



Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade em Crianças e Adultos

1. Condição Médica

Introdução

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é um dos mais comuns transtornos neurocomportamentais. O TDAH é uma doença crônica que se inicia na infância (as taxas de prevalência estimadas variam entre 3% a 9,9%), cujos sintomas podem persistir durante a adolescência até a vida adulta, tornando-se crônicos. ⁽¹⁻³⁾ Estes dados foram confirmados através de diversos estudos de *follow-up* que demonstraram a persistência dos sintomas em muitos adultos que haviam sido diagnosticados com TDAH em criança. ⁽⁴⁻⁸⁾ Uma meta-análise de *follow-up* sobre o TDAH reportou que 15% de todos os casos demonstram persistência de sintomas para além da infância, e 40-50% dos pacientes continuam a apresentar um status de diagnóstico parcial e algum tipo de incapacidade durante a sua vida adulta. ⁽⁹⁻¹⁰⁾

O TDAH é caracterizado pelos sintomas de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interferem com o normal funcionamento ou desenvolvimento, estando presentes em mais que um quadro clínico. O TDAH pode causar dificuldades na escola, no local de trabalho, assim como no ambiente social. As crianças com TDAH podem apresentar dificuldades significativas de adaptação, pois o seu nível funcional e comportamental poderá não corresponder à sua idade cronológica ou nível de desenvolvimento esperado. ¹¹

Os pacientes com TDAH apresentam uma alta incidência de comorbidades. Um estudo recente demonstrou que as comorbidades mais frequentes em crianças são dificuldades de aprendizagem (47,3%), transtorno de conduta (28,6%) e transtorno desafiador de oposição (22,1%). ^(12, 13)

Outros estudos relevantes têm relatado taxas de transtornos depressivos có-morbidos de 5 a 47% em crianças e adolescentes com TDAH. ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ A evidência demonstrada por uma meta-análise de estudos prospectivos em crianças com TDAH sugere que estas crianças também apresentem um risco superior de desenvolver distúrbios associados ao uso de substâncias e ao cigarro, quando comparadas a crianças sem TDAH. ¹⁷

Estas comorbidades também estão presentes na população adulta com TDAH. ¹⁸

2. Diagnóstico

A. História Médica

O diagnóstico do TDAH é essencialmente clínico e requer uma completa avaliação médica para detectar sintomas específicos que têm de estar presentes em contextos consistentes e com um nível constante de deterioração. ¹⁹

A presença de sintomas é diretamente obtida a partir do paciente (criança ou adulto), dos pais, familiares, cônjuges, professores e colegas de trabalho. Várias escalas foram criadas para identificar sintomas específicos a fim de diagnosticar o TDAH, mas o critério de diagnóstico comumente mais usado são os presentes na DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition May 2013 – Manual de Diagnóstico e Estatística de Desordens Mentais, 5ª Edição, Maio de 2013). ²⁰

A característica essencial do Déficit de Atenção/Hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou impulsividade da hiperatividade que interfere com o normal funcionamento e desenvolvimento. A exigência que vários sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade revela a importância de uma apresentação clínica substancial durante a infância. As manifestações do transtorno devem estar presentes em mais do que um cenário (exemplo: em casa, na escola, no trabalho). Existe uma exclusão, os sintomas não devem ocorrer exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico, e não sejam justificáveis por outro transtorno psicótico (exemplo: transtorno de humor, ansiedade, transtornos dissociativos, transtorno de personalidade, intoxicação por substâncias ou síndrome de abstinência). ²⁰

Em muitas partes do mundo, os clínicos envolvidos no diagnóstico e tratamento do TDAH incluem pediatras, psiquiatras e psicólogos clínicos.

TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS E ADULTOS

B. Critérios de Diagnóstico

1. Avaliação por um médico pediatra, psiquiatra ou outro médico que seja especialista no tratamento do TDAH/ADD;
2. História clínica e exames que suportem o diagnóstico e que cumprem os critérios definidos pela **DSM-V**. (As crianças devem apresentar, pelo menos, 6 sintomas de desatenção e hiperatividade ou de ambas. Adolescentes e adultos (mais de 17 anos) deverão apresentar 5 sintomas e alguns destes sintomas deverão estar presentes antes dos 12 anos de idade).²⁰
3. Deverá existir evidências da utilização de uma escala de diagnóstico validada para avaliar os sintomas e o nível de incapacidade. Estes incluem, mas não estão limitados a:
 - a) Adultos: ACDS, CAADID, Barley, DIVA
 - b) Crianças: Vanderbilt, K-SADs, DISC, Connors²¹, SNAP
4. Relatórios de pessoal não médico, pode incluir professores, pais ou colegas, informando sobre o comportamento e impacto real dos sintomas na vida pessoal que não seja no esporte (ou seja, em casa, na escola ou trabalho), poderão auxiliar e demonstrar que as incapacidades ocorrem em múltiplos ambientes.
5. Quando o TDAH é diagnosticado pela primeira vez no adulto (>18 anos), a segunda opinião de um médico especialista independente (geralmente um psiquiatra) confirmando o diagnóstico, pode ser necessário, a menos que a presença de sintomas durante a infância possa ser confirmada por outras fontes independentes e fiáveis (por exemplo, relatórios de psicólogos, relatórios escolares, etc).
6. Em atletas com mais de 18 anos a avaliação médica deverá considerar, em particular, comorbidades mentais e médicas (exemplo: depressão) e histórico de lesões cerebrais, em particular nos esportes de contato.
7. Descrição da utilização de terapia comportamental e outras formas de tratamento, sem utilizar a medicação, é útil.

2

3. Boas Práticas no Tratamento Médico

A. Nome das substâncias proibidas

Psicoestimulantes simpaticomiméticos (metilfenidato e derivados de anfetaminas) constituem a base de tratamento do TDAH na maioria dos países por todo o mundo. O tratamento farmacológico com estimulantes normalmente tem o efeito direto na redução da atividade e aumento da atenção, os efeitos são evidentes após um curto período de tempo.²² Deve-se notar que o tratamento farmacológico de primeira linha para o TDAH varia entre os países e a Atomoxetina (Strattera) é uma substância não proibida que também é utilizada no tratamento do TDAH e é considerada como sendo de primeira linha em alguns países.

B. Vias de Administração

Oral.

C. Dosagem e Frequência

Tanto o metilfenidato como os compostos de anfetamina estão disponíveis em preparações de libertação imediata (são ativos durante 2-5 horas) e de libertação prolongada (com ação entre 6-14 horas). Existem algumas combinações de formas de libertação imediata e prolongada, em comprimidos individuais. Estas combinações são geralmente utilizadas para alcançar o melhor controle dos sintomas. As dosagens máximas baseadas no peso corporal são bastante variáveis entre os diversos países, para serem utilizadas como directrizes neste documento. Doses ideais são definidas com base nas respostas individuais, enquanto controlando adequadamente para o controle dos sintomas e efeitos indesejáveis.

Deve-se ter em atenção que não existe necessidade de cessar o tratamento durante os períodos de competição. É considerado, atualmente, que a cessação do tratamento poderá causar um conjunto de efeitos negativos, incluindo, o efeito adverso no controle dos sintomas, o que poderá levar algum tempo a restabelecer. Esta desestabilização no controle de sintomas poderá propiciar os atletas a apresentarem comportamentos de risco e aumentar o seu envolvimento em situações de conflito (exemplo: altercações com árbitros).

Os pacientes, geralmente, reconhecem que os seus sintomas são melhor controlados quando tomam de forma regular, e em doses estáveis, a sua medicação, após alcançar as doses ideais. Por esta razão, a utilização intermitente, incluindo a dosagem PRN não é recomendada.

Em pacientes recém-diagnosticados com TDAH haverá alterações de dosagem até ser atingida a dosagem ideal. O que significa que um intervalo de doses poderá ser adequado no certificado de aprovação com um máximo de 12 meses de aprovação. O que permite que a aprovação seguinte seja para uma dosagem estável. Isto previne a necessidade de submeter repetidos pedidos de AUT durante o primeiro ano, apenas para ajustes de dose, enquanto se procede à estabilização do paciente.

Qualquer mudança da medicação ou ajustamento significativo da dose deverá resultar numa re-submissão ou assessoria para a ADO que dá a concessão da AUT.

Efeitos indesejáveis dos Estimulantes a considerar pelos Médicos

Alguns dos efeitos indesejáveis mais comuns relatados durante o uso dos psicoestimulantes incluem insônia, redução de apetite, dores de cabeça e irrequietação, mas estes são, geralmente, toleráveis.²⁴ Existe evidência que os estimulantes podem aumentar a pressão arterial e ritmo cardíaco com contraindicação relativa para utilização em pacientes com hipertensão, arritmias e cardiomiopatias.

Existem alguns estudos que relacionam o aumento de eventos cardíacos com o uso de estimulantes. Os estudos na população mais jovem indicam que não existe risco significativo numa população saudável. Os estudos em adultos são mais variados mas continua a existir informação insuficiente para aconselhar contra a utilização de estimulantes no tratamento do TDAH na população jovem. No entanto é aconselhável realizar exames à função cardiovascular, assim como recolher o seu histórico de doenças cardiovasculares, a todos os pacientes que iniciam a terapêutica com estimulantes. Não existem recomendações atuais para exames de despistagem (especificamente ECG) com base exclusivamente em preocupações sobre o risco dos psicoestimulantes. As revisões de literatura confirmam que o risco de desenvolvimento de abuso de substâncias a longo prazo, enquanto se efetua, simultaneamente, tratamento com psicoestimulantes para o tratamento do TDAH (sem comorbidades) é pequeno e pode mesmo diminuir com o tratamento adequado.²⁶

Não existe evidência que o uso terapêutico de estimulantes no tratamento do TDAH aumente o comportamento agressivo. No entanto, existem revisões que sugerem que o não tratamento de pacientes com TDAH aumenta o risco de apresentar comportamentos de risco e envolver-se em situações de conflito. Alguns artigos de revisão sobre as terapêuticas indicam que a incapacidade de controlar comportamentos agressivos poderá ser uma indicação para aumentar a dose do psicoestimulante.

D. Duração recomendada do Tratamento

O tratamento farmacológico do TDAH é, usualmente, de longa duração (anos).

É expressamente recomendado à todos os atletas em terapia contínua com metilfenidato ou dextroamfetamina, que se submetam, anualmente, a uma reavaliação por um especialista na gestão do TDAH.

4. Outros tratamentos alternativos não proibidos

Atomoxetina (Strattera) tem sido identificado como tratamento alternativo não proibido para os pacientes com TDAH. Esta medicação é considerada por muitos como sendo menos eficaz que a medicação estimulante e apresenta um diferente perfil de efeitos indesejáveis que incluem sonolência, efeitos sexuais secundários e complicações hepáticas ocasionais. Além disso, esta medicação não se encontra disponível em todos os países. Deste modo, a Atomoxetina é considerada como tratamento de segunda linha para o TDAH na maioria dos países, devido à sua menor eficácia e perfil de efeitos secundários.

Como é geralmente considerado como um tratamento de segunda linha, não é necessário demonstrar falha do tratamento com Atomoxetina antes de aceitar uma AUT do Metilfenidato ou da Anfetamina.

Além deste fármaco e de algumas técnicas de modificação de comportamento, os tratamentos com substâncias não proibidas não demonstraram eficácia.

5. Consequências para a saúde em caso de adiamento do tratamento

Se não for tratado, o TDAH é amplamente reconhecido como tendo efeitos negativos sobre a qualidade de vida e desenvolvimento psicossocial do paciente. Comorbidades e condições psiquiátricas podem manifestar-se caso o TDAH não seja tratado.

6. Monitorização do Tratamento

Após o início do tratamento, o monitoramento deve ser realizado para avaliar a eficácia do tratamento até que a estabilização seja conseguida. Isto pode exigir de 2 a 3 avaliações mensais. As escalas de sintomas podem ser úteis nestas revisões. Uma vez estabilizados com um regime de dose regular, recomenda-se a realização de consultas regulares, sendo aconselhado um período máximo de 12 meses entre reavaliação por um especialista.

7. Validade da AUT e processo de revisão recomendado

Devido à natureza crônica do TDAH, a AUT, no caso de bem documentada, para um diagnóstico de longa data, poderá ser concedida por um período até quatro (4) anos, de cada vez.

Um pedido inicial de um paciente recém-diagnosticado com TDAH, deverá ser aprovado com uma duração de 12 meses até que a dose estável seja alcançada. Evidência de revisões anuais por parte do médico deverá acompanhar as revisões das AUTs.

8. Referências

1. International Consensus Statement on ADHD. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2002; 5:89–111.
2. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, et al. International consensus statement on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2004;14:11–28.
3. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *JAMA.* 2004;292:619–623.
4. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry.* 2000;157:816–818.
5. Weiss G, Hechtman L, Milroy T, Perlman T. Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1985; 24:211–220.
6. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry.* 2004; 45:195–211.
7. Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Mick E, Monuteaux MC, Aleardi M. Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community. *J Clin Psychiatry.* 2006;67:524–540.
8. Mannuzza S, Klein RG, Bonagura N, Malloy P, Giampino TL, Addalli KA. Hyperactive boys almost grown up. V. Replication of psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48:77–83.
9. Boomsma DI, Saviouk V, Hottenga JJ, et al. Genetic epidemiology of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD index) in adults. *PLoS One.* 2010;5:e10621.
10. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med.* 2006;36:159–165.
11. American Academy of Pediatrics Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics.* 2000;105:1158–1170.
12. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY,* 46:7, JULY 2007.
13. Larson K, Russ SA, Kahn RS, Halfon N. Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics.* 2001;127:462–470.
14. Pliszka SR. Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 (Suppl 7):50–58.
15. Spencer T, Biederman J, Wilens T, Greene R. *Principals and Practice.* New York, NY: Oxford University Press; 2003. *Pediatric Psychopharmacology.*

TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS E ADULTOS

16. Wilens TE, Biederman J, Brown S, et al. Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school age youths with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41:262–268.
17. Wilens TE, Martelon MK, Joshi G, et al. Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50:543–553.
18. Wilens TE, Biederman J, Brown S, et al. Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children an school age youths with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41:262–268.
19. Valdizán JR, Izaguerri-Gracia AC. ADHD in adults. *Rev Neurol*. 2009;48(Suppl 2):S95–S99.
20. American Psychiatric Association The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
21. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 42(2):193-200, February 2003.
22. Faraone SV, Spencer T, Aleardi M, Pagano C, Biederman J. Metaanalysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attentiondeficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2004;24:24–29.
23. Conners CK, March JS, Frances A, Wells KC, Ross R. The expert consensus guideline series: treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Atten Disord*. 2001;4(Suppl 1):7–128.
24. Wigal T, Greenhill L, Chuang S, et al. Safety and tolerability of methylphenidate in preschool children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45:1294–1303.
25. Lerner M, Wigal T. Long-term safety of stimulant medications used to treat children with ADHD. *Pediatr Ann*. 2008;37:37–45.
26. Merkel RL, Kuchibhatla A. Safety of stimulant treatment in attention deficit hyperactivity disorder: Part I. *Expert Opin Drug Saf*. 2009;8:655–668.
27. Turgay, A. Aggression and disruptive behaviour disorders in children and adolescents. *Expert Rev Neurother*. 2004 Jul;4(4):623-32.
28. Polanczyk G, Silva de Lima M, Lessa B, Biederman J, Rohde A. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007; 164:942–948.
29. Kooij et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. The European network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*. 2010; 10:67.