



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

HIPERATIVIDADE NO ADULTO

Revisão Bibliográfica

Vânia Pacheco

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Dr. Vítor Manuel Sainhas de Oliveira

Covilhã, abril de 2015

Resumo

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção é uma perturbação do desenvolvimento do Sistema Nervoso, que se caracteriza pela tríade clássica: défice de atenção, hiperatividade e impulsividade.

Pode atingir o auge ou manifestar-se pela primeira vez no início da idade escolar.

Durante muitos anos foi considerada uma doença estritamente infantil, que era superada na adolescência. Apesar do quadro clínico melhorar com o amadurecimento, os sinais sintomatológicos podem estender-se para a idade adulta, com impacto negativo na qualidade de vida e no quotidiano, nomeadamente a nível pessoal, familiar, social, afetivo, académico e ocupacional. Todavia, nos adultos continua a ser subdiagnosticada.

É uma doença com etiologia multifatorial, sendo o resultado de uma complexa combinação de fatores genéticos, ambientais, culturais, sociais e alterações estruturais e funcionais. A hereditariedade é, no entanto, considerada a principal causa desta perturbação.

Existem dois principais sistemas de classificação (o Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais e a Classificação Internacional de Doenças) que apresentam os critérios diagnósticos que devem orientar a análise do comportamento de indivíduos com suspeita de Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção.

Atualmente, não existe nenhum teste neuropsicológico específico para determinar a presença ou ausência da doença, o que ilustra a importância de um elevado índice de suspeição. O seu diagnóstico é tipicamente clínico e, em adultos, é sobretudo retrospectivo, dependendo da análise do comportamento na infância e de uma avaliação concreta do comportamento atual.

Esta perturbação raramente surge isolada, sendo as comorbilidades frequentes.

O tratamento deve ser multimodal. Contudo, a medicação é o cerne do tratamento, sendo os psicoestimulantes os fármacos de primeira linha.

Sob o aspeto metodológico, desenvolveu-se uma pesquisa bibliográfica atualizada, baseada no levantamento de artigos da *Pubmed*, *B-on*, *UpToDate*, e *Google Académico* e em livros e revistas de referência da área da Psiquiatria, com o intuito de verificar de que forma a sintomatologia desta perturbação afeta as atividades diárias e a qualidade de vida dos seus portadores.

Palavras-chave

Hiperatividade; Hipercinética; Atenção; PHDA; Adultos.

Abstract

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder is a developmental disorder of the nervous system, characterized by the classic triad: attention deficit, hyperactivity and impulsivity.

It can reach its peak or manifest for the first time in the early school age.

For many years it was considered strictly a childhood disease, which was later overcome during adolescence. In spite of its clinical profile getting better with the age, the symptomatology signs may extend into adulthood, with negative impact on the quality of life, including personal, family, social, emotional, academic and occupational level. Nevertheless, in adults remains underdiagnosed.

It is a disease of multifactorial etiology, the result of a complex combination of genetic, environmental, cultural, social and structural and functional changes. Heredity is, however, considered the main cause of such disturbance.

There are two main classification systems (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and the International Classification of Diseases) which present the diagnostic criteria that should guide the analysis of the behavior of individuals with suspected Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Currently, there is no specific neuropsychological test to determine the presence or absence of the disease, which illustrates the importance of a high index of suspicion. The diagnosis is typically clinical and, in adults, is mainly retrospective, depending on behavior analysis in childhood and a real assessment of current behavior.

This disturbance appears rarely isolated, with frequent comorbidities.

Treatment should be multimodal. However, medication is the mainstay of treatment, while psychostimulants are the first-line drugs.

From the methodological point, an updated literature search was developed based on survey items Pubmed, B-on, UpToDate, and Google Académico and in books and reference journals in the Psychiatry area, in order to verify how the symptoms of this disorder affect daily activities and the quality of life of its patients.

Keywords

Hyperactivity; Hyperkinetic; Attention; ADHD; Adults.

Índice

RESUMO	III
ABSTRACT.....	IV
LISTA DE TABELAS	VI
LISTA DE ACRÓNIMOS.....	VII
CAPÍTULO I	1
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS	2
3. MATERIAIS E MÉTODOS	3
CAPÍTULO II.....	4
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	4
1.1. DEFINIÇÃO	4
1.2. CLASSIFICAÇÕES ATUAIS.....	4
1.2.1. Critérios do DSM-V	4
1.2.2. Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (WHO-CID10)	9
1.2.2.1. Comparação da CID-10 (WHO,1993) com o DSM-V (APA, 2013).....	11
1.3. EPIDEMIOLOGIA	12
1.4. ETIOLOGIA	12
1.4.1. Disfunções estruturais/anatómicas	13
1.4.2. Fatores de Risco.....	14
1.5. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	16
1.5.1. Hiperatividade.....	17
1.5.2. Perturbação da atenção	18
1.5.2.1. «Hiperfocagem»	18
1.5.3. Comportamento impulsivo	19
1.5.4. Especificadores de apresentação	20
1.5.5. Curso da doença	21
1.6. COMORBILIDADE	22
1.7. DIGNÓSTICO	23
1.7.1. Diagnóstico Diferencial	26
1.8. TRATAMENTO	28
1.8.1. Metilfenidato	30
1.9. PROBLEMAS E IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA	31
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
BIBLIOGRAFIA	35

Lista de Tabelas

Tabela 1.2.1. - Critérios diagnósticos para a Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção (DSM-V, APA, 2013)	5
Tabela 1.2.2. - Diretrizes diagnósticas para Perturbações Hiperativas (WHO-CID 10,1992)..	9
Tabela 1.6. - Prevalência de comorbidades específicas na população com PHDA.....	23

Lista de Acrónimos

ADD	Attention Deficit Disorder
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ADN	Ácido desoxirribonucleico
APA	American Psychiatric Association
CID	Classificação Internacional de Doenças
CID-10	Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição
DaT	Dopamine transporter
DRD2	Dopamine receptor D2
DRD4	Dopamine receptor D4
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
h	Hora
ml	Militro
OMS	Organização Mundial de Saúde
p.ex.	Por exemplo
PHDA	Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção
Q.I.	Quociente de inteligência
WHO	World Health Organization

Capítulo I

1. Introdução

A atividade excessiva pode ter significado psiquiátrico em vários contextos.⁽¹⁾ Por vezes, a hiperatividade é de tal forma pronunciada que constitui uma entidade clínica. A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é uma perturbação do desenvolvimento do Sistema Nervoso, que se caracteriza pela tríade clássica: défice da atenção, hiperatividade e impulsividade.⁽²⁻⁶⁾ Tipicamente manifesta-se precocemente, muitas vezes antes ou aquando da entrada da criança na escola primária, altura em que surgem os primeiros sinais de alarme, nomeadamente, o insuficiente aproveitamento escolar e um comportamento extremamente desadequado, particularmente a irrequietude e a impulsividade manifestas, em comparação com crianças da mesma idade.

Durante muitos anos, a PHDA foi considerada uma doença estritamente infantil, que era superada na adolescência.^(7, 8) Apesar do quadro clínico melhorar com o amadurecimento, em 50% a 70% dos casos, a melhoria é apenas parcial, sem remissão completa da perturbação, com os sinais sintomatológicos a estenderem-se para a idade adulta.⁽⁹⁻¹⁴⁾ Não é possível diagnosticar PHDA em adultos sem que um diagnóstico na infância seja documentado.⁽⁹⁾ A hiperatividade de um certo grau de severidade acarreta geralmente impacto negativo na qualidade de vida e no quotidiano, com extensão a nível pessoal, familiar, social, afetivo, académico e ocupacional.^(6, 10, 15-18) O facto de a PHDA representar um ónus financeiro considerável para as famílias e para a sociedade, define-a como um problema de saúde pública.⁽⁵⁾

Como é sabido, as abordagens fenomenológicas, fisiopatológicas e a nível do tratamento da PHDA derivam, em grande parte, de conclusões resultantes de investigações com crianças, que foram replicadas para adultos.⁽¹⁴⁾

Compreender o modo como a PHDA evolui e se manifesta na idade adulta, assim como ajudar a mitigar o estigma de que se trata de uma perturbação estritamente infantil, justificam e alicerçam o interesse académico e clínico que estão na origem desta revisão monográfica.

2. Objetivos

Esta revisão bibliográfica tem como objetivos primordiais a análise da literatura médica relativa ao tema Hiperatividade no Adulto, bem como a referência às diretrizes vigentes e conhecimentos atualmente aceites, pela comunidade científica, relativos a esta temática.

Perante a impossibilidade de abranger neste trabalho as infindas abordagens que este tema acarreta, a presente dissertação circunscrever-se-á a um estudo mais aprofundado da epidemiologia, etiologia, apresentação clínica e estratégias de diagnóstico e tratamento referentes a esta doença.

O desígnio desta monografia não passa, todavia, por esgotar os temas apresentados. É antes, o de servir de ponto de partida para perceber de que forma a hiperatividade se manifesta, na idade adulta, particularmente, em termos de sintomatologia. De modo a clarificar o seu traço evolutivo, traçar-se-á um percurso hermenêutico na procura dos significados atribuídos aos sintomas da PHDA.

Pretende-se, também, que a utilidade deste texto passe pela sensibilização do leitor, procurando ser um contributo para uma melhor compreensão do indivíduo adulto com Hiperatividade, com o intuito de proporcionar um debate mais esclarecido, neste âmbito.

Por fim, e porque esta doença cursa, não raras vezes, com impacto na qualidade de vida, particularmente a nível familiar, académico/profissional e das relações pessoais, enfatiza-se a importância de um diagnóstico precoce e, sobretudo a possibilidade de tratamento desta patologia.

3. Materiais e Métodos

A metodologia aplicada na elaboração desta dissertação baseia-se numa revisão da bibliografia recente (maioritariamente dos últimos dez anos) sobre PHDA no Adulto. O estudo baseou-se numa revisão da literatura a partir do levantamento de artigos da *Pubmed*, *B-on*, *UpToDate*, e *Google Académico* e em livros e revistas de referência da área da Psiquiatria. A pesquisa foi realizada em português, inglês e espanhol, com os seguintes descritores:

- *Attention Deficit Disorder with Hyperactivity*
- *Hyperkinetic Syndrome*
- *Minimal Brain Dysfunction*
- *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*
- *Attention Deficit Disorder*

A seleção das referências bibliográficas foi feita de acordo com o seu grau de relevância e pertinência para o tema em análise, tendo sido excluídos artigos que não versavam especificamente sobre o tema referido.

Capítulo II

1. Fundamentação Teórica

1.1. DEFINIÇÃO

A PHDA é uma perturbação do neurodesenvolvimento, com início no período de desenvolvimento.⁽¹⁹⁾

Caracteriza-se por um padrão persistente de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade, a um nível prejudicial e inconsistente com o que seria expectável para a idade ou grau de desenvolvimento.

Desatenção e desorganização implicam uma incapacidade para se focar, de modo mantido, num determinado estímulo ou atividade. Englobam o esquecimento e a perda de materiais, a distratibilidade fácil e a aparência de não ouvir.

A hiperatividade acarreta atividade motora excessiva e desadequada ao momento e desassossego, agitação ou loquacidade excessivos. Nos adultos, a hiperatividade refere-se à inquietação extrema, sendo que estes doentes podem extenuar as pessoas ao seu redor.

A impulsividade pode manifestar-se por intrusividade nas atividades dos outros, incapacidade para esperar e para travar uma reação indesejada. Refere-se a reações automáticas, a ações precipitadas e não premeditadas, com significativo potencial de prejuízo.⁽¹⁰⁾

1.2. CLASSIFICAÇÕES ATUAIS

1.2.1. Critérios do DSM-V

Houve a necessidade de formulação de critérios pelos quais a presença de PHDA pudesse ser mundialmente identificada. A Associação Americana de Psiquiatria (APA) criou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM) com o propósito de partilhar com os leitores o conhecimento atualizado das tendências no diagnóstico psiquiátrico. É, portanto, um guia de diagnóstico rigoroso, fiável e útil à prática clínica, acessível a toda a comunidade psiquiátrica. Tem como intuito tornar as diretrizes diagnósticas internacionalmente mais uniformes, diminuindo, desta forma, a discrepância e subjetividade de diagnóstico das perturbações mentais, atenuando quer a subestimação, quer a sobrestimação destas.

Foi significativa a evolução dos critérios do DSM para o diagnóstico da PHDA, desde as edições anteriores. E, embora os critérios do DSM-V estejam adaptados para a identificação de pacientes adultos, permanecem limitações significativas.⁽⁸⁾ Os sintomas específicos e domínios afetados foram selecionados pela sua relevância na identificação da doença em crianças, pelo que podem não ter sensibilidade apropriada para capturar a sua expressão em fases posteriores do desenvolvimento.⁽⁸⁾ Por outro lado, estes critérios podem não refletir, adequadamente, as diversas áreas da vida do adulto potencialmente implicadas.^(8, 14) Além disso, o cumprimento rigoroso destes critérios pode excluir pacientes cujos sintomas, apesar de subliminares para o diagnóstico, sejam clinicamente significativos.^(8, 14) Assim sendo, corre-se o risco de não identificar adultos, que vêm a sua vida afetada consideravelmente, e que seriam suscetíveis de beneficiar do tratamento.^(8, 14) Desta forma, os clínicos devem ser flexíveis na aplicação dos critérios atuais de PHDA em adultos.⁽⁸⁾ Estas questões constituem um terreno fértil para futuras pesquisas, que devem avaliar e validar os sintomas e domínios de deficiência adequados ao desenvolvimento para adultos.^(8, 14) Isto é de particular importância, visto que sistemas de diagnóstico concorrentes limitam a investigação científica, a nível da comparabilidade e generalização dos resultados.⁽⁸⁾

A tabela 1.2.1, a seguir, apresenta os critérios de diagnóstico da PHDA, conforme a edição mais atual do DSM - DSM-V (APA, 2013), que devem servir de instrumento de análise do comportamento de crianças e adultos com suspeita de PHDA. A classificação cataloga os critérios sintomáticos e agrupa-os em categorias consensualmente aceites.

Tabela 1.2.1. - Critérios diagnósticos para a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (DSM-V, APA, 2013)⁽¹⁹⁾

Perturbação de Hiperatividade/ Défice de Atenção (DSM-V)
<p>A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento, caracterizado por (1) e/ou (2):</p> <p>1. Desatenção: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem pelo menos durante seis meses num grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tem impacto negativo direto nas atividades sociais e académicas/ocupacionais:</p> <p>Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento de oposição, desafio, hostilidade ou falhas na compreensão de tarefas</p>

ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos e mais), são necessários pelo menos cinco sintomas.

- a. Frequentemente, falha em prestar atenção aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades (p. ex., negligencia ou perde pormenores, o trabalho é impreciso).
- b. Frequentemente, tem dificuldades em manter a atenção no desempenho de tarefas ou atividades (p. ex., tem dificuldades em manter-se concentrado durante as aulas, conversas ou leitura prolongada).
- c. Frequentemente, parece não ouvir quando se lhe fala diretamente (p. ex., parece estar com o pensamento noutro assunto, mesmo na ausência de uma distração óbvia).
- d. Frequentemente, não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (p. ex., inicia as tarefas, mas depressa perde a concentração e é facilmente desviado).
- e. Frequentemente, tem dificuldades em organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerir tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e pertences em ordem; trabalho confuso e desorganizado; tem uma pobre gestão de tempo; falha em cumprir prazos).
- f. Frequentemente, evita, não gosta ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (p. ex., trabalhos escolares ou de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparar relatórios, completar formulários, rever textos longos).
- g. Frequentemente, perde objetos necessários para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, ferramentas, carteiras, chaves, documentos, óculos, telemóveis).
- h. Frequentemente, é facilmente distraído por estímulos alheios (para adolescentes mais velhos e adultos podem-se incluir pensamentos não relacionados).
- i. Esquece-se com frequência das atividades quotidianas (p. ex., efetuar tarefas, fazer recados; para adolescentes mais velhos e adultos, devolver chamadas, pagar contas, manter compromissos).

2. **Hiperatividade e impulsividade:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram pelo menos seis meses a um nível que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e que tem impacto negativo direto nas atividades sociais e académicas/ ocupacionais:

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento de oposição, desafio, hostilidade ou falhas na compreensão de tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos e mais velhos), pelo menos cinco sintomas são necessários.

- a. Frequentemente, agita ou bate com as mãos ou os pés ou remexe-se quando está sentado.
- b. Frequentemente, levanta-se em situações em que se espera que esteja sentado (p. ex., levanta-se do seu lugar na sala de aula, no escritório ou outro local de trabalho ou noutras situações que requerem permanecer sentado).
- c. Frequentemente, corre ou salta em situações em que é inadequado fazê-lo. (**Nota:** Em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentir-se inquieto.)
- d. Frequentemente, é incapaz de jogar ou envolver-se com tranquilidade em atividades de lazer.
- e. Está frequentemente «em movimento», agindo como se estivesse «ligado à corrente» (p. ex., sente-se desconfortável ou é incapaz de estar quieto por períodos extensos, como em restaurantes, reuniões; pode ser experienciado por outros como estando impaciente ou com dificuldade em acompanhar).
- f. Frequentemente, fala em excesso.
- g. Frequentemente, precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado (p. ex., completa as frases das pessoas; não consegue esperar pela sua vez de falar).
- h. Frequentemente, tem dificuldade em esperar pela sua vez (p. ex., enquanto espera numa fila).
- i. Frequentemente, interrompe ou interfere nas atividades dos outros (p. ex., intromete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas das outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se ou assumir o controlo do que os outros estão a fazer).

B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade surgiram antes dos 12 anos de idade.

C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais contextos (p. ex., em casa, escola ou trabalho; com amigos ou familiares; noutras atividades).

D. Existem provas evidentes de que os sintomas interferem com, ou reduzem, a qualidade do funcionamento social, académico ou ocupacional.

- E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outra perturbação psicótica e não são melhor explicados por outra perturbação mental (p. ex., perturbação do humor, perturbação de ansiedade, perturbação dissociativa, perturbação da personalidade, intoxicação ou abstinência de substâncias).

Especificar se:

314.01 (F90.2) Apresentação combinada: Se estão preenchidos o Critério A1 (desatenção) e o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) durante os últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Apresentação predominantemente de desatenção: Se está preenchido o Critério A1 (desatenção) mas não o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) durante os últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Apresentação predominantemente de hiperatividade-impulsividade: Se está preenchido o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) mas não o Critério A1 (desatenção) durante os últimos 6 meses.

Especificar se:

Em remissão parcial: Quando os critérios completos foram preenchidos previamente, mas nos últimos 6 meses os critérios não foram completamente preenchidos e os sintomas ainda resultam num défice do funcionamento social, académico ou ocupacional.

Especificar gravidade atual:

Ligeira: Estão presentes poucos, se alguns, sintomas excedentes em relação aos necessários para efetuar o diagnóstico e os sintomas não resultam em mais do que défices mínimos no funcionamento social ou ocupacional.

Moderada: Estão presentes sintomas ou défice funcional entre «ligeiro» e «grave».

Grave: Estão presentes muitos sintomas excedentes em relação aos necessários para efetuar o diagnóstico ou vários sintomas que são particularmente graves ou os sintomas resultam num défice marcado do funcionamento social ou ocupacional.

1.2.2. Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (WHO-CID10)

Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou uma base de dados internacional, uma ferramenta concisa que se destina a auxiliar e uniformizar o diagnóstico de doenças, a nível mundial - a Classificação Internacional de Doenças (CID), reconhecida como Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.

Os sintomas da PHDA descritos pela CID-10 estão claramente desajustados para adultos.^(10, 20, 21)

A versão mais recente da CID é a 10ª edição (CID-10), publicada em 1992.

Tabela 1.2.2. - Diretrizes diagnósticas para Perturbações Hiperkinéticas (WHO-CID 10,1992)⁽²²⁾

F90. Perturbações Hiperkinéticas - Diretrizes diagnósticas (CID-10)
<p>As características fundamentais são atenção comprometida e hiperatividade: ambas são necessárias para o diagnóstico e devem ser evidentes em mais do que uma situação (p.ex., casa, escola).</p> <p>A atenção comprometida é manifestada por interromper tarefas prematuramente e por deixar atividades inacabadas. As crianças mudam frequentemente de uma atividade para a outra, parecendo perder o interesse numa tarefa porque se distraem com outras. Esses défices na persistência e na atenção devem ser diagnosticados apenas se forem excessivos para a idade e QI da criança.</p> <p>A hiperatividade implica inquietação excessiva, em especial em situações que requerem calma relativa. Pode, dependendo da situação, envolver correr e saltar ou levantar-se do lugar quando é esperado ficarem sentadas, loquacidade e algazarra excessivas ou inquietação e remexer-se. O padrão para julgamento deve ser que a atividade é excessiva no contexto do que é esperado na situação e por comparação com outras crianças da mesma idade e QI. Este aspeto de comportamento é mais evidente em situações estruturadas e organizadas que necessitam de um alto grau de autocontrolo de comportamento.</p> <p>Os aspetos associados não são suficientes ou mesmo necessários para o diagnóstico, mas ajudam a sustentá-lo. Desinibição em relacionamentos sociais, imprudência em situações que envolvem algum perigo e zombarias impulsivas das regras sociais (intromissões e interrupções das atividades dos outros, respostas</p>

prematuras a questões antes de elas serem completadas ou dificuldades em esperar pela sua vez) são todas características de crianças com esta perturbação.

Perturbações da aprendizagem e inabilidade motora ocorrem com bastante frequência e devem ser codificadas separadamente (sob F80-F89) quando presentes; elas não devem, entretanto, integrar o diagnóstico da perturbação hipercinética.

Sintomas da perturbação do comportamento não são critérios nem de exclusão, nem de inclusão para o diagnóstico principal, mas a sua presença ou ausência constitui a base para a principal subdivisão da perturbação.

Os problemas característicos de comportamento devem ter início precoce (antes dos 6 anos de idade) e longa duração. Entretanto, antes da idade de entrada na escola, a hiperatividade é difícil de ser reconhecida devido à ampla variação normal; somente níveis extremos devem levar a um diagnóstico em crianças pré-escolares.

O diagnóstico da perturbação hipercinética pode ainda ser feito na vida adulta. Os fundamentos são os mesmos, mas a atenção e a atividade devem ser julgadas com referência a normas apropriadas do desenvolvimento. Quando a hiperinesia esteve presente na infância, mas desapareceu e foi seguida por outra condição, tal como perturbação da personalidade antissocial ou abuso de substâncias, a condição atual, em vez da anterior, é codificada.

Diagnóstico diferencial. Perturbações mistas são comuns e perturbações invasivas do desenvolvimento têm precedência quando elas estão presentes. Os problemas maiores no diagnóstico encontram-se na diferenciação com perturbação do comportamento: quando os seus critérios são satisfeitos, a perturbação hipercinética é diagnosticada com prioridade sobre a perturbação do comportamento. Entretanto, graus mais leves de hiperatividade e desatenção são comuns na perturbação do comportamento. Quando aspectos de ambos, perturbação hipercinética e do comportamento, estão presentes e se a hiperatividade é invasiva e grave, «perturbação do comportamento hipercinético» (F90.1) deve ser o diagnóstico.

Um problema adicional origina-se do facto de que hiperatividade e desatenção, de um tipo muito diferente daquele que é característico de uma perturbação hipercinética, podem surgir como um sintoma de perturbações ansiosas ou depressivas. Assim, a inquietação que é tipicamente parte de uma perturbação depressiva agitada não deve levar ao diagnóstico de perturbação hipercinética. Igualmente, a inquietação que é com frequência parte de ansiedade grave não deve levar ao diagnóstico de uma perturbação hipercinética. Se os critérios para uma das perturbações da ansiedade (F40.-, F41.-, F43.- ou F93.-) são satisfeitos, isto deve ter precedência sobre a perturbação hipercinética, a menos que haja evidência, à parte da inquietação associada à ansiedade, da presença adicional de uma perturbação

hipercinética. Similarmente, se os critérios para uma perturbação do humor (F30-F39) são satisfeitos, uma perturbação hipercinética não deve ser diagnosticada em adição, simplesmente porque a concentração está comprometida e há agitação psicomotora. O diagnóstico duplo deve ser feito somente quando os sintomas que não são simplesmente parte da perturbação do humor indicam com clareza a presença separada de uma perturbação hipercinética.

O início agudo de comportamento hiperativo numa criança em idade escolar é com maior probabilidade decorrente de algum tipo de perturbação reativa, estado maníaco, esquizofrenia ou doença neurológica.

Exclui: perturbações da ansiedade (F41.- ou F93.0); perturbação do humor (F30-F39); perturbações invasivas do desenvolvimento (F84.-) e esquizofrenia (F20.-)

1.2.1. Comparação da CID-10 (WHO, 1993) com o DSM-V (APA, 2013)

Comparativamente ao DSM, a CID é um sistema de codificação mais genérico, abrangendo não apenas as perturbações mentais, mas todos os problemas de saúde.

Estes dois sistemas de classificação apresentam mais similaridades do que divergências nos critérios diagnósticos da PHDA, embora apresentem diferentes nomenclaturas (Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção no DSM-V e Perturbações Hipercinéticas na CID-10) e recomendem diferentes formas de estabelecer o diagnóstico.^(2, 5) As diferenças entre os dois sistemas culminam num diagnóstico mais restritivo pela CID-10, na medida em que: não permite o diagnóstico sem a presença significativa de hiperatividade, exigindo simultaneidade das três dimensões sintomáticas (desatenção, hiperatividade e impulsividade).⁽⁵⁾ O DSM-V define apenas duas dimensões (com os sintomas de hiperatividade e impulsividade incluídos na mesma dimensão), e o diagnóstico pode ser feito, se houver um número mínimo de sintomas em apenas uma dimensão.⁽⁵⁾ A CID-10 inclui ansiedade, depressão e perturbações do desenvolvimento como diagnósticos de exclusão, ao passo que no DSM-V, a sua presença é classificada como comorbidades.⁽⁵⁾ A CID-10 requer que os critérios sejam preenchidos de forma plena, no mínimo, em dois contextos situacionais diferentes, enquanto que o DSM-V exige a presença de alguma deficiência em mais do que um contexto.^(5, 10, 20, 21) Neste sentido, utilizando os critérios da CID, apenas os casos mais graves serão diagnosticados, deixando por diagnosticar a apresentação predominantemente desatenta. Ora, esta

conclusão vaticina que a prevalência de PHDA, baseada no DSM-V, seja mais elevada do que aquela sustentada pela CID-10.^(5, 20) Assim sendo, justifica-se uma alocação de esforços internacionais direcionados para a padronização de estudos epidemiológicos, que ajude a colmatar as diferenças metodológicas que podem explicar a variabilidade das taxas de prevalência.⁽⁵⁾

1.3. EPIDEMIOLOGIA

A PHDA tem merecido maior atenção na última década, o que se traduz por um aumento significativo do seu reconhecimento durante a infância e início da adolescência. Todavia, nos adultos continua a ser subdiagnosticada.⁽²³⁾ Estudos populacionais sugerem que a PHDA ocorre na maioria das culturas em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos, o que reitera o declínio na prevalência com o avançar da idade.^(19, 24, 25)

Na população geral, a PHDA é mais frequente no sexo masculino do que no sexo feminino, com uma proporção de cerca de 2:1 na infância e de 1,6:1 nos adultos.^(19, 24) Supõe-se que exista uma subestimação do diagnóstico em raparigas, explicada pelo facto de, nestas, a PHDA ser acompanhada com menor frequência de hiperatividade e agressividade, comparativamente aos rapazes, pelo que são levadas ao médico menos frequentemente.^(2, 3, 26) As raparigas exibem PHDA de apresentação predominantemente desatenta mais frequentemente que os rapazes, ou seja, desatenção, sem hiperatividade-impulsividade.^(3, 19, 23) Além disso, por norma, as perturbações nas raparigas são internalizadas.⁽²⁶⁾ * Também as mulheres jovens tendem a ser mais introvertidas, tímidas e distraídas podendo ser tratadas para depressão ou ansiedade, quando o principal problema se concentra na PHDA.⁽²⁷⁾

Das crianças com PHDA, cerca de 30% mantêm o síndrome completo na idade adulta.⁽²⁶⁾ Em aproximadamente 50-60% dos casos, alguma da sintomatologia grave persiste, com implicações para a vida adulta.⁽²⁸⁾

1.4. ETIOLOGIA

A PHDA tem etiologia multifatorial, sendo o resultado de uma complexa combinação de fatores genéticos, ambientais, culturais, sociais e alterações estruturais e funcionais.^(10, 14, 29)

* O conceito «internalizadas» refere-se ao facto de a sintomatologia ser experienciada pelo próprio sem se exteriorizar, por exemplo, através da agitação motora.

Como enfatiza a literatura científica, a PHDA não é um simples constructo cultural.^(20, 30)

Outrora, pensou-se ser a anóxia, durante o parto, a responsável pela PHDA, contudo esta justifica apenas 2% dos casos.⁽²⁶⁾ Hoje, sabe-se que os fatores genéticos, associados a fatores perinatais prejudiciais, são os principais determinantes da PHDA. Se um gêmeo homocigótico tiver PHDA, a probabilidade do outro irmão também ter é de 50-80%, ao passo que entre gêmeos heterocigóticos, a probabilidade é de apenas 0-30%.⁽²⁶⁾ Familiares de primeiro grau de crianças com PHDA têm um risco cinco vezes superior de sofrer de PHDA, comparativamente aos que não têm familiares com PHDA.⁽²⁶⁾ A probabilidade de indivíduos com PHDA terem filhos com a mesma doença é de 50%.⁽²⁶⁾ Vários genes de risco, com atividade do transmissor sináptico Dopamina, têm sido frequentemente implicados, designadamente: o gene do recetor D4 da dopamina (DRD4; associado ao comportamento de procura de novidade), o do transportador da dopamina (DaT) e o do recetor D2 da dopamina (DRD2).^(2, 9, 26) Estudos neurobiológicos sugerem também um possível envolvimento dos sistemas noradrenérgico e serotoninérgico na fisiopatologia da PHDA, contudo são necessárias mais investigações.⁽²⁾

Fatores pré e perinatais têm sido associados ao desenvolvimento de PHDA, nomeadamente, falha na oxigenação por hemorragia ou problemas placentários e tabagismo ou consumo de álcool ou drogas pela grávida.^(3, 9) A prematuridade e o baixo peso à nascença também podem ter influência no aparecimento de PHDA.^(2, 3, 13) No entanto, o atraso de crescimento intrauterino é um preditor mais importante para o desenvolvimento, no futuro, de traços comportamentais relacionados com a PHDA do que a prematuridade, *per se*.⁽¹³⁾

Importa, contudo, deixar bem patente que a PHDA possui um componente interativo, relacionado com a influência da envolvente social do paciente no seu comportamento, que não se pode separar do resto do seu funcionamento, nem da sua personalidade.^(29, 31)

1.4.1. Disfunções estruturais/anatómicas

Vários estudos defendem a existência de uma fisiopatologia neurobiológica que justifique a PHDA.⁽¹⁸⁾ Neste sentido, crê-se que os indivíduos com PHDA apresentem anomalias funcionais ou estruturais em regiões cerebrais específicas, como: o córtex pré-frontal (essencialmente dopaminérgico), os gânglios da base e o cerebelo (constituído basicamente de neurónios adrenérgicos), os quais demonstram uma diminuição de cerca de 5% do seu tamanho.^(2, 9, 26) Estes achados correlacionam-se com o comprometimento que

estes indivíduos apresentam do controlo inibitório e das funções executivas, mediados pelo córtex pré-frontal, ou com o compromisso da regulação da atenção e das funções temporais, mediadas pelo cerebelo. ^(2, 9, 32) Estudos recentes revelaram hipoperfusão do córtex pré-frontal e dos gânglios da base. ^(9, 26) As pesquisas apontam para uma redução das atividades inibitórias da região frontal direita, o que implica uma diminuição da ação de “filtração”, permitindo uma grande corrente de pensamentos e sentimentos, que explica não só a capacidade criativa destes indivíduos, como também a sua afetividade exacerbada. ⁽¹¹⁾ Gerir a informação recebida, integrar experiências atuais e passadas, monitorizar o comportamento, organizar e planear são funções dos lobos frontais, o que explica muitas das manifestações da PHDA. ⁽¹⁰⁾

Mais concretamente, acerca das alterações funcionais típicas da PHDA, acredita-se que na sua origem possa estar uma diminuição da eficácia da transmissão sináptica dopaminérgica. A corroborar esta hipótese está o facto de a concentração dos DaT em adultos com PHDA ser 70% superior ao normal. ⁽²⁶⁾ * Além disso, a concentração dos referidos transportadores diminuiu com o tratamento com metilfenidato.

As disfunções encontradas em adultos com PHDA estão dependentes de circuitos neuronais fronto-subcorticais. ⁽²⁶⁾

1.4.2. Fatores de Risco

Apesar de genes específicos terem sido relacionados com a PHDA, eles não constituem fatores causais imprescindíveis ou suficientes.

Muito baixo peso à nascença (menos de 1500 g) associa-se a um risco duas a três vezes superior de PHDA, ainda que a maioria das crianças com baixo peso à nascença não desenvolva PHDA. ^(13, 19) Estudos com jovens adultos nascidos com muito baixo peso e pequenos para a idade gestacional relataram taxas de disfunção executiva e instabilidade emocional superiores aos considerados recém-nascidos adequados para a idade gestacional. ⁽¹³⁾

Pode existir uma história de abuso infantil, negligência, infeções (p. ex., meningite), exposição a neurotoxinas, como por exemplo o chumbo, ou a álcool *in útero*. Embora não esteja esclarecido se são apenas associações casuais, a exposição a toxinas ambientais foi correlacionada com PHDA subsequente.

* Quanto maior for a concentração dos transportadores da Dopamina, maior será a sua taxa de reabsorção e, por conseguinte, o espaço de tempo para que a Dopamina atue nos recetores sinápticos diminui, pelo que menor será a eficácia da transmissão sináptica. ⁽¹³⁾

Também os hábitos tabágicos durante a gravidez têm algum grau de correlação com a PHDA.^(13, 19)

A presença de PHDA no progenitor é outro fator de risco associado ao seu desenvolvimento.⁽¹⁰⁾

A inibição comportamental reduzida e a afetividade negativa podem predispor algumas crianças para a PHDA, embora estes traços não sejam específicos desta perturbação. No decurso da primeira infância, dependendo do potencial de penetrância da criança pelas circunstâncias do meio, os padrões de interação familiar devem ser considerados como possíveis modificadores do curso da PHDA e possíveis influências no desenvolvimento secundário de problemas de comportamento, embora não sejam apontados como causas da doença.^(18, 31)

Apesar das carências educativas, da desagregação familiar e da privação precoce do relacionamento com figuras afetivamente importantes na infância não serem causas primárias de PHDA, fatores psicossociais que atuam no funcionamento adaptativo e na saúde emocional da criança, ao interagirem com a sua predisposição neurobiológica, podem agudizar e exacerbar a expressão dos sintomas.^(2, 3, 17, 18) Neste sentido, merece a nossa consideração procurar entender o “socius” de onde emergiu a criança, que poderá condicionar a qualidade de vinculação aos outros.⁽³¹⁾ Nesta linha de pensamento, deve aprofundar-se o estilo de vida em que as crianças se tornam irrequietas, que é por excelência “hiperocupado”, com disponibilidade escassa para o convívio sereno e não apressado.⁽³¹⁾ Pesquisas mostraram que crianças com PHDA tinham níveis mais altos de disfunção familiar (dentre outros, a destacar: violência física e/ou verbal testemunhada e/ou sofrida diretamente pela criança e história parental de perturbações psiquiátricas e de abuso de álcool).^(18, 24, 31) Com base em informações coligidas da literatura científica, crianças expostas a conflitos conjugais têm um risco 11,66 vezes superior de ter PHDA, o que corrobora a prevalência superior da perturbação nestes casos.^(18, 24) Além disso, a adversidade psicossocial associa-se a um aumento do grau de severidade da PHDA que, por sua vez, retroalimenta o prejuízo psicossocial (de que é exemplo o relacionamento familiar conflituoso e instável, que propicia a ocorrência de violência), apoiando a faceta dimensional da perturbação.^(18, 24)

Fatores sociodemográficos precários como rendimentos baixos, baixa escolaridade dos pais e famílias numerosas podem associar-se ao surgimento da PHDA.⁽²⁴⁾

Variados fatores podem interferir nos sintomas da PHDA: défices visuais e auditivos, anomalias metabólicas, alterações do sono e da esfera alimentar (deficiências nutricionais) e epilepsia.^(19, 31)

O *stress* e a contínua sensação de falta de tempo podem contribuir para a emergência ou para a manutenção dos sintomas da PHDA.⁽³¹⁾

1.5. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

São vários os sintomas da PHDA, sendo a hiperatividade o mais evidente, mas nem sempre o mais perturbador.

A hiperatividade ou inquietação, a falta de atenção ou problemas de concentração e a impulsividade, constituem os sintomas nucleares da PHDA.^(17, 18)

A hiperatividade e a impulsividade surgem com frequência em conjunto e associam-se à procura da novidade.⁽⁶⁾

O déficit de atenção e o comportamento impulsivo permanecem relativamente inalteráveis com o amadurecimento do indivíduo. Por seu turno, a hiperatividade que na infância era o sintoma mais manifesto, torna-se menos evidente com o crescimento, sendo mais controlável e diminuindo de intensidade.^(2, 6, 10)

Enquanto a desatenção se associa mais ao baixo desempenho escolar/profissional, a hiperatividade ou impulsividade relacionam-se mais com a rejeição pelos pares.

A falta de persistência destes indivíduos em tudo o que empreendem complementa a dimensão sintomática da doença.⁽³¹⁾

Adultos com PHDA, geralmente, apresentam défices numa ampla gama de funções executivas, incluindo a atenção sustentada, a memória de trabalho, a fluência verbal e a velocidade de processamento motor e mental.⁽³³⁻³⁵⁾

Embora não sejam específicos da PHDA, ligeiros atrasos no desenvolvimento da linguagem ocorrem com frequência.^(19, 31, 36)

Pesquisas sugerem que a deficiente autorregulação emocional é prevalente e mórbida entre pacientes com PHDA.^(37, 38) Clinicamente, expressa-se, com frequência, como irritabilidade, muitas vezes associada a agressões reativas e ataques de fúria.⁽³⁸⁾ A desregulação emocional refere-se a: dificuldades na autorregulação da excitação e na inibição do comportamento inadequado em resposta a emoções (tanto positivas como negativas); problemas de reorientação da atenção após emoções fortes; e desorganização do comportamento coordenado em resposta à ativação emocional.⁽³⁷⁾ De acordo com os estudos, estes indivíduos são incapazes de modificar um estado emocional, de forma a promover respostas comportamentais adaptativas e orientadas para objetivos. As suas reações emocionais são excessivas e desajustadas às normas sociais e ao contexto.⁽³⁸⁾ Além disso, estes indivíduos não são flexíveis na avaliação de estímulos que despertam emoções, atribuindo-lhes demasiado significado.⁽³⁸⁾ É possível que fatores intrafamiliares (p.ex., modelagem, aprendizagem social) possam

explicar, em parte, estes traços.⁽³⁷⁾ Os indivíduos com PDAH e desregulação emocional são significativamente mais prejudicados nas relações entre pares, na vida familiar, na realização profissional e no desempenho académico, comparativamente àqueles com PDAH isolado.⁽³⁸⁾ A desregulação emocional representa uma importante fonte de comprometimento do bem-estar e pressagia um mau resultado clínico.⁽³⁸⁾

O humor vulnerável, o temperamento quente, a impaciência, a reação emocional exagerada a estímulos inesperados, a hipersensibilidade a críticas e a baixa tolerância à frustração são características associadas.⁽³⁷⁾

A disfuncionalidade pode também manifestar-se por problemas de sociabilização (relacionamentos sistematicamente fugazes) ou isolamento social devido ao receio, vergonha e ansiedade de falhar e ser mal sucedido.⁽³¹⁾ Ora, a par do exposto, constata-se um deficiente desenvolvimento da capacidade dialogante e de contacto social.

Efetivamente, estes sintomas podem encontrar-se no comportamento de indivíduos normais, mas de forma esporádica e sem gravidade.^(10, 15) A PHDA não é um problema ocasional, é considerada uma condição crónica com queixas persistentes.⁽²⁹⁾

Nem todas as características são negativas, indivíduos com PHDA demonstram grande potencial em áreas de interesse particular e uma enorme criatividade, ainda que incapazes de a materializar, pois têm tendência a querer realizar várias tarefas em simultâneo.^(11, 31) Por um lado, para contornarem o esquecimento, por outro, devido à impulsividade. O afluxo de ideias é contínuo e a nova ideia é sempre mais aliciante, o que provoca um rápido desinteresse pela anterior, que fica por concluir.

1.5.1. Hiperatividade

Embora existam adultos com PHDA muito inquietos e agitados, na grande maioria, a hiperatividade exterioriza-se de uma forma mais subtil do que nas crianças, nas quais a motricidade constitui a principal via de descarga e canalização de energia.⁽³¹⁾ Muitos adultos conservam apenas a sensação de agitação interior e de falta de tempo. Incluído sob esta égide está também um excesso de atividades e/ou trabalho (indivíduos *workaholics*).⁽²⁰⁾

É evidente o desassossego que inquieta estes doentes, que demonstram necessidade de estar sempre ocupados e de falar continuamente, de uma forma sobressaltada, que revela intranquilidade e denota a extrema dificuldade em se calarem. Também é característica a insistência em repetir constantemente os mesmos assuntos. É notável a dificuldade em permanecerem sentados e quietos, mexendo as mãos, levantando-se constantemente e andando de um lado para o

outro. Mexem em tudo ao seu redor e devido à excessiva agitação motora, não suportam qualquer profissão, de que é exemplo, o secretariado.

Um sono agitado perturba com frequência estes doentes. Muitas vezes, sentem uma inquietação interior e agitação incessante que os impede de descontraír, levando-os a recorrer a álcool ou drogas para relaxar ou conseguir dormir.

1.5.2. Perturbação da atenção

Certamente não existe uma completa incapacidade de concentração, aliás, por vezes, verifica-se até uma hiperfocagem transitória para assuntos ou atividades de particular interesse para o doente. Todavia, a atenção é facilmente afastada por estímulos inoportunos e falha perante tarefas rotineiras, morosas e entediantes, como trabalhos de índole administrativo, ler as instruções de um eletrodoméstico ou preencher formulários e questionários.

A dificuldade em envolver-se persistentemente nas tarefas e em terminá-las, em atingir objetivos, cumprir prazos, definir prioridades, organizar, planear, escolher, tomar decisões, ler textos extensos, ouvir e fixar informação e em distinguir o essencial do acessório caracterizam as limitações na atenção seletiva.⁽³⁹⁾

Com frequência, estes indivíduos mudam de atividades, perdem-se com pormenores supérfluos, dispersam a contar histórias irrelevantes, irritando-se se os interromperem. Adiam tarefas, deixam-se dominar por hesitações, esquecem-se e perdem coisas com facilidade, são caóticos, confusos, desorganizados e desmazelados.⁽³⁹⁾

A desatenção em adultos evidencia-se em situações dialógicas.⁽²⁰⁾ Habitualmente, os indivíduos com PHDA de apresentação predominantemente desatenta têm uma velocidade de processamento da informação lenta, dificuldade na fluência verbal, em formular e organizar o discurso e a seguir uma linha geral de pensamento, pois, comumente, divagam e saltam de uns assuntos para os outros.⁽¹⁵⁾

1.5.2.1. «Hiperfocagem»

Como referido acima, por vezes, ocorrem, em circunstâncias que lhe são particularmente estimulantes, como seriam jogar computador ou navegar nas redes sociais (como o *Facebook*, o *Twitter* ou o *Instagram*), fenómenos de hiperfocagem ou hiperconcentração em que o doente se mantém muito concentrado, sendo incapaz de desviar a atenção.⁽²⁰⁾ Situações de interesse

peçoal são capazes de ocupar e captar a atenção do doente ininterruptamente, durante horas a fio. Assim sendo, a PHDA pode ser acompanhada quer por uma diminuição, quer por um excesso temporário de concentração. No fundo, o problema está em dirigir ou desviar a atenção, de forma adequada, consoante as circunstâncias. Portanto, o que está em questão é a impossibilidade de o doente controlar o momento apropriado para se concentrar e não o facto de não conseguir concentrar-se. Assim se compreende a disparidade na capacidade de concentração destes doentes, perante atividades distintas. Rotulações pejorativas como «(...) quando te convém, consegues (...)» relevam a incompreensão, extremamente injusta, muitas vezes expressa pelos que convivem com o doente. Estes interpretam a realização inadequada de tarefas, atribuída a oscilações na capacidade de concentração sustentada, como preguiça, irresponsabilidade, incompetência e falta de cooperação.⁽²⁷⁾ Porém, não se trata de querer, este não é, regra geral, suficiente para motivar e reter prolongadamente a atenção. Em contrapartida, o estabelecimento do diagnóstico e da terapêutica adequada concorrem para desmistificar a doença e atenuar a incompreensão, entre todos os envolvidos.

1.5.3. Comportamento impulsivo

Pessoas com PHDA atuam sob o impulso do momento em resposta a estímulos imediatos.⁽³⁹⁾ Falam e agem sem pensar (tendem a gastos impensados e imoderados, muitas vezes em jogos de apostas ou investimentos arriscados, roubam, comem compulsivamente e magoam os sentimentos dos outros). Tomam decisões precipitadas, sem consideração pela aprendizagem passada, nem pelas consequências futuras, intrometem-se nas conversas alheias (interrompendo os outros consecutivamente) e são impacientes.⁽³⁹⁾ O desejo de recompensa imediata é considerado um marco da impulsividade.^(38, 40, 41) A aversão pela compensação ulterior reflete-se na preferência por pequenas recompensas imediatas em detrimento de outras maiores, mas a longo prazo, ainda que esta escolha prejudique os próprios objetivos e desejos.^(38, 40, 41) A inaptidão para protelar a gratificação e a satisfação de desejos explicam, por exemplo, a ingestão excessiva e compulsiva de alimentos e o conseqüente excesso de peso/obesidade, que se verifica entre indivíduos com PHDA.

Facilmente se apaixonam e desapaixonam. Iniciam e terminam relações ou atividades de forma impulsiva, devido a arrelias, insatisfação e à sua necessidade de mudanças frequentes. Por exemplo, podem despedir-se inesperadamente do emprego, sem ponderar as consequências. O civismo, a

prudência e o comportamento moral não são, portanto, típicos deste tipo de conduta.

Dada a sua avidez constante por sensações fortes e novas experiências e a sua necessidade de procura de diferentes estímulos, é fácil perceber que estes indivíduos são intolerantes a situações monótonas e repetitivas e se colocam constantemente em situações potencialmente perigosas, sem reconhecer os riscos e consequências dos seus atos.^(10, 39) São exemplos desta postura: comportamentos sexuais de risco, aproximar-se de acidentes ou de incêndios, gerar situações conflituosas, abuso de álcool e drogas, praticar desportos radicais/perigosos e transgredir as regras de trânsito (p.ex., conduzir com excesso de velocidade).^(27, 39) Com efeito, os acidentes de viação são mais frequentes em condutores com PHDA.^(19, 39)

1.5.4. Especificadores de apresentação

Existem três possíveis apresentações de PHDA:⁽¹¹⁾

a) ***Apresentação combinada.*** Consiste numa combinação dos três sintomas basilares da PHDA: hiperatividade, perturbação da atenção e comportamento impulsivo. É a apresentação mais frequente e com maior prejuízo no funcionamento global, comparativamente aos outros dois grupos.^(2, 4, 26)

b) ***Apresentação predominantemente de desatenção.*** Também designado ADD (Attention Deficit Disorder). Excepcionalmente diagnosticado na infância. São indivíduos fantasistas, que se distraem com facilidade, têm raciocínio lento, ocasionalmente são inseguros, perfeccionistas ou compulsivos. Das três apresentações, esta é a que apresenta maior comprometimento da vida académica.⁽⁶⁾ Por se sentirem desorientados, entram em pânico facilmente. A hiperatividade e a impulsividade estão ausentes. Existem evidências de que a ADD é mais comum no sexo feminino.^(2, 15, 26)

Os pacientes com ADD com Q.I. elevado conseguem compensar a sua dificuldade de concentração dada a sua facilidade de aprendizagem, não precisando de fixar a atenção, por períodos prolongados, a estudar.⁽¹⁵⁾ O Q.I. mais alto relaciona-se inversamente com a frequência da PHDA.⁽²⁴⁾ Conquanto, mesmo nestes pacientes as dificuldades emergem quando o nível de exigência obriga a um elevado ritmo de trabalho e intensidade de concentração, como sucede no ensino superior e aquando do ingresso no mercado de trabalho.⁽⁴²⁾ Note-se que

este período coincide, em regra, com a saída da casa dos pais, e conseqüente privação da rede de suporte familiar que esta representa, contribuindo desta forma para agravar os problemas. Conclui-se, portanto, que uma capacidade intelectual elevada não descarta o diagnóstico de PHDA.

c) *Apresentação predominantemente de hiperatividade-impulsividade.* Neste caso, apenas estão presentes a hiperatividade e o comportamento impulsivo. Os problemas de concentração estão ausentes. Esta apresentação tem uma baixa frequência na população adulta.⁽⁶⁾ Poderá ter alguma sobreposição com as perturbações do comportamento de oposição e antissocial. Um estudo demonstrou que a vida familiar é a mais afetada neste subtipo, ainda que, comparativamente aos outros dois grupos, represente um menor comprometimento das diferentes esferas da vida adulta.⁽⁶⁾

1.5.5. Curso da doença

A PHDA inicia-se muito cedo. Com efeito, a hiperatividade, em particular, surge precocemente (na idade pré-escolar). Todavia, antes dos quatro anos de idade, a atividade excessiva é difícil de distinguir de comportamentos normativos, altamente variáveis, típicos desta fase.⁽¹⁹⁾ Por sua vez, os problemas de atenção evidenciam-se, por norma, mais tarde, durante a escola primária, o que não invalida a sua existência prévia.

No início da adolescência, a PHDA mantém-se relativamente estável. Contudo, em alguns casos, o curso da doença agrava-se pelo desenvolvimento de comportamentos antissociais.⁽¹⁹⁾

No decurso da adolescência, a hiperatividade motora torna-se confinada ao nervosismo e inquietação interior, à impaciência e à agitação dos pés e das mãos.^(10, 15)

Regra geral, com o amadurecimento a hiperatividade motora é atenuada, contrariamente à impulsividade e desatenção que se mantêm problemáticas.^(2, 4, 31, 43, 44) Esta última pode mesmo intensificar-se, em função da maior complexidade das exigências na vida adulta, nomeadamente no que se refere à tomada de decisões e resolução de problemas de forma autónoma, auto-organizada e orientada para metas.^(10, 20)

Finalmente e não menos importante é o facto de a PHDA ser uma perturbação tratável, pelo que, quando o tratamento é o adequado, pode resultar uma melhoria clara da qualidade de vida.

1.6. COMORBILIDADE

Na maioria dos casos, a PHDA é diagnosticada em doentes que já estão a ser seguidos por outros problemas psiquiátricos.

Depressão, ansiedade, fobias, alcoolismo ou abuso de outras substâncias e perturbação do comportamento (impulsivo e agressivo), do humor ou da personalidade (p.ex., antissocial), com frequência, acompanham, mascaram e mimetizam a PHDA no adulto.⁽¹⁷⁾ Partindo deste pressuposto, a presença de PHDA deve ser investigada neste grupo de doentes.

A perturbação de aprendizagem específica coexiste frequentemente com a PHDA.⁽¹⁹⁾ Também a perturbação obsessivo-compulsiva, perturbações de tiques e do espetro do autismo podem coocorrer ou sobrepor-se à PHDA.

Cerca de metade das crianças com PHDA de apresentação combinada e aproximadamente um quarto das com apresentação predominantemente desatenta exibem perturbação de oposição desafiante.⁽¹⁹⁾ As crianças com PHDA, comparativamente aos seus pares sem PHDA, têm maior probabilidade de desenvolver perturbação do comportamento na adolescência e perturbação da personalidade antissocial na idade adulta, nestes casos, o risco subsequente de perturbações do abuso ou dependência de substâncias é elevado.^(7, 19, 27) O risco de abuso de substâncias para alguém com PHDA, que não recebe tratamento, é três a quatro vezes superior àqueles com PHDA, em tratamento.⁽²⁷⁾ A dependência de substâncias nos doentes com PHDA justifica-se, por vezes, pela procura do alívio de sintomas, visto que o álcool e as drogas podem ter efeito relaxante, tranquilizante, indutor do sono, e até facilitar a concentração.

Um trabalho de investigação evidenciou que adultos com PHDA manifestam mais perturbações psiquiátricas comórbidas e mais problemas socioeconómicos do que indivíduos normais.^(20, 26) O diagnóstico de PHDA é acompanhado de (uma ou mais) outras perturbações psiquiátricas em 75% dos pacientes.⁽²⁶⁾ Num quarto dos casos a PHDA é acompanhada de mais dois diagnósticos.⁽²⁶⁾ Constatou-se também que os homens tinham perturbações do comportamento mais frequentemente do que as mulheres.⁽²⁶⁾ A frequência concomitante de problemas com o uso e dependência de substâncias, depressão e perturbações da ansiedade aproxima-se em ambos os sexos.

É sabido que 90% dos adultos com PHDA têm oscilações de humor (quatro a cinco vezes por dia), de curta duração.⁽²⁶⁾

Para alguns doentes, a própria revelação do diagnóstico de PHDA pode ser a causa de depressão, e a não-aceitação do diagnóstico pode levar a frustração e diminuição da autoconfiança.

A obsessão acaba por surgir numa tentativa de lidar com a desordem e o esquecimento.

Embora em taxas acima das da população geral, a perturbação depressiva major, de ansiedade, de uso de substâncias e a perturbação explosiva intermitente ocorrem numa minoria de adultos com PHDA.⁽¹⁹⁾

Às perturbações psiquiátricas acrescem as perturbações somáticas que acompanham muitas vezes a PHDA, entre as quais: a asma, as alergias e as perturbações de sono (nomeadamente, sono agitado).⁽²⁶⁾

Apesar de a PHDA não se associar a características físicas próprias, as taxas de anomalias físicas mínimas (p. ex., palato muito arqueado e baixa implantação das orelhas) podem estar relativamente aumentadas.⁽¹⁹⁾

Tabela 1.6. - Prevalência de comorbilidades específicas na população com PHDA.⁽²⁶⁾

Comorbilidade	Percentagem de doentes com PHDA que apresentam comorbilidade específica
Problemas de toxicodependência (álcool e outras substâncias)	25-45%
Depressão	20-30%
Perturbações da Ansiedade e Fobias	20-30%
Perturbações da personalidade	25%
Perturbação Bipolar	8%

1.7. DIGNÓSTICO

Atualmente, não existe nenhum teste neuropsicológico específico para determinar a presença ou ausência da PHDA, o que ilustra a importância de um elevado índice de suspeição.⁽²³⁾ O seu diagnóstico é tipicamente clínico e baseia-se na história pregressa consistente com PHDA, particularmente no reconhecimento de sintomas básicos da PHDA na infância ou juventude, no traço evolutivo da sintomatologia, na análise da desadequação do comportamento provocado pelos sintomas e dos antecedentes familiares.^(8, 13, 15) Apesar do sofrimento psíquico causado não ser mensurável, é importante averiguar se os sintomas interferem, de forma crónica, persistente e significativa, com o normal funcionamento ou desenvolvimento.^(3, 31) Além de que, devem estar presentes em mais do que um contexto (por ex., casa, escola/trabalho, relacionamento conjugal, situações

sociais).^(2-4, 18, 21) O diagnóstico de PHDA requer a presença de comprometimento funcional importante, além de sintomatologia clínica significativa.⁽⁶⁾

Face ao exposto, é impossível excluir em absoluto a subjetividade, tanto do doente, que pela sua dificuldade de introspecção e ausência de juízo crítico tende a subvalorizar os sintomas e a não reconhecer o próprio funcionamento como anormal, como a do médico, cujo cerne da avaliação deve procurar alcançar uma objetividade temperada de subjetividade.^(3, 21, 23, 31)

Inicialmente, o objetivo no estabelecimento do diagnóstico passa por identificar se as queixas do paciente obedecem ou não aos critérios descritos, e supracitados, da DMS-V. O diagnóstico deve ser equacionado quando a anamnese revela, já na infância, a presença de irrequietude, alterações do comportamento, manifestamente inadequado, e déficit na manutenção e controlo da concentração, que se prolongam cronicamente pela idade adulta. Importa ainda verificar se os sintomas característicos da PHDA são suficientemente intensos, com disfunção da vida diária, e investigar a presença de eventuais sintomas comórbidos ou outro diagnóstico que melhor explique as queixas do doente.

De acordo com os critérios da DMS-V, o número limiar de sintomas necessário para estabelecer o diagnóstico de PHDA é menor para adultos do que para crianças. Nas crianças usam-se um mínimo de 6 dos 9 critérios de déficit de atenção e/ou de comportamento hiperativo/impulsivo, ao passo que nos adultos consideram-se que 5 dos 9 critérios são suficientes para o diagnóstico de PHDA. Porém, pouco importa o maior ou menor número de sintomas se estes não interferirem no bom funcionamento e desenvolvimento do indivíduo, pois, neste caso, não se pode considerar a existência de PHDA.^(2, 4)

Apesar de não substituírem a entrevista clínica, não serem suficientes, nem necessárias para definir o diagnóstico, são várias as ferramentas utilizadas no estudo da PHDA, importantes quer para a consolidação ou exclusão do diagnóstico, quer para auxiliar no diagnóstico diferencial e no estabelecimento de comorbidades.^(42, 45) Os instrumentos disponíveis são: testes neuropsicológicos, escalas de avaliação para aferir sintomas e a sua magnitude, entrevistas semiestruturadas e questionários autopreenchidos.^(15, 20, 42) Avaliam, entre outros, os seguintes domínios: atenção sustentada, fluência verbal, memória operacional, capacidade de decidir e resolver problemas, impulsividade cognitiva, adaptação emocional, produtividade, saúde psicológica, perspetivas de vida e relacionamentos.^(16, 42)

O diagnóstico não deve, de todo, basear-se na impressão criada pelo paciente durante a consulta de avaliação de diagnóstico, pois, dadas as circunstâncias (um contexto novo e uma interação de um para um), o doente pode fazer um esforço adicional por estar temporariamente atento e sossegado, ao contrário do habitual.^{(2,}

⁴⁾ Neste sentido, conclui-se que mesmo estando as alterações do controlo da atenção

e da impulsividade ausentes, durante o exame neuropsicológico, o diagnóstico de PHDA não pode ser excluído, razão pela qual as avaliações neuropsicológicas não têm um papel definitivo no estabelecimento do diagnóstico desta perturbação. Embora estes testes não detetem todos os doentes com PHDA e não possuam uma especificidade suficiente para discriminar a PHDA de outras perturbações psiquiátricas e neurológicas, poderão ser utilizados em conjunto, na avaliação destes doentes.

É a história clínica detalhada o esteio no estabelecimento do diagnóstico definitivo da PHDA, o qual depende da análise do comportamento na infância e de uma avaliação concreta do comportamento atual.^(7, 21) Na prática, nem sempre é possível determinar, *a posteriori*, o início preciso da perturbação.⁽²⁰⁾ Não se pode negar o viés da precisão da memória, que diminui com o passar do tempo, e a falta de *insight* destes doentes.^(7, 13, 21, 46, 47) Por isso, os relatos pessoais e informações retrospectivas de sintomas de PHDA na infância são muitas vezes vistos com desconfiança.⁽⁷⁾ Cumpre ressaltar que o cônjuge, outros familiares e conviventes com o doente podem fornecer informações esclarecedoras, pelo que se justifica a pertinência da heteroanamnese e a insuficiência do autorrelato.⁽⁸⁾ Desta forma, pode comprovar-se a existência dos sintomas desde há muito tempo, o que ajuda a corroborar o diagnóstico. Importa contudo salvaguardar que, na prática, nem sempre existe um informador disponível, além de que, assim como o autorrelato pode ser insuficiente, também as informações de terceiros não devem ser consideradas como sendo as únicas válidas, pois muitos dos sintomas são subjetivos e ninguém melhor do que o próprio indivíduo para fornecer uma explicação completa e precisa do seu comportamento.⁽⁷⁾ Estudos investigaram a confiabilidade e validade de autorrelatos e concluíram que existe uma boa correlação entre a informação obtida a partir de um indivíduo sobre o seu comportamento e a obtida a partir de um informador.⁽⁷⁾

Nenhum marcador biológico é diagnóstico de PHDA.⁽¹⁹⁾ Por enquanto, não há utilidade, nem dados suficientes, que apoiem o uso de técnicas de imagiologia cerebral no diagnóstico da PHDA, ainda que estas demonstrem anormalidades no funcionamento cerebral de indivíduos com esta patologia.⁽⁸⁾

Sem mais delongas relativamente a este aspeto, dir-se-á apenas que talvez no futuro seja possível criar testes objetivos, através da evolução da imagiologia cerebral e dos conhecimentos de genética e fazer o diagnóstico de PHDA através, por exemplo, de um teste de ADN. Trata-se de uma área de pesquisa emergente, que deve ser abordada em estudos futuros.⁽⁵⁾

1.7.1. Diagnóstico Diferencial

Perante um padrão persistente de queixas, o diagnóstico de PHDA pode não ser o que melhor traduz a situação do doente. Os problemas no domínio da atenção e das funções executivas integram o quadro sintomatológico de diversas perturbações psiquiátricas e neurológicas, pelo que se impõe distinguir a PHDA das outras perturbações que se lhe assemelham.

Perturbação desafiante de oposição. Deve ser diferenciada da PHDA, na medida em que pode associar-se a recusa de tarefas escolares e ocupacionais por resistência e inconformismo em acatar ordens/regras. A hostilidade e desafio que caracterizam estes doentes divergem da aversão a tarefas que requerem esforço mental sustentado, do esquecimento de ordens e da impulsividade, típicos da PHDA. Contudo, por vezes, indivíduos com PHDA desenvolvem comportamentos de oposição secundários a tarefas mentalmente exigentes, o que dificulta o diagnóstico diferencial.

Perturbação explosiva intermitente. Esta perturbação partilha com a PHDA a impulsividade marcada. Conquanto, distinguem-se pela agressividade manifesta, típica da perturbação explosiva intermitente e ausente na PHDA. Contrariamente à PHDA, os problemas de atenção não estão presentes na perturbação explosiva intermitente, que é rara na infância. Esta perturbação pode coexistir num mesmo doente com PHDA.

Outras perturbações do neurodesenvolvimento. A atividade motora excessiva e generalizada da PHDA não deve ser confundida com a perturbação de movimentos estereotipados, em que os comportamentos motores são repetitivos e fixos (p.ex., balançar o corpo). Também os tiques, frequentes na perturbação de Tourette, devem ser diferenciados da agitação generalizada da PHDA.

Perturbação da aprendizagem específica. Nesta perturbação, a desatenção prende-se com a frustração, desinteresse e capacidade limitada de aprendizagem, não sendo incapacitante em tarefas não académicas.

Perturbação do espectro do autismo. É muito mais grave do que a PHDA. A similaridade entre as duas engloba a desatenção, défice do desenvolvimento social e disfunção no controlo do comportamento. Importa, no entanto, ressaltar que no caso da perturbação do espectro do autismo, a disfunção social se explica pela falta de envolvimento social, ausência de reciprocidade nos contactos

sociais e isolamento e não pela rejeição pelos pares, observada na PHDA. Neste caso, a rejeição explica-se não só pelas explosões impetuosas e mudanças repentinas de humor, mas também pela dificuldade destes indivíduos em prestar atenção e demonstrar interesse pela conversa do seu interlocutor. As birras em crianças com estas patologias diferem. Enquanto na perturbação do espectro do autismo resultam da intolerância a mudanças no curso das suas expectativas, na PHDA devem-se ao comportamento impulsivo e autocontrolo insuficiente. Com frequência, as perturbações do espectro do autismo acompanham-se de sintomas de PHDA.

Perturbações de ansiedade. Embora compartilhem a desatenção e inquietação com a PHDA, estes sintomas não estão relacionados com a atração por estímulos externos e novas experiências, como na PHDA, mas sim com a preocupação, apreensão exagerada e ruminação.⁽¹⁵⁾

Depressão Major. Nas perturbações depressivas também se encontra dificuldade de concentração e de memória e dificuldade na conclusão de tarefas.⁽¹⁵⁾ Diverge da PHDA, no humor disfórico constante ou anedonia, sonolência e falta de apetite.⁽¹⁵⁾

Perturbação bipolar. Similarmente à PHDA pode exibir atividade aumentada, baixa capacidade de concentração e comportamento impulsivo.⁽¹⁵⁾ Contudo, contrariamente à evolução crónica e persistente da PHDA, estes sintomas ocorrem de forma episódica. Adicionalmente, estes sintomas são acompanhados de humor eufórico, desinibição sexual, manifestações de grandiosidade e autoestima elevada, característicos dos episódios maníacos da perturbação bipolar, os quais alternam com períodos depressivos.⁽¹⁵⁾ Em contrapartida, na PHDA domina um padrão de baixa autoestima e inferioridade e embora períodos depressivos sejam comuns, não alternam com fases maníacas. A perturbação bipolar é rara em pré-adolescentes, contrariamente à PHDA. Ainda assim, ambas podem coexistir no mesmo indivíduo.

Perturbação de desregulação do humor disruptivo. Caracteriza-se por irritabilidade e intolerância à frustração, não sendo a impulsividade e a desatenção sintomas característicos. Todavia, a maior parte das crianças e adolescentes com esta perturbação cumpre os critérios diagnósticos para PHDA.

Perturbações de uso de substâncias. Apresentam como características similares à PHDA a dificuldade de atenção, concentração e memória e as oscilações de

humor.⁽¹⁵⁾ Para o diagnóstico diferencial com PHDA é fundamental a evidência de PHDA prévia à utilização de substâncias.

Perturbações da personalidade (principalmente *Borderline* e *Antissocial*). Em comum com a PHDA têm a intrusividade social, labilidade emocional e disfunção cognitiva.⁽¹⁵⁾ Porém, na PHDA a ambivalência extrema, medo de abandono, comportamento auto lesivo ou suicida estão ausentes.⁽¹⁵⁾

Perturbações psicóticas. A desatenção e hiperatividade que surgem exclusivamente no decurso de uma perturbação psicótica excluem o diagnóstico de PHDA.

Sintomas de PHDA induzidos por medicamentos. A desatenção, hiperatividade ou impulsividade podem ser atribuíveis ao uso de medicamentos como: broncodilatadores, isoniazida, neurolépticos e medicamentos de reposição tiroideia.⁽¹⁹⁾

Perturbações neurocognitivas. A demência e a perturbação neurocognitiva ligeira podem exibir sintomas semelhantes à PHDA, distinguindo-se desta pelo seu início tardio.

1.8. TRATAMENTO

Uma orientação que se preste procurará discernir e compreender as constelações vivenciais e as matrizes relacionais encontradas, introduzindo um sentido que sirva de alavanca transformadora da situação.⁽³¹⁾

O tratamento deve ser multimodal.⁽³⁹⁾ É crucial complementar as suas várias dimensões: psicoeducação, medicação, acompanhamento/supervisão («*coaching*»), psicoterapia (terapia comportamental) e contacto com doentes com a mesma perturbação, tanto em atividades conjuntas, como através de páginas na *Internet*.

Um tratamento estruturado deve iniciar-se pela psicoeducação, que poderá realizar-se quer individualmente, quer em grupo. Nesta vertente, procura-se auxiliar o doente e respetiva família na melhor compreensão da doença, suas consequências e possibilidades de tratamento. As intervenções educacionais baseadas na família, que visam diminuir a dinâmica familiar negativa, constituem um forte aliado terapêutico.⁽³⁸⁾ O doente deve ser aconselhado a ler o mais possível sobre a sua perturbação, o que o ajudará a relativizar a autocrítica.

A medicação é o cerne do tratamento, sendo os psicoestimulantes os fármacos de primeira linha para a PHDA, pois são os mais eficazes a diminuir os sintomas.^(48, 49) O metilfenidato e a dextroanfetamina (esta última, não disponível em Portugal) são os mais utilizados, dada a sua elevada eficácia e menor gravidade dos seus efeitos adversos.⁽²⁶⁾ Contudo, como já foi referido, o tratamento farmacológico isoladamente constitui uma usurpação da complexidade holística da terapêutica integrativa e permitirá obter apenas um simulacro de normalização.⁽³¹⁾

Atente-se que caso a PHDA se acompanhe de Perturbação do Humor, uso/dependência de substâncias ou Perturbação da Ansiedade, o tratamento destas comorbilidades deve preceder o tratamento com metilfenidato. Isto porque, a título de exemplo, os sintomas de Ansiedade não tratada podem exacerbar com a toma de metilfenidato, visto que este pode despoletar palpitações. No caso das perturbações de humor, a sua gravidade poderá inibir a resposta ao tratamento com o metilfenidato. No entanto, no caso das Perturbações da Personalidade, pelo facto de se tornar mais fácil orientar um doente com uma destas perturbações após diminuir a impulsividade e o desassossego, recomenda-se tratar primeiro a PHDA.

O tratamento geralmente evoca o dilema de prescrever um psicoestimulante a um ex-toxicodependente.⁽²⁷⁾ Neste subgrupo de doentes, poder-se-á optar por medicamentos não-estimulantes, sem qualquer potencial de abuso (p.ex., atomoxetina).⁽²⁷⁾ Deve-se estar alerta para esta dicotomia e para as armadilhas que possam, eventualmente, advir do seu tratamento.⁽²⁷⁾ A atomoxetina (strattera), os antidepressivos tricíclicos (como a imipramina, clomipramina e amitriptilina), os agonistas α_2 (p.ex., clonidina) ou o bupropion são alternativas aos psicoestimulantes.⁽⁹⁾

O «*coaching*», realizado individualmente ou em grupo, procura fornecer o suporte necessário para que o doente consiga reconhecer e lidar com os problemas que surgem diariamente. É fundamental que o doente aprenda a estabelecer objetivos realistas e exequíveis, a definir prioridades, a gerir o tempo e o dinheiro, a encontrar estratégias para solucionar os problemas (em vez de os procrastinar) e a adotar comportamentos adaptativos. É importante que o doente mostre flexibilidade na mudança de estratégias, em prol da resolução de problemas.⁽¹⁰⁾ Planear, agendar, criar rotinas, filtrar estímulos externos, evitar situações que propiciam o descontrolo e usar auxiliares de memória (alarmes, anotações e listas), são métodos eficazes para combater os problemas de atenção, desorganização e de impulsividade.

É essencial facultar dicas e conselhos práticos, fazer acordos com o doente, apresentar-lhe as modificações necessárias, fomentar a autodisciplina, a capacidade de resiliência, de antecipar e estabelecer metas e de responder de forma adaptativa a situações do quotidiano, nomeadamente ao *input* sensorial.⁽¹⁰⁾ A disponibilidade

destes recursos não deve ocorrer em detrimento da possibilidade de aprendizagem com a própria experiência.⁽¹⁷⁾

Para um resultado efetivo e sustentado, a psicoterapia deve ser usada como suplemento do tratamento medicamentoso e nunca isoladamente. A intervenção nesta área é dirigida aos sintomas básicos da PHDA, bem como às suas consequências, objetivando aumentar e reforçar o autocontrole do doente. É, portanto, de certa forma, sobreponível às técnicas de «*coaching*».

A prática de desporto poderá, eventualmente, compensar o desassossego interior e relaxar, ainda que, muitas vezes, apenas temporariamente.

O tratamento adequado permitirá ao doente elaborar planos concretos, possibilitando-lhe ver o resultado da sua criatividade e impedindo-o de ceder novamente ao padrão de desordem habitual, que converge para a falta de motivação.⁽¹⁰⁾ Desta forma, contribuirá para a aceitação do diagnóstico e superação do comportamento desadaptado.

É notória a necessidade de elucidar e investigar os mecanismos subjacentes à variabilidade na resposta ao tratamento, como passo para a personalização dos cuidados.⁽⁴⁹⁾ A compreensão dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes contribuirá e estimulará novas abordagens terapêuticas.

1.8.1. Metilfenidato

O metilfenidato é o principal fármaco utilizado no tratamento da PHDA.⁽²⁹⁾

O metilfenidato de libertação imediata tem uma eficácia de apenas 2-4h, após a toma, pelo que são necessárias 4 a 6 tomas diárias.⁽⁴⁸⁾ A adesão terapêutica é assim penalizada, dado o esquecimento tendencial destes doentes.

A par do metilfenidato de libertação imediata, existe o oros-metilfenidato, um fármaco com libertação prolongada, cujo efeito poderá durar até 10-12h, isto significa que, na generalidade dos casos, uma cápsula diária, administrada pela manhã, é suficiente.⁽²⁶⁾ Estas formulações são consideradas mais práticas e mais seguras, pois influem na adesão ao tratamento e diminuem o potencial de abuso.^(48, 50)

Os estimulantes devem iniciar-se numa dosagem baixa e ser titulados gradualmente de forma personalizada, de acordo com a resposta clínica individual e os efeitos colaterais, respeitando os limites das doses recomendadas (20-60 mg/dia).^(2, 9, 48)

Sensação de falta de tempo, palpitações, cefaleias, xerostomia, diminuição do apetite e alterações do sono estão entre os efeitos secundários, que, em geral, são ligeiros e vão diminuindo com a duração do tratamento.⁽⁴⁸⁾ Contudo, alguns doentes podem não tolerar a última dose do dia, queixando-se de insónia.⁽²⁾ A preocupação relativa ao risco cardiovascular do metilfenidato e dos demais psicoestimulantes não encontrou respaldo na literatura científica disponível.⁽⁴⁸⁾ O metilfenidato está contraindicado na gravidez e em doentes com antecedentes pessoais de psicose.⁽²⁶⁾ Tiques, epilepsia, problemas cardíacos, hipertensão e hipertiroidismo constituem contraindicações relativas.

A experiência com o uso de metilfenidato revela que este não induz, por norma, dependência.⁽²⁶⁾

O metilfenidato aumenta a capacidade de concentração na maioria dos doentes com PHDA. Foi relatada a possibilidade de um efeito benéfico na condução de veículos.⁽²⁶⁾ Os benefícios evidenciam-se ainda ao nível da hiperatividade, desorganização, irritabilidade, mudanças de humor, impulsividade e agressividade.

Embora o metilfenidato esteja abrangido pela lei dos estupefacientes em Portugal, doentes que tomem este medicamento e viagem para países onde é considerado uma droga ilegal, devem fazer-se acompanhar de uma declaração médica, no sentido de evitar inconvenientes óbvios.

1.9. PROBLEMAS E IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA

A PHDA apresenta acometimento cognitivo (com associação a Q.I. mais baixo) e problemas de insucesso e absentismo escolares, responsáveis por dificuldades de aprendizagem, necessidade de explicações complementares e/ou ensino especial e por uma taxa de reprovação significativa.^(11, 17, 24, 27, 51) Esta última, a par das suspensões e expulsões, contribui para um nível educacional baixo, pela não conclusão da escolaridade obrigatória.^(2, 11) Na vida adulta, é o desempenho laboral que está comprometido, com realização vocacional e frequência ocupacional pobres. Estas pessoas enfrentam sérias dificuldades nas possibilidades de emprego e progressão/promoção na carreira, sendo a probabilidade de desemprego superior.^(6, 16, 27, 39) A baixa produtividade, o não cumprimento de obrigações laborais, a falta de organização e de concentração, a má gestão do tempo, a conflitualidade e os inúmeros e repetidos erros por descuido, justificam e são causa de despedimentos. O resultado é um sentimento de incapacidade para utilizar de forma plena as suas potencialidades. Estes indivíduos mostram-se insatisfeitos, frustrados e desenraizados do seu ambiente de trabalho.⁽²⁷⁾ É sabido que estes doentes protagonizam mudanças

frequentes de emprego ou função, o que acarreta, a longo prazo, reformas mais baixas.⁽⁶⁾ Na busca incessante de satisfação pessoal «colecionam» formações académicas e/ou profissionais incompletas.

Atente-se que é provável que um indivíduo com PHDA tenha um salário inferior, face aos seus resultados insuficientes no sector laboral.^(16, 27)

A PHDA pode associar-se a rejeição social.⁽¹⁷⁾ As limitações psicossociais são evidentes, sendo a maioria das relações afetivas instáveis e de curta duração e as separações conjugais e os múltiplos casamentos frequentes.^(6, 16, 23) O comprometimento do relacionamento conjugal ocorre muitas vezes pela falta de comunicação entre o casal, pelo incumprimento de promessas, pelos esquecimentos constantes do combinado (que tendencialmente leva estes indivíduos a mentir), pela falta de controlo das emoções, pelo caos que caracteriza estes doentes, que não são capazes de se responsabilizar pelas suas obrigações.^(18, 27) A razão para os conflitos interpessoais pode ainda residir no comportamento agressivo, no alcoolismo e no consumo de drogas. Tendo em conta que os adultos com PHDA com frequência têm filhos com a mesma perturbação, os problemas e encargos no seio familiar multiplicam-se. A discórdia marital e o relacionamento disfuncional entre pais e filhos são fatores interdependentes que combinados com outros aspetos da vida se podem associar a problemas de ajustamento e externalizantes.⁽¹⁸⁾ Estudos documentaram, em famílias de portadores de PHDA, maior prevalência de insatisfação, conflito conjugal, deterioração do funcionamento, organização e convivência familiar, eventos de vida stressantes, sintomas psíquicos (como ansiedade e depressão) e disfunção da relação pais-filho. Esta última, resulta numa inconsistência nos comportamentos disciplinares adotados pelos pais (alternância de uma educação autoritária com regras e punições exageradamente rígidas, com um estilo disciplinar excessivamente permissivo, sem limites e associado a uma ausência afetiva).^(18, 24, 31) Estes achados corroboram a ideia de que a discórdia, as interações negativas e as vinculações inseguras dominam, com frequência, o ambiente familiar, que se caracteriza por um elevado grau de disfuncionalidade.⁽³⁾ O adulto com PHDA costuma ser pouco eficaz ou mesmo demitido das suas funções familiares, não servindo nem de apoio para o cônjuge, nem de referência vital, estabilizadora e protetora para os filhos.⁽³¹⁾ Apoiar e acompanhar o companheiro(a) do doente com PHDA que, muitas vezes, se vê na posição de suportar a família económica e emocionalmente, deve ser um ponto de ancoragem da intervenção. A família desempenha um importante papel na capacitação do indivíduo em resistir e vencer focos de *stress*, devendo reagir à adversidade de forma adaptativa, como uma unidade funcional resiliente.⁽¹⁷⁾

O comportamento impulsivo, imprudente e pobremente modulado, em particular, traduz-se em consequências significativas nas relações sociais, profissionais e, obviamente, na situação financeira do indivíduo, que muitas vezes

entra em rutura devido ao vício do jogo ou em fazer compras. A par da incapacidade para administrar as finanças pessoais, caminha a impossibilidade de organizar a vida diária e assegurar a ordem, arrumação e limpeza da casa. Comentários irrefletidos despoletam, não raras vezes, situações de conflito, que refletem as dificuldades no relacionamento com os outros e o comportamento descomedido, com explosões de fúria. O comportamento imoderado conduz a agressividade, problemas de oposição, conflitos com a autoridade, acidentes rodoviários e até mesmo automutilação e tentativas de suicídio. Não surpreende, por isso, que estes indivíduos possam enveredar pelos caminhos da criminalidade, apresentar antecedentes pessoais de comportamentos ilegais e problemas com a justiça. A predisposição para o consumo exagerado e precoce de álcool e drogas também pode arruinar a vida destes indivíduos.⁽¹⁷⁾

O sono agitado, como referido acima, integra a lista de problemas associados com a PHDA.⁽²⁰⁾

Quer a morbilidade, quer a mortalidade estão aumentadas na PHDA.

Em jeito de conclusão, é perceptível que um indivíduo com PHDA, que esteja tratado, possa viver perfeitamente em sociedade, sem que isso afete de forma incapacitante o seu ajustamento social, familiar e escolar/profissional.

2. Considerações Finais

A PHDA inicia-se na infância. A exigência da presença de sintomas antes dos 12 anos de idade reflete a relevância de uma apresentação clínica substancial durante a infância. Em adultos, o diagnóstico de PHDA é sobretudo retrospectivo.^(13, 46, 52) Não se dispõe, ainda, de um teste suficientemente sensível e específico, que sirva de indicador diagnóstico.

Os estudos apontam, claramente, para um forte contributo genético na propensão para a PHDA, devido à forte recorrência familiar.⁽¹¹⁾ A hereditariedade é, pois, considerada a principal causa desta perturbação. Como aponta a maior parte das pesquisas acerca do tema, estão envolvidas alterações ao nível dos lobos pré-frontais e pré-motores, precisamente as áreas vinculadas com o controlo dos impulsos e do comportamento.⁽¹¹⁾ Contudo, vários autores defendem uma explicação dialética que compreende a interação entre os componentes biológico e social, que se codeterminam mutuamente, rejeitando a ideia de um determinismo exclusivamente biológico ou social.⁽²⁹⁾

A dificuldade no direcionamento e fixação da atenção, na fluência do discurso, no planeamento, organização e conclusão de tarefas, os erros frequentes, as mudanças repentinas de humor, os problemas de relacionamento, a tristeza, os problemas com álcool e outras drogas, estão entre as queixas dos adultos com PHDA.

Contudo, nem sempre a hipótese de se tratar de PHDA é equacionada, pois este é um diagnóstico relativamente recente em adultos, para o qual muitos clínicos ainda não estão suficientemente sensibilizados e informados.^(10, 39)

A PHDA traz implicações para a saúde física e psíquica. As perturbações comórbidas são frequentes em indivíduos que preenchem os critérios para PHDA, uma perturbação que raramente surge isolada.⁽⁴²⁾

Esta doença prejudica as relações familiares e entre o casal.⁽¹⁸⁾ Estes doentes auferem menos, ao longo das suas vidas, do que seria expectável se não tivessem PHDA.

O tratamento desta perturbação engloba uma abordagem múltipla, sendo os psicoestimulantes os fármacos de primeira linha.⁽²⁾

Embora a forma adulta de PHDA seja uma entidade nosológica reconhecida, a maioria do conhecimento existente, alude à extrapolação de informações adquiridas em investigações com crianças e adolescentes.⁽²¹⁾ Face ao panorama, justifica-se a premência de mais estudos que procurem chegar a um consenso na validação e adaptação dos critérios para adultos, que permitam a resolução dos paradigmas etiológicos, criem instrumentos específicos e escalas de avaliação que auxiliem no diagnóstico, desenvolvam ferramentas que meçam o impacto da PHDA nos índices de qualidade de vida e forneçam um alicerce teórico para inovações gnosiológicas a nível das intervenções psicoterápicas.^(8, 15, 16, 21)

Bibliografia

1. Leigh D, Pare CMB, Marks J. Enciclopédia Concisa de Psiquiatria. Lisboa: Química RF, editor.1981; p. 170-1.
2. Rohde LA, Halpern R. Recent advances on attention deficit/hyperactivity disorder. *Jornal de Pediatria*. 2004;80(2):61-70.
3. Pardilhão C, Marques M, Marques C. Perturbações do comportamento e perturbação de hiperatividade com défice de atenção: Diagnóstico e intervenção nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2009; 25:592-9.
4. Rohde LA, Barbosa G, Tramontina S, Polanczyk G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2000;22:07-11.
5. Polanczyk G, Lima MSd, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(6):942-8.
6. Mattos P, Dias GM, Segenreich D, Malloy-Diniz L. Self-evaluated burden in adults with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): a pilot study. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010;59:322-5.
7. Murphy P, Schachar R. Use of self-ratings in the assessment of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Am J Psychiatry*. 2000;157(7):1156-9.
8. McGough JJ, Barkley RA. Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161(11):1948-56.
9. Andreasen NC, Black DW. Introdução à Psiquiatria. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora. 2009; p. 411-21; 432-47; 453.
10. Mota AH. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Adults and Executive Functions: a Theoretical Review. *Revista Interfaces da Saúde*. 2014;39-50.
11. Rangel Júnior ÉdB, Loos H. Schools and psychosocial development according to the perceptions of young individuals with ADHD. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2011;21:373-82.
12. Mattos P, Segenreich D, Saboya E, Louzã M, Dias G, Romano M. Transcultural adaptation of the Adult Self-Report Scale into portuguese for evaluation of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Archives of Clinical Psychiatry*. 2006;33:188-94.
13. Strang-Karlsson S, Räikkönen K, Pesonen A-K, Kajantie E, Paavonen EJ, Lahti J, et al. Very Low Birth Weight and Behavioral Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Young Adulthood: The Helsinki Study of Very-Low-Birth-Weight Adults. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165(10):1345-53.

14. McGough JJ, McCracken JT. Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Moving Beyond DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(10):1673-5.
15. Lopes RMF, Nascimento RFLd, Bandeira DR. Assessment of the attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults: a literature revision. *Avaliação Psicológica*. 2005;4:65-74.
16. Mattos P, Segenreich D, Dias GM, Saboya E, Coutinho G, Brod M. Semantic validation of the Portuguese version of the Adult attention-deficit disorder/hyperactivity disorder (ADHD) Quality of Life Questionnaire (AAQoL). *Archives of Clinical Psychiatry*. 2011;38:87-90.
17. Regalla MA, Guilherme PR, Serra-Pinheiro MA. Resilience and attention deficit/hyperactivity disorder. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2007;56:45-9.
18. Guilherme PR, Mattos P, Serra-Pinheiro MA, Regalla MA. Marital and familial conflicts and attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in the offspring: systematic review. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2007;56:201-7.
19. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013; p. 32; 59-66.
20. Mattos P, Palmini A, Salgado CA, Segenreich D, Grevet E, Oliveira IRd, et al. Brazilian consensus of specialists on the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2006;28:50-60.
21. Gabriela D, Daniel S, Bruno N, Gabriel C. Diagnosing adult ADHD in clinical practice. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2007;56:9.
22. Organization WH. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992; p.206-8.
23. Wender PH. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. *Psychiatric Clinics of North America*. 1998;21(4):761-74.
24. Thiago De Oliveira P, Cosme Marcelo Furtado Passos Da S, Simone Gonçalves De A. Family environment and attention- deficit hyperactivity disorder. *Revista de Saúde Pública*. 2012;46(4):624.
25. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros A, Bitter I. Prevalência e correlações do Distúrbio da Hiperatividade e Défice de Atenção (DHDA) no adulto: meta-análise. *BJPsych*. 2009;77-84.
26. Kooij JJS. PHDA (Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade) em Adultos: Introdução ao Diagnóstico e Terapêutica: *Coisas de Ler*; 2008.
27. Sickel MJ, M.D., Ph.D. *ADHD Grown Up: A Guide to Adolescent and Adult ADHD*. Psychiatric Services. 2008;59(1):123.

28. Barkley R, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol.* 2002;111:279-89.
29. Brzozowski FS, Caponi S. Biological determinism and neuroscience in the case of attention deficit disorder with hyperactivity. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2012;22:941-61.
30. Rohde L, Szobot C, Polanczyk G, Schmitz M, Martins S, Tramontina S. Attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse culture: do research and clinical findings support the notion of a cultural construct for the disorder? *Biol Psychiatry.* 2005;57(11):1436-41.
31. Salgueiro E. "A hiperatividade na criança: doença ou mal-de-viver?". *Nascer e Crescer - Revista do Hospital de Crianças Maria Pia.* 2001:210-5.
32. Riesgo R, Rohde L. A neurobiologia do TDAH. *Bases Neuroquímicas dos Transtornos Psiquiátricos.* 2ª ed. Porto Alegre: Kapczinski F, Quevedo JL, Izquierdo I, editores; 2004; p.338-40.
33. Biederman J, Petty C, Fried R, Fontanella J, Doyle AE, Seidman LJ, et al. Impact of Psychometrically Defined Deficits of Executive Functioning in Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry.* 2006;163(10):1730-8.
34. Hervey A, Epstein J, Curry J. Neuropsychology of adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neuropsychology;* 2004; p. 485-503.
35. Gallagher R, Blader J. The diagnosis and neuropsychological assessment of adult attention deficit/hyperactivity disorder: scientific study and practical guidelines. *Ann NY Acad Sci;* 2001; p. 148-71.
36. Albuquerque G, Maia M, França A, Mattos P, Pastura G. Language Processing in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *DELTA: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada.* 2012;28:245-80.
37. Surman CB, Biederman J, Spencer T, Yorks D, Miller CA, Petty CR, et al. Deficient emotional self-regulation and adult attention deficit hyperactivity disorder: a family risk analysis. *Am J Psychiatry.* 2011;168(6):617-23.
38. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry.* 2014;171(3):276-93.
39. Larry B. Silver MD. *Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment for Health and Mental Health Professionals.* 3rd ed: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2004; p. 201-9; 227-8.
40. Sagvolden T, Johansen E, Aase H, Russell V. A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *Behav Brain Sci;* 2005; p. 397-468.

41. Sonuga-Barke E, Dalen L, Remington B. Do executive deficits and delay aversion make independent contributions to preschool attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms? . *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:1335-42.
42. Mesquita C, Coutinho G, Mattos P. Neuropsychological profile of adults with attention deficits: differences between ADHD and clinical controls. *Rev Psiquiatr Clin.* 2010;37(5):212-5.
43. Marques C, Cepêda T. *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários.* Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental; 2009; p. 24-6.
44. Montano B. Diagnosis and treatment of ADHD in adults in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry.* 2004;65:18-21.
45. Ernst M, Kimes A, London E, Matochik J, Eldreth D, Tata S, et al. Neural substrates of decision making in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry.* 2003;160(6):1061-70.
46. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Mick E, Murray K, Petty C, et al. Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid? *Am J Psychiatry.* 2006;163(10):1720-9; quiz 859.
47. Weiss M, Murray C. Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Can Med Assoc J;* 2003; p. 715-22.
48. Mario RL, Paulo M. Actual issues in the pharmacological treatment of ADHD in adults with methylphenidate. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 2007;56:53.
49. Vitiello B. Improving Decision Making in the Treatment of ADHD. *American Journal of Psychiatry.* 2008;165(6):666-7.
50. Volkow N. Simulant medications: how to minimize their reinforcing effects? *Am J Psychiatry.* 2006;163(3):359-61.
51. Kuntsi J, Eley T, Taylor A, Hughes C, Asherson P, Caspi A, et al. Co-occurrence of ADHD and low IQ has genetic origins. *Am J Med Genet B Neuropsychiatry Genet.* 2004;124B(1):41-7.
52. Adler L, Chua H. Management of ADHD in adults. *J Clin Psychiatry.* 2002;63:29-35.