



Perturbações do comportamento e perturbação de hiperactividade com défice de atenção: diagnóstico e intervenção nos Cuidados de Saúde Primários

Carla Pardilhão,* Margarida Marques,** Cristina Marques**

RESUMO

As Perturbações do Comportamento e a Perturbação de Hiperactividade com Déficit da Atenção são as formas mais comuns de psicopatologia na infância e na adolescência. Neste artigo são abordados sucintamente os aspectos inerentes ao seu manejo nos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente o seu diagnóstico, epidemiologia, factores de risco e protecção, avaliação clínica, comorbilidades, diagnóstico diferencial, prognóstico e estratégias de intervenção.

Palavras-chave: Perturbação Disruptiva do Comportamento; Perturbação do Comportamento; Perturbação de Oposição; Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção (PHDA).

INTRODUÇÃO

As Perturbações do Comportamento e a Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção (PHDA) constituem as formas mais comuns de psicopatologia na infância e na adolescência.

Estas perturbações acarretam pesados encargos individuais e sociais, em termos humanos e económicos, podendo ser precursoras de perturbações muito incapacitantes na idade adulta. O seu tratamento é dificultado pela complexidade dos factores implicados na sua etiopatogenia, pelo elevado grau de disfuncionalidade das famílias envolvidas e pela escassez de recursos comunitários para implementar estratégias de intervenção eficazes.¹

PERTURBAÇÕES DISRUPTIVAS DO COMPORTAMENTO

Definição

Os critérios de diagnóstico das Perturbações Disruptivas do Comportamento encontram-se definidos nas classificações internacionais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM-IV-TR] e *International Classification of Diseases* [ICD-10]).^{2,3} Este grupo complexo de situações engloba as Perturbações de Oposição e as Perturbações do Comportamento propriamente ditas.

De uma forma geral, as Perturbações de Oposição são caracterizadas por um padrão habitual de comportamento negativista, desobediente e desafiante em relação às figuras de autoridade.² As Perturbações do Comportamento caracterizam-se pela presença de padrões recorrentes e persistentes de:

- Dificuldade de aceitação de regras;
- Actos agressivos, desencadeados frequentemente por situações de frustração;

*Médica Interna do Internato Complementar de Pedopsiquiatria, Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia

**Pedopsiquiatras, Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia



- Comportamentos anti-sociais, de violação dos direitos básicos dos outros, com gravidade variável (roubos, mentiras, fugas, destruição de propriedade, agressão de pessoas e animais).⁴

Epidemiologia

Estudos internacionais apontam para uma prevalência de cerca de 5% das Perturbações do Comportamento em idade escolar, com predomínio no sexo masculino.^{1,4} As Perturbações de Oposição também são mais frequentes no sexo masculino e parecem constituir uma forma atenuada ou inicial das Perturbações do Comportamento.

A maioria dos casos de diagnóstico deste tipo de perturbações durante a infância mantém os sintomas na adolescência.

Nos rapazes em idade escolar predominam os com-

portamentos de oposição e heteroagressivos, que evoluem com frequência para comportamentos de características anti-sociais na adolescência. As raparigas apresentam menos comportamentos agressivos, mas mais atitudes de manipulação e, na adolescência, são habituais os comportamentos de risco, nomeadamente de cariz sexual, com risco de gravidez precoce.^{1,4-6}

Factores de Risco e de Protecção

Mais do que cada factor isolado, é a acumulação e a interacção entre os vários factores de risco que mais parece influir na génese das Perturbações do Comportamento (ver Quadro I).^{1,4,5}

Relativamente a este tipo de perturbações, é também importante ter em conta a presença de factores de protecção (ver Quadro II).¹

QUADRO I. Factores de Risco de Perturbação do Comportamento

Factores de Risco		
Individuais	Factores genéticos	Predisposição biológica
	Temperamento da criança	Temperamento difícil
	Défices neurocognitivos da criança	Epilepsia, Lesão cerebral Défice cognitivo (executivo e verbal)
	Período pré e pós-natal	Estilo de vida materno Idade materna inferior a 18 anos Complicações obstétricas Prematuridade Baixo peso ao nascer Traumatismos cranioencefálicos na 1ª infância
Familiares	Tipo de vinculação	Tipo inseguro ou desorganizado
	Disfunção familiar	Experiências precoces carenciais/ traumáticas Conflitualidade intra-familiar Exposição a violência e maus-tratos Estilo parental permissivo (falta de supervisão, alternância aleatória entre rigidez excessiva e ausência de limites) Irmão com Perturbação do Comportamento
	Patologia psiquiátrica parental	Perturbação da Personalidade Anti-Social Comportamentos aditivos Perturbação Depressiva materna
Ambientais	Baixo nível socioeconómico Grupos de pares delinquentes Insucesso e absentismo escolares Exposição a violência nos meios de comunicação	

QUADRO II. Factores de Protecção de Perturbações Disruptivas do Comportamento

1. Boa capacidade familiar para lidar com a adversidade
2. Bom nível cognitivo
3. Temperamento fácil
4. Boa capacidade de socialização com pares
5. Existência de relação significativa com pelo menos um dos progenitores ou outro adulto de referência
6. Relação com irmão mais velho responsável e autodisciplinado
7. Bom desempenho escolar e extracurricular
8. Integração em grupo pró-social
9. Integração em meio escolar promotor de sucesso, responsabilidade e autodisciplina

Avaliação Clínica nos Cuidados de Saúde Primários

Os Cuidados de Saúde Primários constituem a primeira linha de abordagem da maioria das situações de Perturbação do Comportamento, pelo que a avaliação destas deverá ter como objectivos a definição do tipo e gravidade do problema, a estimativa da importância relativa dos diversos factores de risco e protectores e o planeamento de uma intervenção terapêutica.⁷

Durante a entrevista clínica com os pais, o médico deverá abordar os seguintes aspectos:⁴

- Tipo e características dos sintomas: início, duração, frequência, intensidade, contexto, factores desencadeantes, agravantes e protectores, tentativas de resolução;
 - Sintomas eventualmente associados:
 - Alterações da atenção, controlo de impulsos, nível de actividade;
 - Emocionais: preocupações e medos excessivos, humor depressivo ou irritável;
 - Funcionais: motores, sono, alimentares, controlo de esfíncteres;
 - Experiências traumáticas anteriores;
 - Factores de *stress* ou mudanças recentes no meio sociofamiliar;
 - Percurso escolar: aproveitamento, absentismo, adaptação;
 - Funcionamento social: relação com pares, capacidade de comunicação, actividades.
- Será ainda relevante avaliar as características da re-

lação pais-criança, o tipo de funcionamento do agregado familiar e a sua história psiquiátrica, bem como a existência de problemas judiciais dos progenitores e a motivação da família para a mudança.⁴

Durante a observação do estado mental da criança ou adolescente, o médico deverá registar:⁴

- Aparência geral: vestuário consoante a idade e o sexo, sinais de negligência física;
- Tipo de relação com o observador: evitamento, proximidade excessiva, contacto ocular;
- Tipo de humor: ansioso, triste, zangado, eufórico;
- Linguagem: adequação à idade, compreensão, organização do discurso, capacidade de associação de ideias, tom calmo ou desafiador, linguagem peculiar;
- Nível de actividade: agitado, calmo, lentificado;
- Capacidade de manter a atenção;
- Presença de impulsividade: completa a tarefa, muda rapidamente de actividade;
- Pensamento (evidenciado pelo discurso): organização e coerência, presença de ideias bizarras;
- Movimentos anormais/tiques/vocalizações bizarras;
- Presença de ideação suicida;
- Capacidade de crítica relativamente às suas dificuldades.

Poderá ser necessário o pedido de exames complementares de diagnóstico, como o estudo laboratorial para pesquisa de tóxicos no sangue e urina, se houver suspeita de consumo de tóxicos e/ou intoxicação medicamentosa. A observação por outras especialidades (por exemplo Pediatria e/ou Neurologia Pediátrica) poderá ser também relevante para o diagnóstico diferencial.

Comorbilidades e Diagnóstico Diferencial

As Perturbações do Comportamento raramente surgem de forma isolada; na literatura internacional, a comorbilidade é elevada e diversificada, conforme ilustrado no Quadro III.

Intervenção e Orientação nos Cuidados de Saúde Primários

As Perturbações do Comportamento são situações psicopatológicas complexas e de difícil tratamento.^{1,5} A detecção precoce e a implementação de medidas de vigilância e apoio às famílias em risco parecem ter resultados mais encorajadores do que actuações mais tardias.



QUADRO III. Perturbação do Comportamento: Comorbilidade e Diagnóstico Diferencial

Comorbilidade	PHDA (3-41%) Perturbação do Humor (0-46%) Abuso de Substâncias Perturbação de Ansiedade (0-41%) Deficiência Mental Perturbação da Personalidade
Diagnóstico Diferencial	PHDA Perturbação do Humor Abuso de Substâncias Perturbação Psicótica Perturbação Global do Desenvolvimento Perturbação de Adaptação Perturbação de Causa Orgânica

Abreviaturas: PHDA: Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção.

Estas situações exigem habitualmente uma intervenção integrada, que inclua estruturas de Saúde, Educação, Sociais e eventualmente Judiciais.

Nos Cuidados de Saúde Primários, para uma intervenção terapêutica mais eficaz o médico deverá:⁴

Considerar os factores desencadeantes e perpetuadores a nível familiar, social ou escolar;

Ter em conta os factores protectores presentes, como ponto de ancoragem da intervenção;

Fornecer apoio e orientação aos pais no sentido de:

- Evitar exposição da criança a situações de violência;
- Motivar a família para a mudança;
- Desaconselhar punições físicas;
- Sublinhar a importância da coerência de regras e atitudes;
- Impedir benefícios secundários com o sintoma;
- Fomentar outras formas de expressão da agressividade;

Articular-se com a escola, de forma a planear intervenções neste contexto que facilitem a integração no grupo de pares e o investimento em actividades lúdicas/desportivas;

Articular-se com a rede de apoio social e com projectos de intervenção socioculturais locais.

Se as medidas anteriormente instituídas não atenuarem a sintomatologia e, sobretudo, se existirem perturbações emocionais associadas, o caso deverá ser orien-

tado para consulta de Pedopsiquiatria.

Se coexistirem dificuldades de aprendizagem, deve ainda referenciar-se a situação às equipas ligadas aos apoios educativos da escola; se for detectada problemática social que o justifique, será igualmente relevante a orientação para os serviços sociais locais.⁴

A utilização de psicofármacos nas Perturbações do Comportamento pode constituir uma intervenção terapêutica adjuvante, nomeadamente no tratamento das comorbilidades e no controlo de sintomas graves, como a agressividade e a impulsividade intensas.

Embora ainda não exista indicação formal para a sua utilização neste tipo de perturbações, fármacos como os estimulantes (ex.: metilfenidato), antipsicóticos (ex.: risperidona), antidepressivos (ex.: fluoxetina), lítio, antiepilépticos (ex.: carbamazepina) e agonistas alfa (ex.: clonidina) podem ter efeito clínico benéfico, dependendo da avaliação em consulta pedopsiquiátrica.⁸

Evolução e Prognóstico

O prognóstico das Perturbações do Comportamento é variável, dependendo da sua gravidade, bem como do número e tipo de sintomas. Casos com sintomatologia múltipla, de gravidade moderada a severa e com disfunção familiar coexistente podem evoluir para Perturbações de Personalidade na idade adulta.⁴

PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO

Definição

Os critérios de diagnóstico de PHDA definidos nas classificações internacionais (DSM IV-TR e ICD-10) englobam uma associação de sintomas de aumento da actividade motora, impulsividade e défice da atenção, que se evidenciam durante mais de seis meses em pelo menos dois contextos (casa, escola, situações sociais) e interferem significativamente no funcionamento da criança.^{2-4, 9-11}

Na idade pré-escolar, as crianças com esta perturbação manifestam incapacidade mantida de permanecerem sentadas ou envolvidas em actividades tranquilas, apresentando um estado de inquietude extrema, por vezes associado a comportamentos potencialmente perigosos. Na idade escolar e na adolescência o quadro é semelhante, embora com decréscimo progressivo da



intensidade dos sintomas de hiperactividade e impulsividade, mantendo-se geralmente o défice de atenção.^{4,11} A distração fácil pelas dificuldades na atenção selectiva, as limitações no controlo de impulsos e no cumprimento de instruções condicionam lentidão na realização de tarefas, com consequente ineficácia, baixa tolerância à frustração e baixa auto-estima.¹¹

Epidemiologia

A PHDA é o distúrbio neurocomportamental mais frequente na criança de idade escolar, sendo a perturbação do desenvolvimento da infância e adolescência mais estudada.¹¹ Estima-se que a PHDA afecte cerca de 7 % das crianças e adolescentes em idade escolar, sendo três a quatro vezes mais comum no sexo masculino.^{9,11}

É mais frequentemente diagnosticada nesta fase, em função das maiores exigências sociais e académicas, podendo contudo manifestar-se em idades mais precoces.

No sexo feminino predominam os sintomas de falta de atenção, sendo os sintomas de hiperactividade e impulsividade geralmente de menor intensidade. Por esse motivo, presume-se que o número de casos subdiagnosticados em raparigas seja significativo.¹¹

Factores de Risco

Os factores de risco implicados na etiopatogenia da PHDA incluem:^{10,11}

- Factores genéticos (hereditariedade estimada em 65-90%, com agregação familiar);
- Factores pré e peri-natais (exposição a álcool e drogas durante a gravidez, baixo peso ao nascimento, prematuridade, traumatismo cranioencefálico, anóxia);
- Lesões neurológicas (ex.: epilepsia), principalmente se associadas a défice cognitivo;
- Família numerosa, desagregada, com conflito parental, de baixo nível socioeconómico;
 - Patologia psiquiátrica parental (ex.: depressão materna, comportamentos anti-sociais, abuso de substâncias, défices cognitivos);
 - Relacionais (privação afectiva precoce e grave, institucionalização, incapacidade familiar de compreensão, contenção e organização do comportamento da criança).

Avaliação

Sendo o diagnóstico da PHDA essencialmente baseado em critérios clínicos comportamentais, a avaliação médica está sujeita a subjectividade.¹¹ Para minimizar a influência desta, é essencial recorrer a múltiplas fontes de informação (pais, criança, professores, educadores, outros elementos da comunidade).

A questão fulcral consiste em avaliar se os níveis de actividade, grau de impulsividade e défice de atenção interferem significativamente com o funcionamento escolar, familiar e social da criança e se lhe causam sofrimento. Uma vez que o quadro clínico pode variar consoante a idade e o nível de desenvolvimento, em crianças pequenas o diagnóstico deve ser cauteloso.⁴

Durante a entrevista clínica com os pais, o médico deverá abordar aspectos como:^{4,11}

- Características das alterações da atenção, nível de actividade e controlo de impulsos: idade de início, duração, frequência, intensidade, contexto, factores desencadeantes, agravantes e protectores, tentativas de resolução, impacto funcional;
- Sintomas associados (ex.: baixa auto-estima, agressividade, oposição, intolerância à frustração, comportamentos anti-sociais);
- Emoções: características e competências emocionais da criança, preocupações ou medos excessivos, humor depressivo ou irritável;
- Sintomas funcionais: motores, sono, alimentares, controlo de esfíncteres;
- Percurso escolar: aproveitamento, adaptação, dificuldades de aprendizagem;
- Funcionamento social: relação com pares, capacidade de comunicação, actividades extracurriculares;
- Experiências traumáticas anteriores e factores de stress ou mudanças recentes no meio sociofamiliar;
- Ambiente familiar, regras de disciplina, contexto social da família, expectativas dos pais;
- Antecedentes pessoais: desenvolvimento motor e da linguagem, factores de risco pré, peri e pós-natais;
- Antecedentes familiares: PHDA, perturbações psiquiátricas (depressão, doença bipolar, ansiedade, tiques), doenças genéticas.

O exame objectivo da criança deverá incluir um exame neurológico sumário e uma avaliação do desenvolvimento psicomotor, da visão e da audição. Como a observação directa pode não ser esclarecedora quanto



ao comportamento da criança no seu contexto habitual, pode recorrer-se a escalas padronizadas de comportamentos (ex.: questionários de Connors e Achenbach) como instrumentos auxiliares de diagnóstico, os quais são preenchidos pelos pais e professores. Embora tenham elevada sensibilidade e especificidade, devem ser sempre interpretados no contexto da avaliação global da criança.

Quando relevante, podem também requisitar-se avaliações cognitivas e psicopedagógicas, sobretudo nos casos em que coexistem dificuldades específicas de aprendizagem ou suspeita de défice cognitivo, bem como avaliações por outras especialidades médicas (ex.: Neurologia Pediátrica, Otorrinolaringologia, Oftalmologia).

Comorbilidades e Diagnóstico Diferencial

A existência de comorbilidade é a regra, nos casos de PHDA.¹⁰ Cerca de 60% das crianças apresenta outras condições médicas, psicológicas ou do desenvolvimento que coexistem ou se sobrepõem à PHDA, conforme ilustrado no Quadro IV.⁹⁻¹¹

A inespecificidade dos sintomas da PHDA dificulta o diagnóstico diferencial. Contudo, a presença de comorbilidades deve ser pesquisada na avaliação destas crianças, dado constituírem factores de mau prognóstico (ver Quadro IV).¹¹

Intervenção e Orientação nos Cuidados de Saúde Primários

Se a criança parece manter um bom funcionamento habitual, a intervenção médica deverá visar a promoção de atitudes parentais adequadas na relação com o filho, informando sobre as características da perturbação e aconselhando os pais a articular-se com a escola, de forma a manter uma vigilância da situação.⁴

Se, pelo contrário, já houver compromisso da relação com os pais, da adaptação e do desempenho escolares, há que intervir:⁴

Ao nível da família:

- Explicar aos pais a situação, desmistificando a ideia de que a criança é “má”, sem no entanto os desresponsabilizar quanto ao manejo da situação;
- Incentivar o estabelecimento de regras e limites bem definidos;
- Incentivar desempenhos positivos;

QUADRO IV. Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção: Comorbilidade e Diagnóstico Diferencial

Comorbilidades	Perturbação de Oposição (54-84%) Perturbação do Comportamento (14-26%) Perturbação da Ansiedade (34%) Perturbação do Humor (4%) Perturbações da Linguagem (25-35%) Dificuldades de Aprendizagem Deficiência Mental
Diagnóstico Diferencial	Perturbação de Oposição Perturbação do Comportamento DAMP Deficiência Mental Perturbação Global do Desenvolvimento Abuso de Substâncias Perturbação do Humor (Perturbação Bipolar) Déficit Sensorial (auditivo, visual) Doença Neurológica (epilepsia, infecções do SNC, doenças degenerativas, síndrome fetal alcoólico) Doença Endócrina (hipertiroidismo, feocromocitoma) Doença Metabólica

Abreviaturas: DAMP - Déficit de atenção, controlo motor e percepção; SNC - Sistema Nervoso Central.

- Promover uma relação próxima e securizante com os pais.
Ao nível do jardim de infância ou escola:
- Promover a relação com uma figura de referência (educadora, professora) que seja contentora e organizadora do comportamento da criança;
- Proceder a avaliação pedagógica e implementação de plano educativo de acordo com as necessidades individuais (ex.: apoio acrescido, turma com número reduzido de alunos, ensino especial);
- Avaliar a presença de dificuldades instrumentais associadas, as quais podem requerer investigação e intervenção específicas (ex.: terapia da fala e psicometricidade);
- Ponderar integrar a criança no horário da manhã.
Se as medidas anteriormente tomadas se mostrarem



ineficazes ou existir agravamento da situação, o caso deverá ser orientado para consulta de especialidade (para Consulta de Pedopsiquiatria se existirem outros sintomas psicopatológicos associados, nomeadamente perturbações do humor, da ansiedade, perturbações graves de oposição e do comportamento ou em casos de psicopatologia e/ou disfunção familiar grave).⁴

Para o controlo sintomático da desatenção, hiperatividade e impulsividade, com vista a melhorar o desempenho académico, as competências sociais e, consequentemente, a auto-estima da criança, podem considerar-se estratégias terapêuticas comportamentais, educacionais, actividades extracurriculares, terapia familiar, participação em grupos de pais ou de apoio da comunidade. Em associação a estas intervenções, e desde que não haja contra-indicações, deve ainda efectuar-se uma prova terapêutica com um psicoestimulante (ex.: metilfenidato), sendo este fármaco de primeira linha no tratamento da PHDA, principalmente na ausência de comorbilidades associadas.⁹⁻¹¹

Evolução e Prognóstico

O prognóstico da PHDA varia de acordo com a intensidade dos sintomas e as atitudes do meio (familiar, escolar, social). Factores como a associação com perturbações do comportamento, as dificuldades de socialização com pares e nas relações intra-familiares determinam um pior prognóstico.⁴

Em 60 a 85% das crianças com PHDA o diagnóstico persiste durante a adolescência, estimando-se que entre 30 a 60% mantenham sintomas significativos como adultos.¹¹

O mau aproveitamento escolar e a desadaptação social inerentes a esta perturbação causam sofrimento e baixa auto-estima, condicionando, no jovem e no adulto, maior risco evolutivo para situações envolvendo criminalidade, comportamentos anti-sociais, acidentes de viação; também apresentam risco acrescido para abuso de substâncias, perturbações depressivas, problemas conjugais, dificuldades sociais e laborais.¹¹

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997 Oct; 36 (10 Suppl): 122S-39S. Disponível em: <http://www.aacap.org/galleries/PracticeParameters/Conduct.pdf> [acedido em: 10/10/2009].
2. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4ª ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2002.
3. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
4. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2009/10/cnsm_recpraticaclinicasaudemental_csp.pdf [acedido em 10/10/2009].
5. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Expertise Collective: troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Paris: Centre d'expertise collective de l'Inserm, Updated: 2005. Disponível em: http://ist.inserm.fr/basisrapports/trouble_conduites/trouble_conduites_synthese.pdf [acedido em 10/10/2009].
6. Hughes T, Garralda ME, Tylee A. Child Mental Health Problems: a booklet on child psychiatry problems for general practitioners. London: St. Mary's C.A.P.; 1995.
7. Graham PJ, Verhulst FC, editors. Child psychiatry: a developmental approach. 4th ed. New York: Oxford University Press, 2007.
8. Searight HR, Rottnek F, Abby SL. Conduct disorder: diagnosis and treatment in primary care. *Am Fam Physician* 2001 Apr 15; 63 (8): 1579-88.
9. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007 Jul; 46 (7): 894-921. Disponível em: http://www.aacap.org/galleries/PracticeParameters/New_ADHD_parameter.pdf [acedido em 10/10/2009].
10. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, Buitelaar J, van Daalen E, Fegert J, et al. International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur Neuropsychopharmacol* 2004 Jan; 14 (1): 11-28.
11. Cordinha AC, Boavida J. A criança hiperactiva: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Rev Port Clin Geral*. 2008 Set-Out; 24 (5): 577-89.

As autoras declararam não possuir conflitos de interesses

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Carla Pardilhão
Departamento de Pedopsiquiatria
Hospital D. Estefânia, Rua Jacinta Marto
1169-045 Lisboa
E-mail: carlapardilhao@gmail.com



ABSTRACT

CONDUCT DISORDERS AND ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: DIAGNOSIS AND INTERVENTION IN PRIMARY HEALTH CARE

Conduct Disorders and Attention Deficit and Hyperactivity Disorder are the most common forms of psychopathology in childhood and adolescence. This article briefly addresses aspects of its management in primary health care, including diagnosis, epidemiology, risk and protective factors, clinical evaluation, comorbidities, differential diagnosis, prognosis and intervention strategies.

Keywords: Disruptive Behaviour Disorder; Conduct Disorder (CD); Oppositional Defiant Disorder (ODD); Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).
