

## **MANEJO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E SUAS COMORBIDADES. ORIENTAÇÃO PARA O HEBERATA E PEDIATRA**

Marcondes Filho, Walter.

Pediatra. Médico de Adolescência e Juventude. Ex-Presidente da Associação Brasileira de Adolescência -2001-2006 (ASBRA). Ex-Presidente da Confederação de Adolescência e Juventude da Iberoamérica e Caribe (CODAJIC) – 2006-2009. Professor de Pós-Graduação da Universidade Filadélfia (UNIFIL) de Londrina. Professor de Pediatria da UEL- Londrina.

[marcon@sercomtel.com.br](mailto:marcon@sercomtel.com.br), [Walmarfi48@yahoo.com.br](mailto:Walmarfi48@yahoo.com.br)

### **RESUMEN:**

Presentación de los datos epidemiológicos nacionales sobre los trastornos asociados al déficit de atención en adolescentes. Discusión de los mismos.

# MANEJO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E SUAS COMORBIDADES. ORIENTAÇÃO PARA O HEBEATRA E PEDIATRA

## INTRODUÇÃO

“De onde saiu esta cria”? Interrogam-se incrédulos os pais, de onde vem este demoniozinho de dois a três anos que não para quieto e corre daqui pra lá demolindo toda a casa. Vai mudar quando crescer, tentando consolarem-se os pais. Mas não muda, piora. “tu eras igual quando pequeno” dizem os familiares. Os avisos, ameaçantes vêm da escola, o seu filho precisa ir ao psicopedagogo, ao psicólogo, ao neurologista... e o pediatra dele onde está? A o Pediatra disse que é assim mesmo, é normal, apenas um pouco traquino. Assim começa a peregrinação. Assim, estas crianças vivendo sob pressão dos pais e professores, amedrontado, tensos e assustados encaram uma peregrinação aos médicos e psicólogos, psicopedagogos, com o estigma de impossíveis, indisciplinados, mal educados e agressivos.

Dr. O meu filho tem problema? Ele faz isto por mal? É como uma pedra lançada à água, o impacto da criança se estende em círculos cada vez mais amplos, que afetam na ordem: a mãe ou cuidador habitual, ao resto da família, a todos em torno dele, seus parentes, vizinhos, e profesoeres.

Devido a isto, a criança desenvolve certos problemas secundários:

- Pode ser mais medroso do que outros meninos de sua idade.
- Tem pesadelos noturnos freqüentes.
- Se mostra enfadonho e aborrecido uma boa parte do tempo.
- Não gosta de si mesmo, porque chega a pensar que é mau.

As mães normalmente não têm apoio dos pais e dizem: “Não consigo que me escute!”, “Não sei como tratá-lo!”, “Me deixa doente!”, “Ele vai me deixar louca!”.

Quais são as reações da mãe ou cuidador?

- Surpresa
- Cansada
- Furiosa
- Culpada
- Envergonhada
- Inadequada
- Deprimida
- Isolada
- Vítima
- Insatisfeita atrapalhada e superprotetora.

E o que sentem os pais?

- O pai sente-se desprezado;
- O pai questiona o que faz a mãe;
- A mulher-esposa não tem energia o pai-marido;

## **MANEJO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E SUAS COMORBIDADES. ORIENTAÇÃO PARA O HEBEATRA E PEDIATRA**

- A mãe pode ter ciúmes da relação relativamente boa do pai com o filho difícil.

A característica essencial do TDAH consiste em um padrão persistente de Desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade. Alguns sintomas hiperativo-impulsivo que causam comprometimento devem ter estado presentes antes dos 7 anos, porém alguns são diagnosticados depois, principalmente os Desatentos, que aparecem nos contextos escolares, em casa e no trabalho.

Deve haver clara evidência de interferência no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional. A maioria dos indivíduos apresenta sintomas tanto de desatenção quanto de hiperatividade-impulsividade, porém pode haver predomínio tanto da desatenção como da hiperatividade.

Os indivíduos com desatenção podem ter sua manifestação mais visível em situações escolares, profissionais ou sociais, pois não prestam atenção a detalhes e podem cometer erros por omissão nos trabalhos escolares ou em outras tarefas. Trabalha de forma confusa, sem preocupação com meticulosidades, e há muita dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas, geralmente não terminam suas tarefas.

A impressão que se tem é de que estão no mundo da lua, com a mente em outro lugar, e não escutam quando alguém se dirige a eles. Geralmente iniciam uma tarefa e mudam para outra, e voltam à atenção para uma terceira opção sem completarem nenhuma delas. Geralmente não atendem as solicitações e instruções, por essa razão não conseguem completar suas tarefas escolares, lições ou tarefas domésticas. Tem muita dificuldade em organizar suas tarefas e atividades, são desorganizados e perdem com facilidade materiais escolares ou objetos de uso pessoal, como canetas, lápis, celular, pasta escolar ou outro objeto.

Qualquer tarefa que exija esforço mental constante é abominada, aversivo e desagradável, como por exemplo, a leitura de um texto, não por oposição, mas por dificuldade de concentração. São desorganizados no trabalho, desleixados, perdidos e danificados. Qualquer ruído pode lhes tirar a atenção das tarefas em andamento (buzinas, uma conversa ao fundo). Geralmente esquecem se esquecem dos compromissos marcados, recados e nas situações sociais, manifesta-se geralmente por freqüente mudança de assunto, falta de atenção ao que os outros dizem, distração durante as conversas e falta de atenção a detalhes ou regras em jogo.

A Hiperatividade pode manifestar-se por inquietação ou remexer-se muito na cadeira quando se espera que permaneça sentado, mas evidentes nas crianças, pois são escaladores de objetos como fogão ou geladeira, e apresentam muitas escoriações ou fraturas. Correm excessivamente, ligados, incomodam a todos que estão ao seu redor.

## **MANEJO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E SUAS COMORBIDADES. ORIENTAÇÃO PARA O HEBEATRA E PEDIATRA**

Em crianças pequenas o diagnóstico deve ser feito com cautela. Os bebês e pré-escolares com TDAH estão constantemente inquietos e envolvidos com tudo a sua volta, geralmente com sono inquieto, movem-se muito rapidamente, correm pela casa, trombam e escalam os móveis, e tem dificuldade em se manter em silêncio ou participar de atividades sedentárias (escutar uma história).

Em idade escolar, geralmente mexem-se muito nas cadeiras, conversam muito e perturbam a aula, balançam muito as pernas, mexem em tudo e batem as mãos. Estas crianças levantam muito durante as refeições, enquanto assistem televisão ou enquanto fazem tarefas de casa, falam em excesso e alto e são ruidosos em atividades tranqüilas. Geralmente discriminado nos grupos de estudo por perturbar o trabalho ou por desatenção, não por não entender o conteúdo. São taxados de indisciplinados, segregados por professores e colegas aumentando muito a sua ansiedade.

A impulsividade manifesta-se como impaciência, dificuldade em protelar as respostas, responder precipitadamente as perguntas, impaciência em aguardar sua vez, interrupção freqüente ou intromissão nos assuntos alheios, ao ponto de causar dificuldades em contextos sociais, escolares ou profissionais. Freqüentemente fazem comentários inoportunos, não obedecem a instruções, iniciam conversas em momentos inoportunos, interrompem demais os outros, intrometem em assuntos alheios, fazem palhaçadas, ou seja, são desagradáveis ao grupo que geralmente os discriminam, chegando a sofrer "bullyng".

A impulsividade pode a levar a acidentes freqüentes ou a se envolver em atividades perigosas, sem considerar as conseqüências. Os sintomas pioram em situações que exigem atenção ou esforço mental constante ou que não apresentam atrativos ou novidades (p.ex., ouvir a explanação dos professores, realizarem tarefas monótonas e repetitivas, escutar ou ler materiais extensos).

O médico deve estar atento as múltiplas fontes de informação (pai, professores e colegas) a respeito da atuação na escola, em casa e no social.

A preocupação do médico deve estar sempre nas comorbidades associadas, pois poderão ser muito desagradáveis e visíveis no início da adolescência, e devem ser diagnosticadas e tratadas de forma adequada.

Podemos incluir baixa tolerância à frustração, acessos de raiva, comportamento "mandão", teimosia, insistência excessiva, instabilidade de humor, desmoralização, disforia, rejeição por seus pares e baixa auto-estima, A vida acadêmica é geralmente comprometidas e insatisfatórias, com conflitos familiares e autoridades escolares. Este quadro de insuficiente dedicação às tarefas leva a um pré-julgamento, e é visto como uma pessoa indisciplinada, preguiçosa, irresponsável, hostil e ressentido, briguento. Há discórdia familiar e interações negativas entre os pais. Muitas vezes a

## **MANEJO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E SUAS COMORBIDADES. ORIENTAÇÃO PARA O HEBERATA E PEDIATRA**

avaliação do Q.I. demonstra um desenvolvimento intelectual acima da média, porém, nos casos mais graves o transtorno pode ser incapacitante, afetando o ajuste familiar, social e escolar, com predomínio nos tipos marcados pela desatenção, com comportamento mais passivos e rejeitados pelos seus pares. Pelo menos metade dos pacientes encaminhados com TDAH com impulsividade vem acompanhada de Transtorno Desafiador de Oposição ou Transtorno de Conduta. Quando o TDAH com impulsividade aparece de forma completa, podemos ter um quadro de Síndrome de Tourette associado.

Uma grande parte dos casos de TDAH é encaminhada com alto nível de reprovação escolar.

### **PREVALÊNCIA**

A prevalência do TDAH é estimada em 3 a 7% entre as crianças em idade escolar

### **CULTURA, IDADE E GÊNERO**

O TDAH ocorre em várias culturas, e é difícil confirmar o diagnóstico em crianças com menos de 4 ou 5 anos por seu comportamento característico variável e aspectos similares aos sintomas do transtorno. Crianças em idade escolar o diagnóstico é mais preciso pelo rendimento escolar comprometido pela desatenção e hiperatividade. Na adolescência, na juventude e idade adulta, a hiperatividade transforma-se em inquietação que dificulta participação em atividades sedentárias e trabalhos burocráticos.

O TDAH é mais comum no sexo masculino de 2:1 até 9:1.

### **PADRÃO FAMILIAL**

O TDAH é encontrado com mais frequência nos parentes biológicos em primeiro grau de crianças com TDAH do que na população geral. Há uma forte tendência de comprometimento de fatores genéticos. Os estudos também sugerem que existe uma prevalência superior de Transtornos de Humor e de Ansiedade, Transtornos de Aprendizagem, Transtornos Relacionados a Substâncias (alcooolismo, abusos de substâncias ilícitas), Transtorno de Personalidade Anti-Social, Hipersexualização;

### **COMORBIDADES EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Os estudos epidemiológicos documentaram altas taxas de comorbidades psiquiátricas e transtornos de aprendizagem em indivíduos com TDAH. As comorbidades mais comuns entre jovens incluem o Transtorno Desafiador de Oposição e os Transtornos de conduta, de Ansiedade (Spencer 2006) e do

## **MANEJO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E SUAS COMORBIDADES. ORIENTAÇÃO PARA O HEBEATRA E PEDIATRA**

Humor (Biederman ET AL., 2008). Novas análises revelam que tanto o tipo combinado quanto o predominantemente desatento de TDAH estão associados a um prejuízo social significativo (Barkley ET AL., 2002).

Crianças, adolescentes e adultos com TDAH do tipo predominante desatento são, em geral, do sexo feminino e têm menos problemas emocionais e comportamentais se comparados aos outros tipos. As meninas apresentam menos problemas de conduta ou transtorno desafiador de oposição, e por terem menos problemas disruptivos, muitas vezes não são corretamente diagnosticadas.

Jovens com dificuldade de atenção predominante como sintoma do TDAH sofrem maior prejuízo acadêmico do que do tipo predominantemente hiperativo/impulsivo. Já os tipos combinados, TDAH com Déficit de Atenção, Hiperatividade e Impulsividade, apresentam mais comorbidades psiquiátricas e abuso de substâncias, além de maior prejuízo global (Spencer, Biederman; Mick, 2007).

### **TRANSTORNO DESAFIADOR DE OPOSIÇÃO E TRANSTORNO DE CONDUTA**

Geralmente ocorrem em 30 a 50% dos casos epidemiológicos e amostras clínicas (Spencer 2006). O Transtorno Desafiador de Oposição é caracterizado por um padrão de comportamento negativista, hostil e desafiador, enquanto o Transtorno de Conduta gera comportamentos disruptivo mais grave, incluindo agressões, destruições, mentiras, roubos e ausência na escola. O início desses transtornos geralmente é pré-puberal, o que faz do diagnóstico precoce algo crucial para o tratamento a tempo de evitar a cronicidade, os prejuízos sociais e a delinquência (Pliszka, 1998).

O Transtorno de conduta é um forte preditor de abuso de substâncias, ao contrário do transtorno desafiador de oposição.

### **TRANSTORNO DE ANSIEDADE**

Os transtornos de ansiedade estão entre os mais prevalentes na infância e adolescência, com taxas de 6 a 18% (Bernstein; Shaw, 1997; Costello; Angold, 1995). De maneira geral os sintomas refletem-se no campo cognitivo, afetivo, comportamental e fisiológico. No comportamento cognitivo envolvem preocupações, pensamentos antecipatórios e ruminação. No comportamento, podemos observar evitação, agitação, rituais; na afetividade, irritabilidade e angústia; e na parte fisiológica sintomas autonômicos como tremores, palpitações e sudorese.

A comorbidade com o TDAH é freqüente, sendo encontradas taxas de 25% em alguns estudos. Na população geral a taxa é de 5 a 15%, enquanto na população com TDAH varia de 15 a 35% (Pliska,

## **MANEJO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E SUAS COMORBIDADES. ORIENTAÇÃO PARA O HEBERATA E PEDIATRA**

2000). Foram encontrados altos índices de agorafobia, fobia específica, transtorno de ansiedade de separação e transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do pânico.

Estas crianças tem maior risco de sofrer *bullying*, abuso físico ou sexual, a principal causa de procura de tratamento para os transtornos de ansiedade. O TDAH associado a ansiedade apresentam mais sintomas depressivos, maiores problemas atencionais e menor habilidade social e maior prejuízo social e acadêmico.

A evolução do problema está associada ao desenvolvimento de transtornos de humor e ao abuso de substâncias.

### **TRANSTORNOS DE HUMOR**

A taxa de incidência do transtorno depressivo maior é de aproximadamente 0.3% em pré-escolar, 1 a 2% em escolares e 5% em adolescentes (Kashani; Sherman, 1989). Em relação a comorbidade com o TDAH, encontram-se índices de 29% na infância, com aumento para 45% por volta dos 15 anos (Spencer, 2006). A longo prazo, podem ocorrer piora do prognóstico e mortalidade.

O Transtorno Bipolar é caracterizado por episódios hipomaníacos ou maníacos. Há uma relação bidirecional entre o transtorno bipolar e o TDAH na infância e adolescência, com altas taxas de TDAH em pacientes bipolares (maior que 85%) e de transtorno bipolar em pacientes com TDAH (maior que 22%). Quem nasceu antes, o ovo ou a galinha?

Estudos fenomenológicos, genéticos, familiares, de neuroimagem e de tratamento revelaram que estes transtornos possuem características comuns (Singh ET AL.,2006).

A experiência nos mostra que os sintomas de TDAH representam um pródromo ou manifestações precoces de bipolaridade pediátrica em certos pacientes susceptíveis, representando um fenótipo específico.

### **OUTRAS COMORBIDADES**

- TRANSTORNOS DE APRENDIZAGEM
- TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS
- TRANSTORNOS DE TIQUE
- HIPERSEXUALIDADE

# MANEJO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E SUAS COMORBIDADES. ORIENTAÇÃO PARA O HEBEATRA E PEDIATRA

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARKLEY, R. A. ET AL. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into Young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of abnormal psychology*, v.111, n.2,p 279-289, may 2002.

BARKLEY, R. A. ;MURPHEY, K. R. ; FISCHER, M. *the Science of ADHD in Adults: clinic-referred adults and children group up*. New York: Guilford, 2007.

BERSTEIN, G. E.; SHAW, K. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of de the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 36, suppl. 10, p. 69s-84s, oct. 1997.

BIEDERMAN, J. et al. Familial risk analyses of attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*, v. 165, n. 1, p. 11-2, jan. 2008.

CASTELLS, P. Nunca quieto, siempre distraído. Nuestro hijo ES Hiperactivo ? Barcelona: Ediciones Ceac, 2009. P. 15-75.

CASTELLO, E. J.; ANGOLD, A. Epidemiology. In: MARCH, J.S. (Ed). *Anxiety disorders in Children and Adolescents*. New York: Guilford Press, 1995.p. 100-24

CHABROL, H. A Depressão do Adolescente. Papyrus Editora. Campinas-SP. Brasil. 1990. P. 7-39.

D'ANDREA, F.F. A Linha Divisória. "A Síndrome de Borderline". Rio de Janeiro. Brasil. Editora BERTRAND Brasil. 1987. P. 11-115.

LARA, D. Temperamento Forte e Bipolaridade. Porto Alegre-RS. Brasil. Editora Grafica Pallotti. 2004. P. 13-53.

NETO, M. R> Z. TDAH ao longo da vida. Porto Alegre – RS-Brasil . 2010. Editora ARTMED – p. 146-246.

SUPPES, T.; Dennehy, E.B. Transtorno Bipolar. Porto Alegre-RS- Brasil. Editora Artmed . 2009.p. 11-35