



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

PROCESSO-CONSULTA CFM nº 14/11 – PARECER CFM nº 42/12

INTERESSADO:	Ministério Público Federal de Santa Catarina
ASSUNTO:	O que é déficit de atenção e hiperatividade
RELATOR:	Cons. Emmanuel Fortes S. Cavalcanti

EMENTA: O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é patologia cujo diagnóstico deve obedecer a rigoroso critério médico, com estratégia terapêutica medicamentosa e/ou psicoterápica, requerendo ainda uma rede de apoio psicopedagógico e sociofamiliar, sendo previsto no Código Internacional de Doenças (CID 10) da Organização Mundial da Saúde como categoria diagnóstica no Grupo F 90. Seu diagnóstico e tratamento precoce previne severos prejuízos para o aprendizado à integração social, familiar e ocupacional, bem como à drogadição, principalmente quando associado, nesse último caso, a transtorno de conduta (Grupo CID 10 F 91).

DA CONSULTA

O Ministério Público Federal de Santa Catarina remete ao CFM as seguintes perguntas:

- 1) O que é transtorno de déficit de atenção? Qual o CID10? Qual sua prevalência em crianças e adolescentes no âmbito de atuação desse ente? Quais as características do agravo? Quais seus efeitos sobre as crianças e adolescentes? Qual o prejuízo que o agravo ocasiona ou pode ocasionar na educação da criança e do adolescente?
- 2) O que é hiperatividade? Qual o CID 10? Qual sua prevalência em crianças e adolescentes no âmbito de atuação desse ente? Quais as características do agravo? Quais seus efeitos sobre as crianças e adolescentes? Qual o prejuízo que o agravo ocasiona ou pode ocasionar na educação da criança e do adolescente?

- 3) O transtorno do déficit de atenção encontra-se sempre associado à hiperatividade (explicar)? Qual a prevalência de transtorno do déficit de atenção associado com hiperatividade em crianças e adolescentes no âmbito de atuação desse ente? Quais as características do agravo? Quais seus efeitos sobre as crianças e adolescentes? Qual o prejuízo que o agravo ocasiona ou pode ocasionar na educação da criança e do adolescente?
- 4) O que é transtorno de conduta? Qual a CID 10? O transtorno do déficit de atenção e hiperatividade encontra-se sempre associado à transtorno de conduta? Qual a prevalência de tal associação em crianças e adolescentes no âmbito de atuação desse ente? Quais as características do agravo associado? Quais seus efeitos sobre as crianças e adolescentes? Qual o prejuízo que o agravo associado ocasiona ou pode ocasionar na educação da criança e do adolescente?
- 5) Quais as causas do transtorno do déficit de atenção, da hiperatividade e de sua eventual associação a transtorno de conduta em crianças e adolescentes?
- 6) Como se preconiza a realização do diagnóstico do déficit de atenção, da hiperatividade e de sua eventual associação a transtorno de conduta em crianças e adolescentes, para distinguir a doença que precisa de tratamento especial, de mero comportamento indisciplinado ou sugerir técnicas de adequação familiar e outras mais conservadoras e menos invasivas?
- 7) Qual o tratamento preconizado para déficit de atenção, da hiperatividade e de sua eventual associação ao transtorno de conduta em crianças e adolescentes? Quais os medicamentos necessários para tais pacientes, identificando inclusive os medicamentos em "linhas de tratamento" nos termos de sua complexidade e custo? Quais outros tratamentos, além do medicamentoso, seriam necessários ao caso? Qual a base de tal diretriz? Tal tratamento atende suficientemente critérios de eficiência e segurança e encontra embasamento na medicina de evidências? Tal tratamento é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde e em que medida? Caso não seja, seria importante tal disponibilização?
- 8) Qual o impacto do custo de aquisição dos alimentos especiais caso suportado pelo próprio paciente/família, em face da renda média dos pacientes normalmente acometidos? A experiência na área permite dizer que a maioria dos pacientes acometidos tem ou não condições econômicas de suportar o custo do tratamento?
- 9) Outras informações que entender pertinentes.

DO PARECER

No *Jornal de Pediatria*, vol. 80, nº 2 (Supl) de 2004, Luis A. Rohde e Ricardo Halpern escrevem artigo de revisão sobre **transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização**, no qual procuram aclarar e atualizar os aspectos históricos e

epidemiológicos, etiológicos, fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos desta patologia. Comentam que a primeira referência em jornal médico sobre esta patologia foi feita pelo pediatra George Still no longínquo ano de 1902, destacando que, desta observação, evoluiu para a designação de “lesão cerebral mínima” na década de 40, passando para “disfunção cerebral mínima” em 1962 após se chegar à conclusão de não haver uma lesão cerebral, mas sim uma disfunção nas vias nervosas. Os dois sistemas de classificação hoje utilizados apresentam muitas similaridades quanto às diretrizes para o diagnóstico, diferindo na nomenclatura, com o DSM IV chamando de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e a CID, de Transtornos Hipercinéticos. Em todos os estudos levantados por países sua variável de prevalência se situa entre 3% e 6% da população de crianças, inclusive no Brasil. A prevalência quanto ao sexo aponta ser maior entre os meninos e, na população adulta, mais frequente entre os homens.

Quanto aos aspectos etiológicos, é pacífico o entendimento de que aspectos genéticos são decisivos para o aparecimento do transtorno conjugado, para sua patoplasticidade, aos aspectos ambientais.

Os autores acima consultados comentam:

A procura pela associação entre TDAH e complicações na gestação ou no parto tem resultado em conclusões divergentes, mas tende a suportar a ideia de que tais complicações (toxemia, eclâmpsia, pós-maturidade fetal, duração do parto, estresse fetal, baixo peso ao nascer, hemorragia pré-parto, má saúde materna) predisponham ao transtorno. Recentemente, Mick et al documentaram uma associação significativa entre exposição a fumo e álcool durante a gravidez e a presença de TDAH nos filhos, a qual se manteve mesmo após controle para psicopatologia familiar (incluindo TDAH), adversidades sociais e comorbidade com transtorno de conduta. Outros fatores, como danos cerebrais perinatais no lobo frontal, podem afetar processos de atenção, motivação e planejamento, relacionando-se indiretamente com a doença. É importante ressaltar que a maioria dos estudos sobre possíveis agentes ambientais apenas evidenciaram uma associação desses fatores com o TDAH, não sendo possível estabelecer uma relação clara de causa e efeito entre eles.

Quanto aos fatores genéticos podemos destacar que muitas linhas de pesquisa são exploradas com respostas cada vez mais efetivas, embora não definitivas, dentre as quais destacamos de outro trabalho de revisão feito por Liana Coelho *et al*. Esta revisão foi publicada na revista *Acta Médica Portuguesa*, em 2010, e esclarece:

Os genes candidatos relacionam-se com sistemas de neurotransmissores:

- 1- Dopaminérgico - gene transportador de dopamina (DAT), gene do receptor (DRD1, DRD4, DRD5);
- 2- Noradrenérgico - gene que codifica enzimas dopamina beta-hidroxilase (DbH);
- 3- Serotoninérgico - gene do receptor 2A de serotonina (HTR2A), gene do transportador de serotonina (5-HTT)

O desequilíbrio dos sistemas catecolaminérgicos pode ocorrer por alteração primária nas concentrações de catecolaminas ou como consequência do somatório das vivências emocionais e/ou situacionais que cercam a vida da criança no seu dia a dia.

Portanto, como um «gene do TDAH» parece não existir, vários genes de pequenos efeitos, quando associados, têm capacidade de conferir uma propensão ou vulnerabilidade para o desenvolvimento do quadro patológico. Assim, o gene transportador de dopamina (DAT) e o gene que codifica o receptor de dopamina (DRD4) parecem estar envolvidos na transmissão genética do TDAH.

A neurobiologia deste transtorno tem sido explorada em três vertentes de pesquisa: os dados neuropsicológicos, de neuroimagem e de neurotransmissão.

Luis A. Rohde e Ricardo Halpern, no *Jornal de Pediatria*, vol. 80, nº 2 (Supl) de 2004, comentam:

Embora pareça consenso que nenhuma alteração em um único sistema de neurotransmissores possa ser responsável por uma síndrome tão heterogênea quanto o TDAH, os estudos indicam principalmente o envolvimento das catecolaminas, em especial da dopamina e noradrenalina.

Liana Coelho *et al*, na revista *Acta Médica Portuguesa*, faz um esclarecedor arrazoado sobre os mecanismos neurofisiológicos e de neurotransmissão envolvidos no TDAH:

Os sintomas de TDAH ocorrem por disfunções no funcionamento cerebral. Entretanto, as origens neurobiológicas do TDAH não se encontram completamente elucidadas.

Os mecanismos neurobiológicos que participam do TDAH são de natureza complexa e não estão na dependência de um único neurotransmissor. A variação clínica dos casos de TDAH já reflete a intensa complexidade dos processos neuroquímicos inibitórios e excitatórios implicados na origem dos seus sintomas.

Várias teorias foram formuladas para explicar a fisiopatologia do TDAH. Há relatos de que, em testes neuropsicológicos de crianças

portadoras de TDAH, estas apresentavam desempenho prejudicado nas tarefas que exigiam funções cognitivas, como atenção, percepção, organização e planejamento, pois tais processos se encontram relacionados com o lobo frontal e áreas subcorticais.

Evidências farmacológicas favoreceram, a princípio, a teoria dopaminérgica do TDAH, segundo a qual déficits de dopamina no córtex frontal e núcleo estriado seriam responsáveis pelas manifestações dos sintomas.

No cérebro, há quatro vias dopaminérgicas bem definidas:

- 1- A nigroestriatal que é parte do sistema extrapiramidal e controla os movimentos;*
- 2- A mesolímbica que, se projetando para o nucleus accumbens, se relaciona com o comportamento e a sensação de prazer;*
- 3- A via mesocortical que, ao se projetar na área tegmental ventral do mesencéfalo, atinge o córtex límbico, onde atua sobre a função cognitiva e no controle motor frontal;*
- 4- A tuberoinfundibular que na hipófise controla a secreção de prolactina.*

As vias dopaminérgicas mesocortical e nigroestriatal estariam implicadas no TDAH, sendo que uma hipofunção nas áreas corticais seria responsável por déficits cognitivo e das funções executivas (conjunto de funções responsáveis pelo início e desenvolvimento de uma atividade com objetivo final determinado). De outra parte, uma hiperfunção dopaminérgica no núcleo estriado resultaria nos sintomas de hiperatividade e impulsividade.

A serotonina, por sua vez, na via dopaminérgica nigroestriatal, exerce um poderoso controle sobre a liberação de dopamina, atuando como um freio. Estudo em cobaias corrobora esta hipótese, quando agentes serotoninérgicos reverterem à intensa hiperatividade em animais sem o gene que codifica o transportador de dopamina (DAT).

Os circuitos noradrenérgicos fronto-subcorticais são importantes na manutenção do foco e da atenção e na mediação da disposição, fadiga, motivação e interesse. O córtex pré-frontal, quando estimulado, processa estímulos relevantes e inibe os irrelevantes, restringindo o comportamento hiperativo. Outras regiões cerebrais, como o locus cerulleus, e o lobo parietal posterior (para o qual o locus cerulleus projeta fibras), primariamente moduladas por neurotransmissão noradrenérgica, poderiam estar envolvidas na atenção seletiva e na capacidade de responder a novos estímulos.

Sabe-se ainda que os níveis de noradrenalina e serotonina aumentam com a maturidade; e, com a adolescência, a maior produção de hormônios sexuais leva ao aumento adicional de monoaminas.

Há uma grande complexidade com relação aos neurotransmissores e suas diferentes ações em cada região do sistema nervoso central, e parece ser cada vez mais claro que um conjunto de disfunções pode explicar apenas um subtipo de TDAH, com diferentes características, evolução, associações e gradações, em relação a outro.

A visão anatomofuncional mais abrangente e completa do TDAH inclui um circuito com dois sistemas atencionais:

O anterior, que parece ser predominantemente dopaminérgico, envolve áreas corticais frontais e suas conexões mesocorticais, atuando na mediação das funções cognitivas como fluência verbal, vigilância durante funções executivas, manutenção e concentração da atenção e priorização de comportamento, com bases em indícios sociais.

O posterior é noradrenérgico e se relaciona com a atenção seletiva, incluindo áreas como a região parietal e o locus cerulleus. A região parietal posterior desligaria o cérebro de novos estímulos e os colículos superiores teriam papel na mudança de foco.

Quadro clínico

A tríade sintomatológica clássica da síndrome caracteriza-se por:

- 1- Desatenção;
- 2- Hiperatividade e;
- 3- Impulsividade.

Independentemente do sistema classificatório utilizado, as crianças com TDAH são facilmente reconhecidas em clínicas, escolas e em casa. A descrição dos sintomas nas três dimensões pode ser visualizada na Tabela 1 (critérios diagnósticos da DSM-IV), de Luis A. Rohde, Ricardo Halpern:

Algumas pistas que indicam a presença do transtorno são:

- a) *Duração dos sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade. Normalmente, crianças com TDAH apresentam uma história de vida desde a idade pré-escolar com a presença de*

sintomas, ou, pelo menos, um período de vários meses de sintomatologia intensa;

- b) Frequência e intensidade dos sintomas. Para o diagnóstico de TDAH, é fundamental que pelo menos seis dos sintomas de desatenção e/ou seis dos sintomas de hiperatividade/impulsividade estejam presentes frequentemente (cada um dos sintomas) na vida da criança;*
- c) Persistência dos sintomas em vários locais e ao longo do tempo. Os sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade precisam ocorrer em vários ambientes da vida da criança (por exemplo, escola e casa) e manter-se constantes ao longo do período avaliado. Sintomas que ocorrem apenas em casa ou somente na escola devem alertar o clínico para a possibilidade de que a desatenção, hiperatividade ou impulsividade possam ser apenas sintomas de uma situação familiar caótica ou de um sistema de ensino inadequado. Da mesma forma, flutuações de sintomatologia com períodos assintomáticos não são características do TDAH;*
- d) Prejuízo clinicamente significativo na vida da criança. Sintomas de hiperatividade ou impulsividade sem prejuízo na vida da criança podem traduzir muito mais estilos de funcionamento ou temperamento do que um transtorno psiquiátrico;*
- e) Entendimento do significado do sintoma. Para o diagnóstico de TDAH, é necessária uma avaliação cuidadosa de cada sintoma, e não somente a listagem de sintomas. Por exemplo, uma criança pode ter dificuldade de seguir instruções por um comportamento de oposição e desafio aos pais e professores, caracterizando muito mais um sintoma de transtorno opositor desafiante do que de TDAH.*

É fundamental verificar se a criança não segue as instruções por não conseguir manter a atenção durante a explicação das mesmas.

Como uma atividade mais intensa é característica de pré-escolares, o diagnóstico de TDAH deve ser feito com muita cautela antes dos 6 anos de vida. É por isso, entre outras razões, que o conhecimento do desenvolvimento normal de crianças é fundamental para a avaliação de psicopatologia nessa faixa etária.

Tabela 1 - Critérios diagnósticos do TDAH segundo o DSM-IV

A. Ou (1) ou (2)

(1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Desatenção:

a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;

b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;

c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;

d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);

e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;

f) com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);

g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);

h) é facilmente distraído por estímulos alheios às tarefas;

i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.

(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade:

a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;

b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;

c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isso é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);

d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;

e) está frequentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor";

f) frequentemente fala em demasia;

Impulsividade:

g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;

h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez;

i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo, intromete-se em conversas ou brincadeiras).

B. Alguns sintomas de hiperatividade/impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por exemplo, na escola [ou trabalho] e em casa).

D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo ou transtorno da personalidade).

O diagnóstico (Liana Coelho et al.)

O diagnóstico deve fundamentar-se no quadro clínico comportamental, vez que não existe um marcador biológico definido para todos os casos de TDAH.

O DMS-IV classifica os pacientes com TDAH em três grupos:

1- TDAH combinado;

2- TDAH predominantemente desatento;

3- TDAH predominantemente hiperativo/impulsivo.

Os critérios para TDAH, segundo o DSM IV (1994), são utilizados para avaliação das crianças e adolescentes, quando é importante a presença de seis dos critérios que envolvem sinais de desatenção, hiperatividade e impulsividade.

Uma história familiar positiva de TDAH ou outro transtorno comportamental, também, deve ser indagado, pois pode ocorrer recorrência familiar significativa para tal transtorno. O risco de TDAH parece ser duas a oito vezes maior nas crianças de pais afetados do que na população em geral.

A presença de comorbidades no TDAH torna o diagnóstico mais difícil e exige maior suspeição em relação aos diversos tipos de transtornos comportamentais, sendo uma causa frequente de má resposta terapêutica ao tratamento isolado, com drogas psicoativas. O eletroencefalograma (EEG) e o estudo de neuroimagem são utilizados para auxiliar no diagnóstico. Avaliações por meio de tomografia por emissão de pósitrons (PET) revelam resultados diferentes em adultos e crianças com TDAH. Nestas, ademais, estudos com ressonância nuclear magnética funcional (fRNM) constataram a presença de hipofunção cerebelar.

As crianças desatentas podem apresentar um nível mais alto de isolamento social e retraimento, com níveis mais elevados de ansiedade e depressão e disfunção social; enquanto crianças com predomínio de sintomas de hiperatividade são mais agressivas do que as outras, tendendo a manifestar elevados índices de rejeição pelos colegas e a se tornarem populares.

Frequentemente, a presença de comorbidade torna o prognóstico ainda pior, ao passar do tempo. Em geral, todas as comorbidades necessitam ser abordadas, quer com conduta medicamentosa ou qualquer outra.

Uma intervenção adequada pode melhorar tanto a qualidade de vida como o prognóstico desses pacientes. O diagnóstico diferencial com o TDAH deve ser feito com relação à epilepsia (crises de ausência na infância), déficits visual ou auditivo, doenças neurodegenerativas, patologias da tireoide, distúrbios do sono como dissonias e parassonias, doenças psiquiátricas e, de forma particular, causas psicossociais.

Deve-se suspeitar destas etiologias, porque podem levar a sintomas algumas vezes bastante semelhantes ao quadro de TDAH. Ressalte-

se que uma avaliação rápida, superficial, não evolutiva ou baseada em relatos confusos impede a correta avaliação dessa patologia.

Quanto às comorbidades, Luis A. Rohde e Ricardo Halpern sustentam:

As pesquisas mostram uma alta prevalência de comorbidade entre o TDAH e os transtornos disruptivos do comportamento (transtorno de conduta e transtorno opositor desafiante), situada em torno de 30% a 50%.

A taxa de comorbidade também é significativa com as seguintes doenças: a) depressão (15% a 20%); b) transtornos de ansiedade (em torno de 25%); c) transtornos da aprendizagem (10% a 25%).

Vários estudos têm demonstrado uma alta prevalência da comorbidade entre TDAH e abuso ou dependência de drogas na adolescência e, principalmente, na idade adulta (9% a 40%). Discute-se, ainda, se o TDAH por si só é um fator de risco para o abuso ou dependência de drogas na adolescência.

Sabe-se que é muito frequente a comorbidade de TDAH e transtorno de conduta, e que o transtorno de conduta associa-se claramente a abuso/dependência de drogas. Desta forma, é possível que o abuso/dependência de drogas ocorra com mais frequência num subgrupo de adolescentes com TDAH que apresentam conjuntamente transtorno de conduta. Em outras palavras, o fator de risco não seria o TDAH em si, mas sim a comorbidade com transtorno de conduta.

Estes mesmos autores elencam procedimentos para a avaliação diagnóstica no consultório pediátrico (também aplicados aos psiquiátricos), salientando que são estes especialistas que primeiro têm contato com este grupamento e orientam:

De uma forma didática, podemos resumir a "história clássica" de TDAH na Tabela 2.

Tabela 2 – História clássica de TDAH

Lactente – “Bebê difícil”, insaciável, irritado, de difícil consolo, maior prevalência de cólicas, dificuldades de alimentação e sono.

Pré-escolar – Atividade aumentada ao usual, dificuldades de ajustamento, teimoso, irritado e extremamente difícil de satisfazer.

Escola Elementar – Incapacidade de colocar foco, distração, impulsivo, desempenho inconsistente, presença ou não de hiperatividade.

Adolescência – Inquieto. Desempenho inconsistente, sem conseguir colocar foco, dificuldades de memória na escola, abuso de substância, acidentes.

A avaliação neurológica é relevante para a exclusão de patologias neurológicas que possam mimetizar o TDAH e, muitas vezes, é valiosa como reforço para o diagnóstico. Os dados provenientes do exame neurológico evolutivo são importantes.

No que tange à testagem psicológica, a Wechsler Intelligence scale for Children permite uma avaliação cognitiva da criança, sendo útil no diagnóstico diferencial com retardo mental. Outras condições prevalentes, como síndrome do X-frágil, também devem ser descartadas, visto que esta patologia pode causar problemas de atenção, hiperatividade e impulsividade. Outros testes neuropsicológicos (por exemplo, o Wisconsin Card-Sorting Test, Continuous Performance Test - CPT, ou o Stroop Test), assim como exames de neuroimagem (tomografia, ressonância magnética, ou Spect cerebral), também fazem parte do ambiente de pesquisa, e não do clínico.

Evolução segundo assentamentos de Luis A. Rohde e Ricardo Halpern:

Antigamente, acreditava-se que todas as crianças com o transtorno superavam os sintomas ("amadureciam") com a chegada da puberdade. Entretanto, estudos prospectivos recentes que seguiram crianças com TDAH mostram uma persistência do diagnóstico em até cerca de 70%-80% dos casos na adolescência inicial à intermediária. Estimativas conservadoras documentam que cerca de 50% dos adultos diagnosticados como tendo TDAH na infância seguem apresentando sintomas significativos associados a prejuízo funcional. Ao longo do desenvolvimento, diminui a hiperatividade, restando frequentemente déficits atencionais e impulsividade, especialmente cognitiva (agir antes de pensar).

Ao longo do desenvolvimento, o TDAH está associado com um risco aumentado de baixo desempenho escolar, repetência, expulsões e suspensões escolares, relações difíceis com familiares e colegas, desenvolvimento de ansiedade, depressão, baixa autoestima, problemas de conduta e delinquência, experimentação e abuso de

drogas precoces, acidentes de carro e multas por excesso de velocidade, assim como dificuldades de relacionamento na vida adulta, no casamento e no trabalho. Entretanto, como já foi mencionada, parte dessa evolução pode estar associada à presença da comorbidade com transtorno de conduta, e não só ao TDAH.

Tratamento conforme revisão de Luis A. Rohde e Ricardo Halpern, com ênfase na atuação do pediatra, mas que também se aplica à do psiquiatra:

O tratamento do TDAH envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas.

Recentemente, o subcomitê sobre TDAH da Academia Americana de Pediatria publicou diretrizes para o pediatra clínico sobre o tratamento do transtorno, Nessas diretrizes, são enfatizados cinco princípios básicos:

- 1) O pediatra deve estabelecer um programa de tratamento que reconheça o TDAH como uma condição crônica;*
- 2) O pediatra, em conjunto com os pais, a criança e a escola, deve especificar os objetivos a serem alcançados em termos de evolução do tratamento para guiar o manejo;*
- 3) O pediatra deve recomendar o uso de medicação estimulante e/ou tratamento comportamental quando apropriado para melhorar sintomas-alvo em crianças com TDAH;*
- 4) Quando o manejo selecionado não atingir os objetivos propostos, o pediatra deve reavaliar o diagnóstico original, verificar se foram usados todos os tratamentos apropriados à aderência ao tratamento e à presença de comorbidades;*
- 5) O pediatra deve sistematicamente prever um retorno para a criança com TDAH, monitorando objetivos propostos e eventos adversos através de informações obtidas com a criança, a família e a escola.*

No âmbito das intervenções psicossociais, é fundamental que o pediatra possa educar a família sobre o transtorno, através de informações claras e precisas. Um exemplo de literatura informativa para famílias pode ser encontrado em Rohde & Benczicks. Muitas vezes, é necessário um programa de treinamento para os pais, com ênfase em intervenções comportamentais, a fim de que aprendam a

manejar os sintomas dos filhos. É importante que eles conheçam as melhores estratégias para o auxílio de seus filhos na organização e no planejamento das atividades (por exemplo, essas crianças precisam de um ambiente silencioso, consistente e sem maiores estímulos visuais para estudar).

Além disso, esses programas devem oferecer treinamento em técnicas específicas para dar os comandos, reforçando o comportamento adaptativo social e diminuindo ou eliminando o comportamento desadaptado (por exemplo, através de técnicas de reforço positivo).

Intervenções no âmbito escolar também são importantes.

Nesse sentido, idealmente, os professores deveriam ser orientados para a necessidade de uma sala de aula bem estruturada, com poucos alunos. Rotinas diárias consistentes e ambiente escolar previsível ajudam essas crianças a manter o controle emocional. Estratégias de ensino ativo, que incorporem a atividade física com o processo de aprendizagem, são fundamentais. As tarefas propostas não devem ser demasiadamente longas e necessitam ser explicadas passo a passo. É importante que o aluno com TDAH receba o máximo possível de atendimento individualizado.

Ele deve ser colocado na primeira fila da sala de aula, próximo à professora e longe da janela, ou seja, em local onde ele tenha menor probabilidade de distrair-se. Muitas vezes, crianças com TDAH precisam de reforço de conteúdo em determinadas disciplinas. Isso acontece porque elas já apresentam lacunas no aprendizado no momento do diagnóstico, em função do TDAH. Outras vezes, é necessário um acompanhamento psicopedagógico centrado na forma do aprendizado, como, por exemplo, nos aspectos ligados à organização e ao planejamento do tempo e das atividades. O tratamento reeducativo psicomotor pode estar indicado para melhorar o controle do movimento.

Em relação às intervenções psicossociais centradas na criança ou no adolescente, a modalidade psicoterápica mais estudada e com maior evidência científica de eficácia para os sintomas centrais do transtorno (desatenção, hiperatividade, impulsividade), bem como para o manejo de sintomas comportamentais comumente associados (oposição, desafio, teimosia), é a cognitivo/comportamental. A abordagem combinada (medicação + abordagem psicoterápica comportamental com as crianças e orientação para os pais e professores) não resultou em eficácia maior nos sintomas centrais do transtorno quando comparada à abordagem apenas medicamentosa. A interpretação mais cautelosa

dos dados sugere que o tratamento medicamentoso adequado é fundamental no manejo do transtorno.

Conduta terapêutica no TDAH na Revisão de Liana Coelho et al.

No tratamento do TDAH, a utilização de psicoestimulantes e a terapia comportamental são comumente utilizadas e reconhecidamente eficazes. O Food and Drug Administration (FDA) aprovou o uso das seguintes anfetaminas: metilfenidato, dextroanfetamina e magnésio de pemolina. No Brasil, a única anfetamina disponível no mercado para o tratamento do TDAH é o metilfenidato.

Encontramos o metilfenidato na formulação de liberação rápida de 10mg, de liberação lenta (long action - LA) e na formulação aros, também de liberação fracionada.

O metilfenidato, uma anfetamina derivada da piperidina de ação simpaticomimética, tem revelado eficácia superior, seguido pelos antidepressivos tricíclicos, no tratamento do TDAH. A ação do metilfenidato seria o bloqueio da recaptação das catecolaminas (dopamina e noradrenalina) nos neurônios pré-sinápticos, com uma maior disponibilidade destas substâncias na fenda sináptica, predominantemente sobre o sistema reticular ativador do tronco encefálico e o córtex cerebral.

O principal efeito, em curto prazo, do metilfenidato seria a insônia e a redução do apetite e, ainda, a dor abdominal e cefaleia. Quanto aos sintomas colaterais, a maioria melhora dentro de poucos meses e apenas a anorexia é dose dependente.

Na prática clínica, sabemos que a redução do apetite pode ser importante, a ponto de a criança perder até sete quilos em quatro meses, não cedendo com o uso de dieta calórica, vitaminas ou redução da medicação nos finais de semana (experiência da autora). Estratégias como: não usar metilfenidato após 15h, dar a maior dosagem no período da manhã, administrar a medicação juntamente com a alimentação, reduzir ou cessar temporariamente a dose, podem ter êxito no controle dos efeitos colaterais.

Quando há agravamento dos efeitos colaterais associado ao pico plasmático da droga, a medicação de liberação lenta pode ser utilizada. Em relação aos efeitos colaterais em longo prazo, os que

causam maior apreensão aos pais são o risco de dependência e a possível redução da estatura.

Vale ressaltar que o benefício do tratamento com TDAH em produzir bem-estar e controlar os sintomas cardinais, com melhora da autoestima, é um estímulo para a busca da terapia adequada, por parte do paciente; e resulta em grandes benefícios psicoemocionais em longo prazo, tendendo a afastá-lo de atitudes disruptivas ou antissociais.

O uso de metilfenidato em pacientes portadores de epilepsia não é contraindicado. Contudo, o médico deve preocupar-se em reajustar e monitorar doses e nível plasmático das drogas antiepilépticas (DAE), visto que tal medicação pode diminuir o limiar de convulsões. Não existem evidências de que descargas epileptiformes tenham um papel na determinação dos sintomas de TDAH e que estudos para analisar o efeito das DAE sobre estes sintomas (TDAH) sejam importantes. Concordamos que a conduta terapêutica se deve basear predominantemente no bom-senso e na experiência pessoal de cada profissional, evitando que alterações isoladas ao EEG, comum em parte considerável da população e não sugestivas de quadros epiléticos, já reconhecidos, possam ser valorizadas.

No Brasil, geralmente utiliza-se o metilfenidato em crianças, a partir dos seis anos de idade, quando o diagnóstico de TDAH pode ser mais concreto e a medicação é mais segura. A dose diária recomendada é de 0,3 a 2,0mg/kg, entretanto raramente chegamos a doses maiores, visto que, nas crianças susceptíveis ao tratamento, doses de 10, 20 e no máximo 30 mg por dia do metilfenidato de liberação rápida são eficazes, em sua grande maioria. Mesmo que, a princípio, já se opte pela medicação de longa ação o início do tratamento deve ser com medicação de liberação rápida, para um melhor controle dos sintomas que eventualmente surjam.

Na elaboração dos algoritmos para decisão terapêutica para o TDAH, utilizam-se os antidepressivos tricíclicos (ADT) como segunda opção, em decorrência dos efeitos adversos que este grupo apresenta. Dos antidepressivos tricíclicos, o mais utilizado no tratamento do TDAH é a imipramina, com dose de 1 a 3 mg/kg/dia, causando melhora em 50% ou mais dos sintomas. O mecanismo de ação baseia-se na inibição de recaptção de noradrenalina no SNC e, por apresentar maior meia vida, pode ser utilizada uma única vez ao dia. A nortriptilina vem sendo estudada com resultados encorajadores no tratamento de TDAH, principalmente se este é associado a sintomas de oposição-desafio. Efeitos colaterais aos ADT são: boca seca, perda de apetite, náuseas, constipação,

tremores e alterações cardíacas. Neste caso, é importante monitorar-se, por meio de eletrocardiograma (ECG), pacientes que fazem uso de ADT, pelo potencial cardiotóxico e arritmogênico dessas drogas, que podem levar a criança a óbito.

A bupropiona, um antidepressivo aminoacetona, em alguns ensaios controlados com doses de 3 a 6 mg/kg/dia, demonstrou eficácia comparável à dos estimulantes, com melhora predominante nos sintomas de hiperatividade e conduta, mas sem beneficiar significativamente a atenção.

Contudo, o risco de convulsões é o mais grave efeito adverso desta droga.

No caso de comorbidade como a depressão ou ansiedade, muitas vezes há necessidade de associação a um inibidor da recaptação seletiva de serotonina (IRSS) como a fluoxetina. A ansiedade implica em abordagem psicoterápica e tem relativos índices altos de reincidência na vida adulta e associação com depressão em casos não adequadamente conduzidos. Estas manifestações podem ocorrer devido ao desequilíbrio persistente dos níveis de neurotransmissores no SNC.

Estudos de avaliação de longo prazo das modalidades terapêuticas têm demonstrado a superioridade do tratamento medicamentoso, quando sozinho ou associado à terapia comportamental. Esta pesquisa demonstrou que a baixa autoestima e a sociabilidade comprometida do paciente com TDAH podem ser melhoradas com a psicoterapia isolada, mas não os sintomas de hiperatividade/desatenção.

Este relator, no Parecer CFM nº 35/10, cujo interesse era o próprio Ministério Público Federal - Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, se posicionou sobre a legalidade e utilidade terapêutica da Ritalina em crianças com TDAH - Transtorno de Déficit da Atenção com Hiperatividade.

A ementa assim enunciava o conteúdo do parecer:

A Ritalina (metilfenidato) é produto farmacêutico com uso indicado e universalmente validado para Transtorno de Déficit da Atenção com Hiperatividade, desde que obedeça em sua prescrição o que preconiza a boa prática médica.

a) *do objeto da denúncia – a denúncia era de que crianças saudáveis estariam sendo medicadas desnecessariamente, o que não ficou provado;*

b) alegavam ausência de um mecanismo exato de ação do metilfenidato no que foi esclarecido não ser tal fato obstáculo para seu uso clínico: porque se formos compulsar tratados verificaremos que os medicamentos digitálicos não seriam usados em clínica médica por não serem completamente conhecidos os seus mecanismos de ação.

Na conclusão do parecer chamamos a atenção para a "demonização" dos psicotrópicos utilizados na infância e na adolescência cujo movimento iniciou-se nos Estados Unidos da América nos fins da década de oitenta, patrocinada principalmente por uma seita religiosa denominada "cientologia", e parece ter chegado até nós sem nenhuma base que sustente suas denúncias.

DA CONCLUSÃO

Esta conclusão não precisa ser detalhada diante de tão longo parecer. Deve ser objetiva e sustentar a imensa responsabilidade dos médicos em diagnosticar e prescrever para qualquer doença, não só o TDAH.

As especulações pouco científicas devem ser respondidas em função do que o conhecimento científico permite. A ideia de um apanágio universal onde todos têm acesso ao saber está tornando o diagnosticar e tratar em medicina algo banalizado, no qual a mera leitura informativa torna os que procuram os médicos, ou os que militam em áreas afins, bem informados, mas incapazes de encetar uma investigação diagnóstica que leve desde a inclusão de sinais e sintomas até às excludentes de patologias correlatas. A esta ciência e arte chamamos diagnósticos diferenciais.

No caso deste estudo, ficou bem claro, não se abstrai este adoecer apenas nas vertentes comportamentais, o que já seria um mundo, mas a toda uma investigação para excluir todos os casos onde doenças neurológicas, endócrinas, infecciosas, autoimunes, psiquiátricas de outros grupamentos obrigatoriamente precisam ser excluídas; portanto, este diagnóstico é eminentemente médico.

Outros procedimentos, além do clínico, podem ser chamados para auxiliar na elucidação, tanto na forma de exames complementares médicos como psicológicos, com seus testes neuropsicológicos e, para o tratamento, a presença de psicólogos, para procedimentos psicológicos; pedagogos, para orientação pedagógica; professores com condutas assertivas, pais e familiares com procedimentos assertivos e tolerância para com os sintomas manifestos do comportamento.

Importa assinalar que a Sociedade Brasileira de Neuropsicologia e a Associação Brasileira de Psiquiatria (em 3 de dezembro de 2012) apresentaram manifesto intitulado “Carta aberta sobre diagnóstico, tratamento e políticas públicas relativas aos transtornos de aprendizagem e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade”, documento este elaborado na defesa da melhor assistência aos portadores destas patologias e acesso ao melhor tratamento, exatamente com o intuito de tranquilizar a sociedade acerca das diversas controvérsias surgidas nos últimos anos. Vale salientar que a primeira se trata de um grupamento multiprofissional, enquanto a segunda é representante dos psiquiatras brasileiros.

Quanto às respostas, construídas com o apoio do dr. Fábio Barbirato, da Associação Brasileira de Psiquiatria, e dr. João Romildo Bueno, decano da psiquiatria brasileira, seguem abaixo:

- 1) O que é o TDAH? O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico crônico caracterizado pela tríade: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Dentre os transtornos psiquiátricos, o TDAH é o mais diagnosticado e tratado na infância. O TDAH atinge 3% a 7% da população. Em recente revisão sistemática, com estudos de prevalência em todo o mundo, Polanczyk (USP) encontrou uma estimativa de prevalência de 5,29% entre indivíduos menores de 18 anos de idade. Entre adolescentes, essa estimativa foi 2,74% menor do que em escolares (6,48% em nosso meio), em estudo realizado por Rohde (UFRGS).
- 2) O que é hiperatividade? Um sintoma do TDAH/CID 10 do TDAH – F 90.0.

- 3) O TDAH é caracterizado por 18 critérios, sendo 9 do grupo da Desatenção e 9 do grupo da Hiperatividade/Impulsividade. Para seu diagnóstico teremos que preencher pelo menos seis sintomas com frequência e comprometimento em vários ambientes, do grupo da Desatenção e/ou da Hiperatividade/Impulsividade. Preenchendo mais que seis sintomas dos dois grupos teremos o TDAH do subtipo Combinado; caso seja preenchido apenas mais do que seis do grupo da Desatenção e menos do que seis do grupo da Hiperatividade/Impulsividade, teremos o TDAH predominante Desatento; e se preencher mais do que seis critérios do grupamento da Hiperatividade/Impulsividade e menos que seis no grupo da Desatenção, este será o grupo do TDAH predominante Hiperativo/Impulsivo.

Como consequências do TDAH não tratadas, os adolescentes com TDAH estão mais propensos à baixa autoestima, dificuldades de relacionamento com outros jovens, conflitos com os pais, delinquência e uso de drogas lícitas e ilícitas. Na adolescência, o prejuízo decorrente dos sintomas tende a ser maior do que na infância, e afeta todas as áreas, incluindo o desempenho escolar, as habilidades sociais, a estabilidade emocional e psicológica, os relacionamentos sociais e familiares. Na escola, os adolescentes com TDAH frequentemente apresentam menor rendimento e estão mais propensos à reprovação, suspensão ou expulsão. Em casa, se envolvem em conflitos com seus pais, principalmente quando há comorbidade com o transtorno opositivo desafiador. São adolescentes que com frequência iniciam a vida sexual mais cedo, têm mais parceiros, usam menos métodos anticoncepcionais, têm mais risco de gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis.

- 4) Transtorno de conduta são transtornos que se caracterizam pela falta de empatia de seus portadores. Seus sintomas mais relevantes são: comportamento antissocial de crianças e adolescentes, o que prejudica significativamente a capacidade de funcionar na área social, acadêmica ou ocupacional; repetidamente violam regras, exibindo uma falta de preocupação com os direitos e sentimentos dos outros – padrão de quebra repetida das regras sociais, fracassando em aprender estilos alternativos de conduta. CID 10 F 91.0.

Este transtorno é uma categoria nosológica, diferente do TDAH, que pode ou não vir junto.

- 5) A presença de comorbidades (dois ou mais transtornos ao mesmo tempo) psiquiátricas é muito comum no TDAH e merece atenção especial na infância e adolescência, dentre elas o transtorno de conduta. O professor Russel

Barkley, anteriormente, encontrou que 70% dos jovens com TDAH também apresentavam transtorno opositivo desafiador (TOD) e 40%, transtorno de conduta. Em nosso meio, a prevalência encontrada dos transtornos disruptivos (TOD e transtorno de conduta) em jovens com TDAH foi de 47,8%, segundo o professor Luiz Rohde, da UFRGS.

6) O diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade é fundamentalmente clínico, baseando-se em critérios operacionais claros e bem definidos, provenientes de sistemas classificatórios como o DSM-IV-TR ou do CID 10, respectivamente, da Academia Americana de Psiquiatria e da OMS.

7) O tratamento do TDAH envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas.

A importância do uso de medicação no tratamento do TDAH já está estabelecida. O psicoestimulante é a droga de primeira escolha tanto nos guidelines americanos quanto nos europeus. Os psicoestimulantes demonstraram eficácia no tratamento de cerca de 70% de adolescentes com TDAH. Além da redução da desatenção, da hiperatividade e da impulsividade, o estimulante também melhora os comportamentos associados ao transtorno, como o desempenho acadêmico e o funcionamento social. Além do tratamento medicamentoso para o TDAH, é indicado um acompanhamento terapêutico comportamental, focado no paciente, na família e na escola, mas caso haja alguma comorbidade, como a dislexia, é indicado o acompanhamento fonoaudiológico. Havendo outras comorbidades psiquiátricas (depressão, ansiedade etc.), a própria terapia comportamental dará conta. A base para tal diretriz está no longo e elucidativo corpo deste parecer. Tal tratamento atende suficientemente todos os critérios de eficiência e segurança e tem embasamento na medicina, não só de evidências, mas na responsabilidade de médicos obedecerem aos cânones em suas avaliações. Não se trata de mero somatório de sinais e sintomas, mas a compreensão do funcionamento do organismo humano e sua integração nas redes sociais que o cerca. O acesso a médicos é meta do Sistema Único de Saúde, precisando ser praticado. Quanto aos medicamentos, não estão na cesta de medicamentos disponibilizados, porém disponíveis em farmácias de todo o Brasil. Como em qualquer patologia de curso crônico, que exige o uso contínuo de medicamentos, estudos devem ser desenvolvidos para avaliar sua viabilidade. Vale ressaltar que existem projetos de lei tramitando no Congresso Nacional para proteger e tratar este grupamento vulnerável

8) Os pacientes com TDAH necessitam de um acompanhamento mensal do médico para avaliação de seu desempenho acadêmico e social, e de acompanhamento semanal terapêutico (psicoterapia), para orientação dos pais, do jovem e da escola. Não há, na atualidade, qualquer estudo científico conclusivo que indique algum tratamento para o TDAH, com ou sem transtornos de conduta, que não seja medicamentoso e um acompanhamento terapêutico comportamental, para a família e a escola.

Até o momento, segundo a Portaria nº 344/98, lista A3, o metilfenidato (Ritalina e Concerta) e a lisdextroanfetamina (Venvase) são os únicos psicoestimulantes disponíveis no Brasil. Quanto à alimentação especial, não encontramos em nossa exaustiva pesquisa informações sobre a influência de alimentos especiais, quer como causa ou necessários para tratar. Quanto às condições econômicas para arcar com o tratamento, não nos é possível responder.

9) O TDAH é um transtorno crônico, que se inicia na infância e persiste na maioria dos casos na adolescência e vida adulta. Diferentemente da criança, em que o sintoma mais comum é a hiperatividade, no adolescente a desatenção é mais notável e causa comprometimento acadêmico, social e familiar. O tratamento no adolescente, assim como em crianças, também deve ser multidisciplinar, incluindo intervenções psicoterápicas e medicamentosas. O metilfenidato é o medicamento de primeira linha que dispomos no mercado nacional até o presente momento, e a formulação de longa ação é a mais indicada para essa população.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 13 de dezembro de 2012

EMMANUEL FORTES SILVEIRA CAVALCANTI

Conselheiro relator