a maioria dos autores defende que em tais circunstâncias o tratamento da PHDA com psicoestimulantes não deve ser iniciado. Nestes casos o tratamento deveria ser iniciado só após um período de abstinência de várias semanas. Por outro lado, e ao contrário do que até há algum tempo se receava, o uso de medicação psicoestimulante não é um factor de risco que possa facilitar o início do uso de substâncias, nem esta medicação comporta riscos de dependência; pelo contrário, vários estudos têm mostrado que o tratamento da PHDA, usando nomeadamente medicação psicoes-

timulante, diminui o risco de Uso de Substâncias na adolescência, bem como diminui a percentagem de recaída em adultos com PHDA e perturbações por uso de substâncias, sem consumos recentes.

A medicação psicoestimulante (o metilfenidato em particular) é a medicação de primeira linha no tratamento da PHDA, tanto nos adultos como nas crianças. A eficácia e a segurança desta medicação têm sido extensamente comprovadas¹³. Como segunda linha, os antidepressivos tricíclicos (em particular os de acção noradrenérgica, como a bupropiona e a imipramina) têm sido referidos como eficazes, diminuindo a hiperactividade e a impulsividade, em crianças e adultos com PHDA. Estes medicamentos, para além de terem por norma efeitos adversos mais importantes que os estimulantes, parecem ser ainda pouco eficazes no tratamento do défice de atenção. O licenciamento em Portugal de novos medicamentos específicos para a PHDA, como a atomoxetina, já em uso nos EUA, abrirá o leque de possibilidades de terapêutica desta perturbação.

CONCLUSÃO

A PHDA é uma perturbação frequente que se prolonga ao longo de toda a vida, que afecta ambos os sexos e pode determinar graus de incapacidade importantes, com repercussões eventualmente graves a nível pessoal, familiar e social¹⁴.

A PHDA continua contudo a ser um diagnóstico que raramente é colocado, quando se avaliam adolescentes e adultos, seja como diagnóstico principal, seja em comorbilidade. É, por isso, importante que os médicos, a partir dos cuidados primários, sejam encorajados a identificar, diagnosticar, encaminhar e tratar crianças, adolescentes e adultos com PHDA¹⁵.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. Faraone SV. Genetics of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2004; 27:303-21.
3. Smalley SL, McGough JJ, Del'Homme M, NewDelman J, Gordon E, Kim T et al. Familial clustering of symptoms and disruptive behaviors in multiplex families with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:1135-43.
4. Sandra Kooij JJ et al.(2004). Internal and external validity of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine*, 34, 1-11.
5. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1792-8.
6. Weiss MD, Weiss JR. A guide to the treatment of adults with ADHD. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(Suppl 3):27-37.
7. Mick E, Faraone SV, Biederman J. Age-dependent expression of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Psychiatr Clin North Am* 2004; 27:215-24.
8. 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. 1990. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29: 546-57.
9. Barkley RA, Murphy K, Kwasnik D. (1996). Psychological adjustment and adaptive impairments in young adults with attention deficit hyperactivity disorder. *J Atten Disord* 1996; 1: 41-54.
10. Faraone SV, Spencer TJ, Montano CB, Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: a survey of current practice in psychiatry and primary care. *Arch Intern Med* 2004; 14:1221-6.
11. Biederman J. Impact of comorbidity in adults with attention-deficit / hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(Suppl 3):3--7.
12. Pliszka SR. Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 2000; 9:525-40.
13. Spencer T, Biederman J, Wilens T. Stimulant treatment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2004; 27:361-72.
14. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *JAMA* 2004; 292:619-23.
15. Montano B. Diagnosis and treatment of ADHD in adults in primary care. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(Suppl 3):18-21.

Bibliografia recomendada

Brown TE (editor). Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults. Washington, DC:American Psychiatric Press; 2000.

Endereço para correspondência:

Edifício CADIn, Estrada da Malveira
2750-782 Cascais.
www.cadin.net