



PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO NO ADULTO: QUAL O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA? ADULT ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: WHAT IS THE ROLE OF THE FAMILY PHYSICIAN?

Post RE, Kurlansk SL. Diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Am Fam Physician* 2012 May 1; 85 (9): 890-6.

Nas últimas décadas tem-se vindo a dedicar atenção crescente à persistência da Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção (PHDA) na idade adulta, acreditando-se actualmente que este transtorno pode persistir em pelo menos 30% dos pacientes diagnosticados na infância.

Estima-se que 3 a 4% dos adultos cumprem os critérios de diagnóstico do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)*, existindo 16% que cumprem critérios em número insuficiente. Atendendo a que 65 a 85% dos diagnósticos em crianças e adolescentes ocorrem nos cuidados primários, é razoável concluir que muitos adultos se apresentarão também ao seu médico de família para a avaliação deste problema.

Diagnóstico diferencial

Várias condições apresentam sintomatologia similar à PHDA e exigem um diagnóstico diferencial.

Condições médicas incluem défices de audição, apneia do sono e interações medicamentosas.

Condições psiquiátricas incluem ansiedade, transtornos do humor, transtorno obsessivo-compulsivo, uso de drogas, problemas de aprendizagem e défices intelectuais. Substâncias como os esteróides, anti-histamínicos, cafeína e nicotina também podem afectar a atenção.

Os adultos com PHDA podem apresentar estas patologias como comorbilidades, sendo o conhecimento da cronologia da sintomatologia fundamental para realizar um diagnóstico preciso.

Diagnóstico

O diagnóstico assenta numa história clínica detalhada, na avaliação do comportamento actual e do nível de funcionamento. Os critérios do DSM-IV para a PHDA no adulto são iguais aos das crianças, existindo muitas críticas aos mesmos, nomeadamente à baixa idade de corte para o diagnóstico (7 anos) e o facto de muitas manifestações no adulto serem diferentes.

Em antecipação à DSM-V, a Associação Americana de Psiquiatria apresentou uma proposta de alteração aos actuais critérios que inclui aumentar a idade de corte para os 12 anos e diminuir o número de critérios a cumprir de seis para quatro.

O diagnóstico clínico da PHDA no adulto deve ter uma abordagem por degraus:

- Avaliação dos sintomas de PHDA nos últimos 6 meses.
- Estabelecimento de uma história de PHDA antes dos 7 anos.
- Avaliação do impacto a nível doméstico, laboral, escolar e de relacionamento.
- Obtenção da história de desenvolvimento para estabelecimento de sintomas na infância.
- Obtenção da história psiquiátrica para exclusão de outras patologias psiquiátricas ou determinação da presença de comorbilidades.
- Obtenção da história familiar de PHDA, tiques, uso de drogas e comportamentos criminosos.
- Realização de exame físico para exclusão de causas médicas (nomeadamente tiroideias e neurológicas) e avaliação de possíveis contra-indicações ao uso de terapêutica estimulante. Deverá avaliar-se o peso inicial para comparação em futuras monitorizações.

Existe um conjunto de escalas que permitem estruturar o diagnóstico e podem facilitá-lo. No entanto, é escassa a informação existente sobre a sua sensibilidade e especificidade.

Não existem exames laboratoriais específicos nem exames complementares que confirmem o diagnóstico. No entanto, o estudo das funções tiroideia e hepática e a determinação dos níveis de chumbo poderão ser úteis na exclusão de comorbilidades e patologias mimetizantes.

Tratamento

Farmacoterapia

A base do tratamento da PHDA é a farmacoterapia.

As *guidelines* clínicas recomendam os estimulantes e a atomoxetina como primeira linha de tratamento. Estimulantes e antidepressivos (como a bupropiona e a desipramina) têm eficácia similar, embora não existam ensaios de comparação directa.

A medicação deverá ser iniciada com doses baixas e titulada lentamente até alcançar o máximo benefício ou os efeitos secundários se tornarem intoleráveis. Deve-se esperar 4 a 6 semanas entre ajustes de doses, devendo-se preferir os estimulantes de acção prolongada.



São contra-indicações para o uso de estimulantes a hipertensão arterial, taquicardia, arritmias cardíacas, psicose, transtorno bipolar, anorexia grave e síndrome de *Tourette*. Apesar da existência de relatos de casos de morte súbita em pacientes com problemas cardíacos graves, um estudo recente com 150 000 adultos demonstrou que o seu uso não aumenta o risco de eventos cardiovasculares graves.

Outras medicações usadas em crianças com PHDA, como o modafinil e os agonistas alfa clonidina e guanfacina não apresentam evidências suficientes que permitam recomendá-los em adultos.

Outras terapias

Pequenos estudos têm demonstrado que a terapia cognitivo-comportamental é útil como adjuvante da medicação no tratamento da PHDA, podendo melhorar o desempenho das actividades diárias.

A meditação e a erva de São João foram também sugeridas como potenciais terapias, não existindo no entanto evidência suficiente para recomendá-las.

Comorbilidades

Depressão

De uma maneira geral, a depressão deverá ser tratada antes de tratar a PHDA. O uso combinado de antidepressivos e estimulantes é seguro e eficaz, estando no entanto contra-indicado o uso concomitante da atomoxetina e dos inibidores selectivos da recaptção da serotonina por partilharem a via do citocromo P450.

Doença bipolar

Os estimulantes devem ser evitados, devendo-se preferir os estabilizadores do humor e os antipsicóticos atípicos.

Ansiedade

Nos doentes com transtornos da ansiedade, os estimulantes constituem a primeira linha de tratamento, seguidos pelos inibidores selectivos da recaptção da serotonina e pela terapia cognitivo-comportamental.

Deficiências intelectuais

Nos utentes com défices intelectuais não existe evidência suficiente para recomendar o uso de estimulantes no tratamento da PHDA. Existem estudos sobre o uso de risperidona, sendo no entanto a evidência disponível sobre a sua eficácia insuficiente.

Referenciação

Não existe evidência suficiente acerca de quando referenciar para os cuidados de saúde secundários. Dever-se-á ter em conta a presença de comorbilidades que normalmente se referenciarão (incluindo depressão e ansiedade graves) e a existência de sintomatologia que afecte gravemente o funcionamento do utente.

Uso indevido de estimulantes

Um estudo em cerca de 4 300 adultos aponta para uma taxa de uso não médico de estimulantes de 2%. Ser homem, de raça branca e ter antecedentes de abuso de substâncias são factores de risco para o seu uso indevido.

Os médicos de família deverão considerar o recurso a estratégias para prevenir o uso ilícito de substâncias prescritas para adultos com PHDA, tais como a assinatura de um acordo de controlo de substâncias mediante análises de urina de rastreio e a calendarização de vigilâncias periódicas para avaliar a eficácia da medicação e a potencial violação do acordo.

Comentário

A PHDA é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns na infância. Até há pouco tempo acreditava-se que se tratava de uma doença de resolução espontânea durante a adolescência e juventude, com pouco ou nenhum impacto na vida adulta.¹ A evidência actual, no entanto, aponta para a persistência da PHDA na idade adulta na maioria dos casos, existindo alguns factores preditores da mesma (severidade dos sintomas, presença de comorbilidades e existência de condições psicossociais adversas). A NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) preconiza nas suas *guidelines*

uma transição programada do seguimento da PHDA dos cuidados pediátricos para os cuidados de saúde do adulto, por forma a evitar o vazio de seguimento que a maioria destas crianças e adolescentes experimentam quando atingem a idade adulta. Idealmente, os cuidados do adulto deveriam envolver os cuidados de saúde primários, equipas comunitárias de saúde mental e serviços especializados em PHDA em adultos.²

Este artigo de revisão narrativa resume de forma clara e concisa os aspectos mais relevantes do diagnóstico e tratamento da PHDA no adulto que, para muitos pro-



fissionais no nosso país, continua a ser uma «doença que não existe». A falta de sensibilização dos médicos para este problema, que poderá resultar da ausência de formação pré e pós-graduada nesta área, o alto grau de suspeição necessário ao diagnóstico e a inexistência de um instrumento diagnóstico específico e de critérios que «*captem*» a apresentação complexa da PHDA na idade adulta poderão justificar o seu subdiagnóstico.^{1,3-5} Este subdiagnóstico e a consequente ausência de tratamento têm sido associados a taxas mais altas de insucesso académico, baixo nível ocupacional, risco aumentado de dependências (álcool, tabaco e drogas), acidentes, delinquência e relações sociais mais pobres.^{1,4,6}

As *guidelines* actuais preconizam uma abordagem multimodal da doença, que inclua psico-educação do doente e família, tratamento farmacológico, *coaching*, terapia cognitivo-comportamental e terapia familiar.¹ A farmacoterapia constitui a primeira linha de tratamento, sendo o metilfenidato a primeira opção terapêutica. A atomoxetina e a dexanfetamina são opções caso o paciente não responda ou seja intolerante ao metilfenidato. Nos casos em que exista risco de abuso de substâncias, a atomoxetina é o fármaco de primeira linha.⁷ O apoio psicológico individual ou em grupo está recomendado em doentes que recusem o diagnóstico ou o tratamento farmacológico, apresentem fraca adesão terapêutica, fraca resposta aos fármacos ou mantenham limitações funcionais importantes.⁷ Numa revisão sistemática de *Vidal-Estrada* e colaboradores (2012), a terapia cognitivo-comportamental surge como a abordagem psicológica mais eficaz tanto no tratamento da PHDA como da ansiedade e depressão, comorbilidades frequentemente presentes nestes pacientes e com importante repercussão funcional no dia-a-dia do doente.⁸

O Médico de Família encontra-se numa posição central para o diagnóstico desta patologia, sendo por isso importante um maior investimento na formação deste especialista nesta área, capacitando-o para a sua correcta abordagem. Neste contexto, este artigo de revisão narrativa constitui um documento importante na educação médica contínua, permitindo ao leitor adquirir e

actualizar os seus conhecimentos de acordo com o «estado da arte», num curto espaço de tempo. Contudo, são de realçar algumas das suas limitações, nomeadamente o facto de não possuir uma metodologia clara que permita a reprodução dos dados, ao contrário das revisões sistemáticas, devendo por isso as recomendações ser interpretadas mais cautelosamente, e tendo sempre em conta a evidência que as sustenta.

Carla Isabel Simões
Interna de Medicina Geral e Familiar do 4.º ano
USF Flor de Sal – Aveiro

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugué M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry* 2010 Sep 3; 10: 67.
2. Young S, Murphy CM, Coghill D. Avoiding the 'twilight zone': recommendations for the transition of services from adolescence to adulthood for young people with ADHD. *BMC Psychiatry* 2011 Nov 3; 11: 174.
3. Silva AL. Adulto com hiperactividade e défice de atenção: manifestações clínicas e comorbilidades. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2010. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50129/2/Adulto%20com%20Hiperactividade%20e%20Dfice%20de%20Ateno%20%20Manifestaes%20Clnicas%20e%20Comorbilidades.pdf> [acedido em 14/08/2012]
4. Coogan AN, Dobrea A, Donev RM, Mateescu L, Müller U, Thome J, et al. Adult attention deficit hyperactivity disorder: translating research into practice. *Atten Defic Hyperact Disord* 2012 Mar; 4 (1): 41-51.
5. Mate B, Rohde LA, Grevet EH. ADHD in adults: a concept in evolution. *Atten Defic Hyperact Disord* 2012 Mar; 4 (1): 53-62.
6. Agarwal R, Goldenberg M, Perry R, IsHak WW. The quality of life of adults with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Innov Clin Neurosci* 2012 May; 9 (5-6): 10-21.
7. National Collaborating Centre for Mental Health. Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults - NICE clinical guideline 72. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008.
8. Vidal-Estrada R, Bosch-Munso R, Nogueira-Morais M, Casas-Brugue M, Ramos-Quiroga JA. Psychological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review. *Actas Esp Psiquiatr* 2012 May; 40 (3): 147-54.

CONFLITOS DE INTERESSE

A autora declarou não apresentar nenhum conflito de interesses.