

APOSTILA 1

TDAH



POR CAMILA COSTA

SUMÁRIO

Definição do Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade.....	02
Alterações Neurofuncionais.....	04
Atualizações e Caracterização do TDAH.....	06
Critérios diagnósticos do DSM-5 para o TDAH.....	11
Desenvolvimento e Curso.....	16
Fatores de Risco e Prognóstico	16
Diagnóstico Diferencial	17
Comorbidade.	20
Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – Classificação Internacional de Doenças - CID-10.....	27
INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES - Mortality and Morbidity Statistics - CID-11	29
Referências Bibliográficas	34

Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH)

Definição do Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade

O transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade (TDAH) é um dos transtornos do neurodesenvolvimento mais comuns na infância e adolescência. Ele é caracterizado por **sintomas persistentes de desatenção, hiperatividade e impulsividade que são graves a ponto de interferirem no funcionamento social, acadêmico ou profissional** dos indivíduos com o transtorno, além de diminuir a qualidade de vida deles.

O TDAH é uma condição que tem sido diagnosticada cada vez mais frequentemente, como têm mostrado estudos que acompanham a prevalência do transtorno. Nos Estados Unidos, a estimativa de prevalência de casos em crianças aumentou de 6,1% em 1997-1998, para 10,2%, em 2015-2016, tornando-se o transtorno infantil mais diagnosticado na infância desde os anos 1960. Mundialmente, estimativas indicam que o TDAH afeta cerca de 5% das crianças e que tal taxa de incidência não tende a apresentar variações significativa entre diferentes culturas ou localizações geográficas.

Embora o TDAH seja um transtorno do neurodesenvolvimento - condição cujas manifestações têm início na infância - ele costuma persistir na vida adulta, resultando em prejuízos no funcionamento social, acadêmico e profissional. Dados anteriores mostram que o TDAH afeta mundialmente cerca de 2,5% de adultos. Estudos de seguimento indicaram que aproximadamente dois terços das crianças diagnosticadas com TDAH continuam experienciando sintomas de TDAH que prejudicam sua funcionalidade quando adultos.

Crianças mais novas com TDAH, como aquelas em idade pré-escolar, costumam se destacar por seu comportamento motor excessivo, associado principalmente a hiperatividade e impulsividade. Aqui, é importante ressaltar que **o diagnóstico de TDAH não é indicado para crianças muito novas, menores de 4 anos, segundo consenso médico**, já que ainda é difícil identificar quais comportamentos caracterizam sintomas do transtorno e quais fazem parte do desenvolvimento típico nessa idade, mesmo havendo indicadores neuropsicológicos e comportamentais de alerta. Conforme aumento da idade, os sintomas de hiperatividade tendem a se atenuar e os de atenção se tornarem mais prevalentes. Assim, adolescentes e adultos com TDAH costumam ter dificuldades de concentração, se distrair facilmente e ser desorganizados,

esquecidos e impulsivos. Esse é o quadro evolutivo mais comum do TDAH, apesar de não ser o único.

O transtorno **tem se mostrado mais heterogêneo do que uniforme**, de tal forma que, atualmente, a variabilidade clínica de apresentação dos sinais e sintomas é tida como uma de suas características mais importantes, demandando cuidados da equipe de profissionais da saúde mental, tanto para a avaliação diagnóstica como para intervenções.

Os impactos do TDAH no desenvolvimento e no desempenho acadêmico e social variam desde prejuízos na aprendizagem até **agravos cognitivos** em funções executivas, atencionais e no processamento temporal de informações, além de alterações em processos motivacionais e na sensibilidade a recompensas. Esses impactos negativos também dependem da qualidade das intervenções recebidas, bem como da ocorrência concomitante de outras condições psiquiátricas e de neurodesenvolvimento. Por exemplo, indivíduos com transtorno do espectro autista (TEA) frequentemente apresentam deficiência intelectual (APA, 2014), e para o TDAH não é diferente; crianças com TDAH podem apresentar também outras comorbidades, como transtorno específico da aprendizagem (TA), transtorno disruptivo da desregulação do humor e transtorno de oposição desafiante (TOD).

Parte do interesse em desenvolver novos materiais de suporte e pesquisas sobre o TDAH surge do seu impacto individual e social. O TDAH é associado a uma série de adversidades, incluindo um maior risco de acidentes, maiores dificuldades em relacionamentos interpessoais, no desempenho escolar e no trabalho, uso mais frequente e precoce de drogas e maior número de gravidezes na adolescência. A família de pessoas com TDAH, especialmente pais de crianças com o transtorno, também é afetada, apresentando, inclusive, uma piora em sua saúde mental.

Uma das estratégias indicadas para diminuir o custo associado ao transtorno é a identificação precoce de sinais de TDAH, de modo a evitar gastos adicionais que pacientes não diagnosticados têm. Por exemplo, os altos gastos com consultas médicas apresentados por crianças pré-escolares com TDAH podem ser diminuídos após o diagnóstico e o consequente uso de tratamentos baseados em evidências, treinamento parental e intervenções escolares que evitem hospitalização e consultas em excesso. Esse panorama econômico é mais indicativo da importância do desenvolvimento de políticas públicas que incluam o TDAH e suas complicações. No Brasil, o custo de não providenciar tratamentos

adequados a pessoas com TDAH pode gerar um gasto público de aproximadamente 1,841 bilhão de reais por ano. Gasto que poderia ser reduzido em 1,163 bilhão de reais se o país adotasse recomendações de tratamentos indicados por diretrizes como as da Organização Mundial da Saúde (Maia et al., 2015).

Alterações Neurofuncionais

Autores defendem que a causa do TDAH é neuro-genética-ambiental (Fontana et al., 2007; Couto, Melo-Junior, & Gomes, 2010), no qual há uma disfunção da neurotransmissão dopaminérgica na área frontal - pré-frontal, frontal motora e giro do cíngulo -, regiões subcorticais - estriado e tálamo mediodorsal -, e região límbica cerebral - núcleo de accum-bens, amígdala e hipocampo (Rubia et al., 2001). A maioria dos genes específicos implicados no TDAH codifica sistemas de sinais de catecolaminas e incluem o transportador de dopamina (DAT), transportador de noradrenalina (NET), receptores dopaminérgicos D4 e D5, dopamina b-hidroxila-se e proteína-25 (SNAP-25), que facilitam a liberação dos neurotransmissores implicados no TDAH (Yang et al., 2004; Faraone et al., 2005). Falhas nos circuitos do córtex pré-frontal e amígdala, a partir da neurotransmissão das catecolaminas, resultam nos sintomas de esquecimento, distratibilidade, impulsividade e desorganização (Armsten & Li, 2005).

Para Ferreira (2006), existem regiões disfuncionais responsáveis pelos sintomas de TDAH. A primeira região afetada é o sistema atencional anterior, dependentes do neurotransmissor dopamina. A segunda região alterada é o sistema atencional posterior, composto pelo tálamo e o lobo parietal, cujo neurotransmissor relevante é a norepinefrina. Cabe salientar que tais neurotransmissores são responsáveis pela passagem de informação entre os neurônios durante as sinapses. Solanto (2001), por sua vez, afirma em relação ao aspecto neuroquímico que o TDAH é concebido como um transtorno no qual os neurotransmissores catecolaminérgicos funcionam em baixa atividade, enfatizando a desregulação central dos sistemas dopaminérgicos e noradrenérgicos, controladores da atenção, organização, planejamento, motivação, cognição, atividade motora, funções executivas e também sistema emocional compensatório.

Os domínios implicados no TDAH são: funções executivas, planejamento e organização, tomada de decisões, flexibilidade cognitiva, atenção, regulação de comportamento, motivação, controle de impulsos, atividades motoras,

memória de trabalho, processamento e execução da informação, tomada de decisão e automonitoramento.

Ao afetar esses domínios, a criança pode apresentar alterações comportamentais, menor desempenho escolar, engajamento sem sucesso na ação motora e pouca persistência de esforço para atividades (Américo, Kappel, & Berleze, 2016; Machado, 2012; Barkley, 2006; Capellini et al., 2007; Pastura, Mattos, & Araujo, 2005). É comum também que a criança tenha uma alternância constante em tarefas e relute em se engajar em atividades complexas que exijam organização e regras. Também podem aparecer déficits na tolerância à espera, dificuldade no controle de impulsos e no foco necessário para a realização de tarefas, precisando de recompensa imediata (Américo, Kappel, & Berleze, 2016). Falta de organização e dificuldade para reter informações que necessitam de um tempo de atenção e concentração mais apurados também podem estar presentes dentre os sintomas (Capellini, Santos, & Uvo, 2015; Cunha, Oliveira, & Capellini, 2010; Cunha et al., 2013; Germano & Okuda, 2015; Oliveira et al., 2013; Brock & Kap, 1996).

Problemas também podem aparecer no âmbito escolar, devido a falhas na compreensão da leitura, associados a déficits dos componentes das funções executivas, bem como alterações, que podem ser consequências secundárias dos problemas de autorregulação e de atenção inerentes ao TDAH (Barkley, 2014; Brock & Knapp, 1996; Stein, 1994; Tamm et al., 2009; Cunha, Silva, & Capellini, 2012; Liotti et al., 2010). Além disso, também podem aparecer prejuízos em relação à linguagem, pois alterações de percepção e organização dos estímulos acústicos também aparecem como consequências secundárias de alterações na atenção (Germano, Uvo, & Alcantara, 2014; Cunha et al., 2013; DuPaul, Weyandt, & Janusis, 2011), o que é corroborado por Silva e Souza (2005), quando descrevem que há possibilidade de atraso na aquisição da linguagem e na coordenação motora, além de trocas fonêmicas em crianças com TDAH pelo fato de a atenção desempenhar papel fundamental no processo da linguagem oral ou escrita.

Couto, Melo-Junior e Gomes (2010) defendem que insuficiências no córtex pré-frontal e amígdala a partir da neurotransmissão de catecolaminas resultam nos sintomas de esquecimento, distraibilidade, impulsividade e desorganização. Ademais, Clark, Prior e Kinsella (2000) inferem que déficits atencionais e de funções executivas ocorrem devido a alterações no sistema dopaminérgico causando uma hipofunção dos circuitos frontais corticais e subcorticais.

Em estudo realizado por Rizzutti et al. (2008) foi percebido prejuízo nas habilidades visuoespaciais, memória visuoespacial, capacidade de inibição motora, planejamento e organização através da aplicação do teste Figuras Complexas de Rey, tempo de reação mais lento, mais erros de omissão e comissão, maior variabilidade de resposta e alto grau de perseveração através da aplicação do Conner's Continuous Performance Test e prejuízo na memória de trabalho através da aplicação do teste Dígitos do WISC-III e dos Blocos de Corsi, sendo todos os testes aplicados em indivíduos com diagnóstico de TDAH e em grupo controle. Por fim, estudos internacionais verificaram o déficit inibitório como uma das causas das dificuldades atencionais e de processamento executivo (Barkley, 1997; Wahlstedt, 2009).

Quando os sintomas não são tratados durante a infância e adolescência, podem persistir na vida adulta (APA, 2014). Diante dos déficits apresentados ao longo da sessão, torna-se fundamental ao profissional de saúde mental a capacidade de realizar um diagnóstico bem feito a fim de montar o plano de tratamento mais adequado ao indivíduo portador do transtorno, visando menor sofrimento e melhor funcionalidade social, profissional e acadêmica no dia a dia do indivíduo.

Atualizações e Caracterização do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

O TDAH compromete importantes domínios da vida de um indivíduo, associando-se a prejuízos significativos na vida dos sujeitos afetados. Crianças com TDAH, em geral, têm menos amigos e são socialmente menos aceitas se comparadas àquelas sem o transtorno (Hora et al, 200%, Marras Close e al 2010), além de entrarem, mais frequentemente, em conflitos com seus pares e mesmo com adultos (Nijmeijer et al., 2008).

Além disso, o TDAH se associa a baixo rendimento escolar e maiores taxas de suspensões, repetência e abandono escolar (Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2006; Loe & Feldman, 2007). Os prejuízos acadêmicos em crianças com TDAH já podem ser percebidos em crianças pré-escolares (Lat ey, 2004), e ao longo do período acadêmico, com o aumento das exigências sobre esses indivíduos, tende a haver uma piora significava das habilidades escolares (Barbaresi, Katusic, Colligan, Weaver, & Jacobsen, 2007).

Todos esses prejuízos, associados ao fato de serem vistos por muitos como "preguiçosos" ou "desinteressados" (Kooij et al., 2010) e à percepção de não corresponderem às demandas sociais (Shaw-Zirt, 2005), levam a

sentimentos de baixa autoestima, independentemente de estarem em tratamento (Mazzone et al., 2013).

Em estudo longitudinal, em que 262 garotas com idades entre 6 e 18 anos de idade foram acompanhadas por 11 anos, aquelas com TDAH (n = 140) apresentavam maior risco para comportamento antissocial, uso de substâncias, transtornos de humor e ansiedade (Biederman et al., 2010). Em outro trabalho, foram acompanhados 260 rapazes (140 deles com TDAH) por 16 anos. Homens com histórico de TDAH na infância apresentavam maior propensão a serem financeiramente dependentes de seus pais e menor probabilidade de se formarem na faculdade (Biederman et al., 2012).

Uma coorte de indivíduos dinamarqueses evidenciou um aumento expressivo na mortalidade em adultos com TDAH em comparação a indivíduos sem o transtorno. Esse aumento na mortalidade deveu-se sobretudo a mortes não naturais, especialmente por acidentes, e foi ainda maior em pacientes com comorbidades com transtorno de oposição desafiante (TOD), transtorno de conduta (TC) e transtorno por uso de substâncias (TUS) (Dalsgaard, Oster-gaard, Leckman, Mortensen, & Pedersen, 2015).

Segundo dados do National Violent Death Reporting System (NVDRS), referentes a mortes por suicídios em crianças de 17 estados norte-americanos, no período compreendido entre 2003 e 2012, o transtorno psiquiátrico mais comum entre os falecidos com idades de 5 a 11 anos foi o TDAH, à frente de transtornos de humor, como depressão e distímia (Sheftall et al., 2016). Estima-se que dois terços das crianças com TDAH apresentem um ou mais diagnósticos psiquiátricos comórbidos, sendo TOD e TC os mais comuns (Cormier, 2008; Tung et al., 2016). Crianças com TDAH comórbido com transtornos disruptivos apresentam maior comprometimento se comparadas àquelas com TDAH isolado (Danforth, 2016).

No DSM-5 (APA, 2014), TOD e TC são parte de uma nova categoria, chamada de transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, que inclui também outros problemas comportamentais, tais como o transtorno explosivo intermitente, cleptomania, piromania e transtorno da personalidade antissocial. Professores são frequentemente os primeiros a sugerir o diagnóstico de TDAH em uma criança (Sax & Kautz, 2003). Dessa forma, o trabalho dos profissionais da área da educação é de grande importância, uma vez que participam do processo diagnóstico e podem intermediar diferentes formas de

tratamento ou até mesmo a rejeição do tratamento medicamentoso proposto (Phillips, 2006).

A idade relativa é um determinante significativo do diagnóstico e tratamento do TDAH. No geral, crianças mais novas da sua turma têm maior probabilidade de receberem um diagnóstico de TDAH e medicação, se comparadas aos colegas mais velhos. Tal fato realça a importância de uma adequada avaliação clínica a fim de se evitar que a relativa imaturidade seja diagnosticada como TDAH (Krabbe, Thoutenhoofd, Conradi, Pijl, & Batstra, 2014; Layton, Barnett, Hicks, & Jena, 2018).

Deve se ressaltar que o diagnóstico do TDAH é clínico. Até a presente data, não existem marcadores biológicos mensuráveis ou testes objetivos que permitam estabelecer a presença ou ausência de TDAH (te Meerman, Bats-tra, Grietens, & Frances, 2017). Exames como eletroencefalograma (EEG) e Potencial Evocado Auditivo de Longa Latência (P300) carecem de evidências científicas para auxílio diagnóstico, devendo ser indicados somente para auxílio no diagnóstico diferencial entre o TDAH e outras condições médicas, como a epilepsia.

Os estudos por imagem - como ressonância magnética e tomografia computadorizada - também não estão indicados para uso rotineiro para o diagnóstico do TDAH. Ainda que alguns trabalhos tenham mostrado diferenças anatômicas em áreas como córtex pré-frontal e núcleos da base e, em estudos funcionais, alterações em função dopaminérgica, as variações entre pacientes e controles são pequenas e podem ser demonstradas apenas em nível de grupo (Batstra, Nieweg, & Hadders-Algra, 2014).

O tratamento do TDAH é feito por meio de tratamento farmacológico e comportamental. Os aspectos farmacológicos do tratamento do TDAH serão abordados no capítulo sobre farmacologia, contudo sabese que o tratamento idealmente consiste em abordagem multiprofissional. Essa abordagem consiste em treinamento parental, associado com tratamentos farmacológico, além de exercícios físicos regulares, estabelecimento de rotinas e adaptações nos ambientes escolares.

O treinamento parental é realizado de forma a gerar consistência parental entre os cuidadores e aprimorar suas habilidades de manejo comportamental. O objetivo é promover interações melhores entre pais e filhos, aprimorando os cuidados com os filhos e diminuindo o impacto nos pais do processo de criação, independentemente dos diagnósticos que pais ou filhos tenham. Geralmente, os

pais buscam por esse acompanhamento e treinamento quando estão tendo problemas com determinados comportamentos das crianças (Ciesielski, Loren, & Tamm, 2019), mas muitas das estratégias ensinadas são de grande valor para melhorar a adesão de qualquer criança aos direcionamentos parentais.

Esses programas são conduzidos pelos mais diversos profissionais, tais como pediatras, psicólogos, enfermeiros e demais profissionais envolvidos no cuidado à saúde mental (Francis, Mezo, & Fung, 2012). A maior parte desses programas é realizada como atividades em grupo, em encontros semanais e por períodos de seis a mais de 16 sessões. A estrutura desses programas baseia-se em ensinar a recompensar comportamentos desejáveis e criar estratégias para manejar comportamentos indesejáveis. Ensina-se aos pais o uso de reforço positivo sempre que o comportamento for adequado. O comportamento indesejável deve ser tratado com reconhecimento, redirecionamento da criança para outro foco, tentativas de ignorar o comportamento disruptivo e punição como formas de desencorajar determinado comportamento. Nos estudos realizados para avaliação da efetividade dos programas, o treinamento parental mostrou-se efetivo em reduzir a depressão, a ansiedade e os sintomas de raiva, culpa e sensação de estresse. Em longo prazo, o treinamento manteve efeitos positivos na sensação de redução de estresse e na confiança parental em conduzir os filhos (Trivedi, 2017). Em estudo que avaliou a participação de crianças em tarefas, observaram-se menos comportamentos disruptivos em realizar tarefas de casa, deveres escolares para casa, refeições e terações com pares (Ciesielski et al., 2019).

Atualmente, o diagnóstico de TDAH é essencialmente clínico, o que significa que deve ser emitido com base em uma anamnese compreendida pela análise dos históricos médico, psicológico (emocional, comportamental e cognitivo) e pessoal do paciente, dependendo, assim, de uma expertise para distinguir as características do transtorno de possíveis explicações alternativas. Alguns exames podem ser solicitados pelo avaliador, a fim de orientar a decisão diagnóstica e o tratamento subsequente, porém nenhum exame isolado é atualmente qualificado para o diagnóstico do TDAH. Para esse trabalho, os profissionais se apoiam em manuais diagnósticos, como o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria, e a Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID), publicada pela Organização Mundial da Saúde.

No DSM, o primeiro reconhecimento de sintomas típicos de TDAH ocorreu em sua segunda edição, de 1968, no transtorno então chamado de reação

hipercinética da infância. Como o nome sugere, o Transtorno focava os sintomas de hiperatividade motora, sem destacar para seu reconhecimento dos sintomas de desatenção. Foi o DSM-III, de 1980, que o TDAH começou a ganhar uma forma mais próxima da atual, sob o nome de transtorno de déficit de atenção, com ou sem hiperatividade. Essa edição dava protagonismo aos sintomas de desatenção que poderiam ocorrer com ou sem sintomas de hiperatividade e impulsividade.

De uma forma geral, o DSM-III adotava uma visão mais biológica e voltada para intervenções predominantemente farmacêuticas dos transtornos psiquiátricos, abandonando a hegemonia da psicanálise presente em edições anteriores, o que ajudou o TDAH a alcançar o status de transtorno do neurodesenvolvimento. O nome atual de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade foi proposto na versão revisada do DSM-III, em 1987. Também nessa edição os sintomas de hiperatividade, impulsividade e desatenção foram combinados em uma única lista, e os sintomas de desatenção foram novamente ofuscados diante da remoção de um subtipo que apresentasse déficit atencional sem hiperatividade.

Porém, a ideia proposta no DSM-III-R de que os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade poderiam ser reunidos em um único grupo não se sustentou diante das evidências e foi logo abandonada. Ao mesmo tempo, estudos apontavam que esses sintomas não se distribuíam em três fatores bem delimitados. Em vez disso, os sintomas de desatenção constituíam um fator isolado, enquanto a hiperatividade e a impulsividade se agrupavam em um único fator. Essa conclusão de um modelo bifatorial foi embasada por pesquisas que indicavam que os sintomas de desatenção diferem dos de hiperatividade/impulsividade quanto ao seu curso de desenvolvimento, às suas comorbidades às suas taxas de prevalência entre os sexos, às respostas farmacológicas e aos prejuízos funcionais. Os sintomas de hiperatividade e impulsividade, por sua vez, permaneciam fortemente associados e indistinguíveis. Por isso, esse modelo de dois fatores foi adotado no DSM-IV, publicado em 1994 e que se sustentou até o DSM-5, que é a versão mais recente do manual, publicado em 2013 e traduzida para o português do Brasil em 2014.

Os sintomas do TDAH descritos pelo DSM-5 são, então, agrupados em dois domínios: desatenção e hiperatividade/impulsividade. Cada domínio tem nove sintomas listados no DSM-5, e crianças precisam apresentar um mínimo de seis sintomas em algum dos domínios para cumprir o critério diagnóstico. Um aspecto importante refere-se ao fato de que esses sintomas precisam ser identificados em múltiplos ambientes, como casa e escola, o que reforça a abrangência

necessária para o processo diagnóstico, que deve incluir, além do próprio paciente, familiares próximos, professores e outros possíveis informantes.

Critérios diagnósticos do DSM-5 para o TDAH:

Critérios Diagnósticos

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):

1. Desatenção: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamentopositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).

b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p.ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).

c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p.ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).

d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).

e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).

f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).

g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).

h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).

i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).

2. Hiperatividade e impulsividade: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

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

a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.

b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).

c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.)

d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.

e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).

f. Frequentemente fala demais.

g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).

h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).

i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).

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

C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).

D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).

Determinar o subtipo:

314.01 (F90.2) Apresentação combinada: Se tanto o Critério A1 (desatenção) quanto o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) são preenchidos nos últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Apresentação predominantemente desatenta: Se o Critério A1 (desatenção) é preenchido, mas o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) não é preenchido nos últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva: Se o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) é preenchido, e o Critério A1 (desatenção) não é preenchido nos últimos 6 meses.

Especificar se:

Em remissão parcial: Quando todos os critérios foram preenchidos no passado, nem todos os critérios foram preenchidos nos últimos 6 meses, e os sintomas ainda resultam em prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou profissional.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional.

Moderada: Sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes.

Grave: Muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento. A desatenção manifesta-se comportamentalmente no TDAH como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização – e não constitui consequência de desafio ou falta de compreensão. A hiperatividade refere-se a atividade motora excessiva (como uma criança que corre por tudo) quando não apropriado ou remexer, batucar ou conversar em excesso. Nos adultos, a hiperatividade pode se manifestar como inquietude extrema ou esgotamento dos outros com sua atividade. A impulsividade refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem

premeditação e com elevado potencial para dano à pessoa (p. ex., atravessar uma rua sem olhar). A impulsividade pode ser reflexo de um desejo de recompensas imediatas ou de incapacidade de postergar a gratificação. Comportamentos impulsivos podem se manifestar com intromissão social (p.ex., interromper os outros em excesso) e/ou tomada de decisões importantes sem considerações acerca das consequências no longo prazo (p. ex., assumir um emprego sem informações adequadas).

O TDAH começa na infância. A exigência de que vários sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade exprime a importância de uma apresentação clínica substancial durante a infância. Ao mesmo tempo, uma idade de início mais precoce não é especificada devido a dificuldades para se estabelecer retrospectivamente um início na infância. As lembranças dos adultos sobre sintomas na infância tendem a não ser confiáveis, sendo benéfico obter informações complementares.

Manifestações do transtorno devem estar presentes em mais de um ambiente (p. ex., em casa e na escola, no trabalho). A confirmação de sintomas substanciais em vários ambientes não costuma ser feita com precisão sem uma consulta a informantes que tenham visto o indivíduo em tais ambientes. É comum os sintomas variarem conforme o contexto em um determinado ambiente. Sinais do transtorno podem ser mínimos ou ausentes quando o indivíduo está recebendo recompensas frequentes por comportamento apropriado, está sob supervisão, está em uma situação nova, está envolvido em atividades especialmente interessantes, recebe estímulos externos consistentes (p. ex., através de telas eletrônicas) ou está interagindo em situações individualizadas (p. ex., em um consultório).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Atrasos leves no desenvolvimento linguístico, motor ou social não são específicos do TDAH, embora costumem ser comórbidos. As características associadas podem incluir baixa tolerância a frustração, irritabilidade ou labilidade do humor. Mesmo na ausência de um transtorno específico da aprendizagem, o desempenho acadêmico ou profissional costuma estar prejudicado. Comportamento desatento está associado a vários processos cognitivos subjacentes, e indivíduos com TDAH podem exibir problemas cognitivos em testes de atenção, função executiva ou memória, embora esses testes não sejam suficientemente sensíveis ou específicos para servir como índices diagnósticos. No início da vida adulta, o TDAH está associado a risco aumentado de tentativa

de suicídio, principalmente quando em comorbidade com transtornos do humor, da conduta ou por uso de substância.

Não há marcador biológico que seja diagnóstico de TDAH. Como grupo, na comparação com pares, crianças com TDAH apresentam eletrencefalogramas com aumento de ondas lentas, volume encefálico total reduzido na ressonância magnética e, possivelmente, atraso na maturação cortical no sentido pósterio-anterior, embora esses achados não sejam diagnósticos. Nos raros casos em que há uma causa genética conhecida (p. ex., síndrome do X-frágil, síndrome da deleção 22q11), a apresentação do TDAH ainda deve ser diagnosticada.

Desenvolvimento e Curso

Muitos pais observam pela primeira vez uma atividade motora excessiva quando a criança começa a andar, mas é difícil distinguir os sintomas do comportamento normal, que é altamente variável, antes dos 4 anos de idade. O TDAH costuma ser identificado com mais frequência durante os anos do ensino fundamental, com a desatenção ficando mais saliente e prejudicial. O transtorno fica relativamente estável nos anos iniciais da adolescência, mas alguns indivíduos têm piora no curso, com o desenvolvimento de comportamentos antissociais. Na maioria das pessoas com TDAH, sintomas de hiperatividade motora ficam menos claros na adolescência e na vida adulta, embora persistam dificuldades com planejamento, inquietude, desatenção e impulsividade. Uma proporção substancial de crianças com TDAH permanece relativamente prejudicada até a vida adulta.

Na pré-escola, a principal manifestação é a hiperatividade. A desatenção fica mais proeminente nos anos do ensino fundamental. Na adolescência, sinais de hiperatividade (p. ex., correr e subir nas coisas) são menos comuns, podendo limitar-se a comportamento mais irrequieto ou sensação interna de nervosismo, inquietude ou impaciência. Na vida adulta, além da desatenção e da inquietude, a impulsividade pode permanecer problemática, mesmo quando ocorreu redução da hiperatividade.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. O TDAH está associado a níveis menores de inibição comportamental, de controle à base de esforço ou de contenção, a afetividade negativa e/ou maior busca por novidades. Esses traços predis põem algumas crianças ao TDAH, embora não sejam específicos do transtorno.

Ambientais. Muito baixo peso ao nascer (menos de 1.500 gramas) confere um risco 2 a 3 vezes maior para TDAH, embora a maioria das crianças com baixo peso ao nascer não desenvolva transtorno. Embora o TDAH esteja correlacionado com tabagismo na gestação, parte dessa associação reflete um risco genético comum. Uma minoria de casos pode estar relacionada a reações a aspectos da dieta. Pode haver história de abuso infantil, negligência, múltiplos lares adotivos, exposição a neurotoxina (p. ex., chumbo), infecções (p. ex., encefalite) ou exposição ao álcool no útero. Exposição a toxinas ambientais foi correlacionada com TDAH subsequente, embora não se saiba se tais associações são causais.

Genéticos e fisiológicos. O TDAH é frequente em parentes biológicos de primeiro grau com o transtorno. A herdabilidade do TDAH é substancial. Enquanto genes específicos foram correlacionados com o transtorno, eles não constituem fatores causais necessários ou suficientes. Deficiências visuais e auditivas, anormalidades metabólicas, transtornos do sono, deficiências nutricionais e epilepsia devem ser considerados influências possíveis sobre sintomas de TDAH.

O TDAH não está associado a características físicas específicas, ainda que taxas de anomalias físicas menores (p. ex., hipertelorismo, palato bastante arqueado, baixa implantação de orelhas) possam ser relativamente aumentadas. Atrasos motores sutis e outros sinais neurológicos leves podem ocorrer. (Notar que falta de jeito e atrasos motores comórbidos devem ser codificados em separado [p. ex., transtorno do desenvolvimento da coordenação].) Modificadores do curso. Padrões de interação familiar no começo da infância provavelmente não causam TDAH, **embora possam influenciar seu curso ou contribuir para o desenvolvimento secundário de problemas de conduta.**

Diagnóstico Diferencial

Transtorno de oposição desafiante. Indivíduos com transtorno de oposição desafiante podem resistir a tarefas profissionais ou escolares que exijam autodeterminação porque resistem a se conformar às exigências dos outros. Seu comportamento caracteriza-se por negatividade, hostilidade e desafio. Tais sintomas devem ser diferenciados de aversão à escola ou a tarefas de alta exigência mental causadas por dificuldade em manter um esforço mental prolongado, esquecimento de orientações e impulsividade que caracteriza os indivíduos com TDAH. Um complicador do diagnóstico diferencial é o fato de que alguns indivíduos com TDAH podem desenvolver atitudes de oposição secundárias em relação a tais tarefas e, assim, desvalorizar sua importância.

Transtorno explosivo intermitente. O TDAH e o transtorno explosivo intermitente compartilham níveis elevados de comportamento impulsivo. Entretanto, indivíduos com o transtorno explosivo intermitente apresentam agressividade importante dirigida aos outros, o que não é característico do TDAH, e não têm problemas em manter a atenção como se vê no TDAH. Além disso, o transtorno explosivo intermitente é raro na infância. O transtorno explosivo intermitente pode ser diagnosticado na presença de TDAH.

Outros transtornos do neurodesenvolvimento. A atividade motora aumentada que pode ocorrer no TDAH deve ser diferenciada do comportamento motor repetitivo que caracteriza o transtorno do movimento estereotipado e alguns casos de transtorno do espectro autista. No transtorno do movimento estereotipado, o comportamento motor costuma ser fixo e repetitivo (p. ex., balançar o corpo, morder a si mesmo), enquanto a inquietude e a agitação no TDAH costumam ser generalizadas e não caracterizadas por movimentos estereotipados repetitivos. No transtorno de Tourette, tiques múltiplos e frequentes podem ser confundidos com a inquietude generalizada do TDAH. Pode haver necessidade de observação prolongada para que seja feita a distinção entre inquietude e ataques de múltiplos tiques.

Transtorno específico da aprendizagem. Crianças com um transtorno específico da aprendizagem podem parecer desatentas devido a frustração, falta de interesse ou capacidade limitada. A desatenção, no entanto, em pessoas com um transtorno específico da aprendizagem, mas sem TDAH, não acarreta prejuízos fora dos trabalhos acadêmicos.

Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual). Sintomas de TDAH são comuns entre crianças colocadas em ambientes acadêmicos inadequados à sua capacidade intelectual. Nesses casos, os sintomas não são evidentes durante tarefas não acadêmicas. Um diagnóstico de TDAH na deficiência intelectual exige que desatenção ou hiperatividade sejam excessivas para a idade mental.

Transtorno do espectro autista. Indivíduos com TDAH e aqueles com transtorno do espectro autista exibem desatenção, disfunção social e comportamento de difícil manejo. A disfunção social e a rejeição pelos pares encontradas em pessoas com TDAH devem ser diferenciadas da falta de envolvimento social, do isolamento e da indiferença a pistas de comunicação faciais e de tonalidade encontrados em indivíduos com transtorno do espectro autista. Crianças com transtorno do espectro autista podem ter ataques de raiva devido a incapacidade de tolerar mudanças no curso dos eventos esperado por elas. Em contraste, crianças com TDAH podem se comportar mal ou ter um ataque de raiva durante alguma transição importante devido a impulsividade ou autocontrole insatisfatório.

Transtorno de apego reativo. Crianças com transtorno de apego reativo podem apresentar desinibição social, mas não o conjunto completo de sintomas de TDAH, exibindo, ainda, outras características, tais como ausência de relações duradouras, que não são características do TDAH.

Transtornos de ansiedade. O TDAH compartilha sintomas de desatenção com transtornos de ansiedade. Indivíduos com TDAH são desatentos por causa de sua atração por estímulos externos, atividades novas ou predileção por atividades agradáveis. Isso é diferente da desatenção por preocupação e ruminação encontrada nos transtornos de ansiedade. Agitação pode ser encontrada em transtornos de ansiedade. No TDAH, todavia, o sintoma não está associado a preocupação e ruminação.

Transtornos depressivos. Indivíduos com transtornos depressivos podem se apresentar com incapacidade de se concentrar. Entretanto, a dificuldade de concentração nos transtornos do humor fica proeminente apenas durante um episódio depressivo.

Transtorno bipolar. Indivíduos com transtorno bipolar podem ter aumento da atividade, dificuldade de concentração e aumento na impulsividade. Essas características, entretanto, são episódicas, ocorrendo por vários dias de cada vez. No transtorno bipolar, aumento na impulsividade ou desatenção é acompanhado por humor elevado, grandiosidade e outras características bipolares específicas. Crianças com TDAH podem apresentar mudanças importantes de humor em um mesmo dia; essa labilidade é diferente de um episódio maníaco, que deve durar quatro dias ou mais para ser um indicador clínico de transtorno bipolar, mesmo em crianças. O transtorno bipolar é raro em pré-adolescentes, mesmo quando irritabilidade grave e raiva são proeminentes, ao passo que o TDAH é comum entre crianças e adolescentes que apresentam raiva e irritabilidade excessivas.

Transtorno disruptivo da desregulação do humor. O transtorno disruptivo da desregulação do humor é caracterizado por irritabilidade pervasiva e por intolerância a frustração, mas impulsividade e atenção desorganizada não são aspectos essenciais. A maioria das crianças e dos adolescentes com o transtorno, no entanto, tem sintomas que também preenchem critérios para TDAH, que deve ser diagnosticado em separado.

Transtorno por uso de substância. Diferenciar o TDAH dos transtornos por uso de substância pode ser um problema se a primeira apresentação dos sintomas do TDAH ocorrer após o início do abuso ou do uso frequente. Evidências claras de TDAH antes do uso problemático de substâncias, obtidas por meio de informantes ou registros prévios, podem ser essenciais para o diagnóstico diferencial.

Transtornos da personalidade. Em adolescentes e adultos, pode ser difícil diferenciar TDAH dos transtornos da personalidade borderline, narcisista e outros transtornos da personalidade. Todos estes tendem a compartilhar características de desorganização, intrusão social, desregulação emocional e desregulação cognitiva. O TDAH, porém, não é caracterizado por medo do abandono, autolesão, ambivalência extrema ou outras características de transtornos da personalidade. Pode haver necessidade de observação prolongada, entrevista com informantes ou história detalhada para distinguir comportamento impulsivo, socialmente intrusivo ou inadequado de comportamento narcisista, agressivo ou dominador para que seja feito esse diagnóstico diferencial.

Transtornos psicóticos. O TDAH não é diagnosticado se os sintomas de desatenção e hiperatividade ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno psicótico.

Sintomas de TDAH induzidos por medicamentos. Sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade atribuíveis ao uso de medicamentos (p. ex., broncodilatadores, isoniazida, neurolépticos [resultando em acatisia], terapia de reposição para a tireoide) são diagnosticados como transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) ou transtorno relacionado a outra substância (ou substância desconhecida não especificada).

Transtornos neurocognitivos. Não se sabe se transtorno neurocognitivo maior precoce (demência) e/ou transtorno neurocognitivo leve estão associados ao TDAH, embora

possam se apresentar com características clínicas semelhantes. Essas condições são diferenciadas do TDAH por seu início tardio.

Comorbidade

Em ambientes clínicos, transtornos comórbidos são frequentes em indivíduos cujos sintomas preenchem critérios para TDAH. Na população em geral, transtorno de oposição desafiante é comórbido com TDAH em cerca de metade das crianças com a apresentação combinada e em cerca de um quarto daquelas com a apresentação predominantemente desatenta. Transtorno da conduta é comórbido com TDAH em aproximadamente um quarto das crianças e dos adolescentes com a apresentação combinada, dependendo da idade e do ambiente. A maioria das crianças e dos adolescentes com transtorno disruptivo da desregulação do humor tem sintomas que também preenchem critérios para TDAH; uma porcentagem menor de crianças com TDAH tem sintomas que preenchem critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor. Transtorno específico da aprendizagem comumente é comórbido com TDAH. Transtornos de ansiedade e transtorno depressivo maior ocorrem em uma minoria de indivíduos com TDAH, embora com maior frequência do que na população em geral. Transtorno explosivo intermitente ocorre em uma minoria de adultos com TDAH, embora com taxas acima dos níveis populacionais. Ainda que transtornos por abuso de substância sejam relativamente mais frequentes entre adultos com TDAH na população em geral, estão presentes em apenas uma minoria deles. Nos adultos, transtorno da personalidade antissocial e outros transtornos da personalidade podem ser comórbidos com TDAH. Outros transtornos que podem ser comórbidos com o TDAH incluem o transtorno obsessivo-compulsivo, os transtornos de tique e o transtorno do espectro autista.

Outro Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Especificado - 314.01 (F90.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos do neurodesenvolvimento. A categoria outro transtorno de déficit de atenção/hiperatividade especificado é usada em situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou qualquer transtorno do neurodesenvolvimento específico. Isso é feito por meio do registro “outro transtorno de déficit de atenção/hiperatividade especificado”, seguido pela razão específica (p. ex., “com sintomas insuficientes de desatenção”).

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Não Especificado - 314.01 (F90.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para transtorno de

déficit de atenção/hiperatividade ou para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtornos do neurodesenvolvimento. A categoria transtorno de déficit de atenção/hiperatividade não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por não especificar a razão pela qual os critérios para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou para qualquer transtorno do neurodesenvolvimento específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico.

Classificação de Transtornos Mentais e Comportamento da CID-10 - Diretrizes Clínicas e Diretrizes Diagnósticas

(Conteúdo retirado das Páginas 130 a 139)

Transtornos do Comportamento e Déficit de Atenção

- Transtornos de Déficit de Atenção e Comportamento Disruptivo
- Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade
- Transtorno de Conduta
- Transtorno Desafiador e Opositivo:
- Déficit de Atenção e Hiperatividade

Características Diagnósticas:

A característica essencial do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais frequente e severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento (Critério A). Alguns sintomas hiperativo-impulsivos que causam prejuízo devem ter estado presentes antes dos 7 anos, mas muitos indivíduos são diagnosticados depois, após a presença dos sintomas por alguns anos (Critério B). Algum prejuízo devido aos sintomas deve estar presente em pelo menos dois contextos (por ex., em casa e na escola ou trabalho) (Critério C). Deve haver claras evidências de interferência no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional apropriado em termos evolutivos (Critério D). A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não é melhor explicada por um outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou Transtorno da Personalidade) (Critério E).

A desatenção pode manifestar-se em situações escolares, profissionais ou sociais. Os indivíduos com este transtorno podem não prestar muita atenção a detalhes ou podem cometer erros por falta de cuidados nos trabalhos escolares ou outras tarefas (Critério A1a). O trabalho frequentemente é confuso e realizado sem meticulosidade nem consideração adequada. Os indivíduos com frequência têm dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas e consideram difícil persistir em tarefas até seu término (Critério A1b). Eles frequentemente dão a impressão de estarem com a mente em outro local, ou de não escutarem o que recém foi dito (Critério A1c).

Pode haver frequentes mudanças de uma tarefa inacabada para outra. Os indivíduos diagnosticados com este transtorno podem iniciar uma tarefa, passar para outra, depois voltar a atenção para outra coisa antes de completarem qualquer uma de suas incumbências. Eles

frequentemente não atendem a solicitações ou instruções e não conseguem completar o trabalho escolar, tarefas domésticas ou outros deveres (Critério A1d). O fracasso para completar tarefas deve ser considerado, ao fazer o diagnóstico, apenas se ele for devido à desatenção, ao invés de outras possíveis razões (por ex., um fracasso para compreender instruções). Esses indivíduos com frequência têm dificuldade para organizar tarefas e atividades (Critério A1e).

As tarefas que exigem um esforço mental constante são vivenciadas como desagradáveis e acentuadamente aversivas. Por conseguinte, esses indivíduos em geral evitam ou têm forte antipatia por atividades que exigem dedicação ou esforço mental prolongados ou que exigem organização ou concentração (por ex., trabalhos escolares ou burocráticos) (Critério A1f). Esta evitação deve ocorrer por dificuldades da pessoa com a atenção, e não devido a uma atitude oposicional primária, embora uma oposição secundária possa também ocorrer. Os hábitos de trabalho frequentemente são desorganizados e os materiais necessários para a realização da tarefa com frequência são espalhados, perdidos ou manuseados com descuido e danificados (Critério A1g).

Os indivíduos com este transtorno são facilmente distraídos por estímulos irrelevantes e habitualmente interrompem tarefas em andamento para dar atenção a ruídos ou eventos triviais que em geral são facilmente ignorados por outros (por ex., a buzina de um automóvel, uma conversa ao fundo) (Critério A1h). Eles frequentemente se esquecem de coisas nas atividades diárias (por ex., faltar a compromissos marcados, esquecer de levar o lanche para o trabalho ou a escola) (Critério A1i). Nas situações sociais, a desatenção pode manifestar-se por frequentes mudanças de assunto, falta de atenção ao que os outros dizem, distração durante as conversas e falta de atenção a detalhes ou regras em jogos ou atividades.

A hiperatividade pode manifestar-se por inquietação ou remexer-se na cadeira (Critério A2a), por não permanecer sentado quando deveria (Critério A2b), por correr ou subir excessivamente em coisas quando isto é inapropriado (Critério A2c), por dificuldade em brincar ou ficar em silêncio em atividades de lazer (Critério A2d), por frequentemente parecer estar "a todo vapor" ou "cheio de gás" (Critério A2e) ou por falar em excesso (Critério A2f). A hiperatividade pode variar de acordo com a idade e nível de desenvolvimento do indivíduo, devendo o diagnóstico ser feito com cautela em crianças pequenas. Os bebês e pré-escolares com este transtorno diferem de crianças ativas, por estarem constantemente inquietos e envolvidos com tudo à sua volta; eles andam para lá e para cá, movem-se "mais rápido que a sombra", sobem ou escalam móveis, correm pela casa e têm dificuldades em participar de atividades sedentárias em grupo durante a pré-escola (por ex., para escutar uma história).

As crianças em idade escolar exibem comportamentos similares, mas em geral com menor frequência ou intensidade do que bebês e pré-escolares. Elas têm dificuldade para permanecer sentadas, levantam-se com frequência e se remexem ou sentam-se na beira da cadeira, como que prontas para se levantarem. Elas manuseiam objetos inquietamente, batem com as mãos e balançam pernas e braços excessivamente. Com frequência se levantam da mesa durante as refeições, enquanto assistem televisão ou enquanto fazem os deveres de casa; falam em excesso e podem fazer ruídos demasiados durante atividades tranquilas. Em adolescentes e adultos, os sintomas de hiperatividade assumem a forma de sensações de inquietação e dificuldade para envolver-se em atividades tranquilas e sedentárias.

A impulsividade manifesta-se como impaciência, dificuldade para protelar respostas, responder precipitadamente, antes de as perguntas terem sido completadas (Critério A2g), dificuldade para aguardar sua vez (Critério A2h) e interrupção frequente ou intrusão nos

assuntos de outros, ao ponto de causar dificuldades em contextos sociais, escolares ou profissionais (Critério A2i). Outros podem queixar-se de dificuldade para se expressar adequadamente. Os indivíduos com este transtorno tipicamente fazem comentários inoportunos, interrompem demais os outros, metem-se em assuntos alheios, agarram objetos de outros, pegam coisas que não deveriam tocar e fazem palhaçadas. A impulsividade pode levar a acidentes (por ex., derrubar objetos, colidir com pessoas, segurar inadvertidamente uma panela quente) e ao envolvimento em atividades potencialmente perigosas, sem consideração quanto às possíveis consequências (por ex., andar de skate em um terreno extremamente irregular). As manifestações comportamentais geralmente aparecem em múltiplos contextos, incluindo a própria casa, a escola, o trabalho ou situações sociais. Para fazer o diagnóstico, algum prejuízo deve estar presente em pelo menos dois contextos (Critério C). É raro um indivíduo apresentar o mesmo nível de disfunção em todos os contextos ou dentro do mesmo contexto em todos os momentos.

Os sintomas tipicamente pioram em situações que exigem atenção ou esforço mental constante ou que não possuem um apelo ou novidade intrínsecos (por ex., escutar professores, realizar deveres escolares, escutar ou ler materiais extensos ou trabalhar em tarefas monótonas e repetitivas). Os sinais do transtorno podem ser mínimos ou estar ausentes quando o indivíduo se encontra sob um controle rígido, está em um contexto novo, está envolvido em atividades especialmente interessantes, em uma situação a dois (por ex., no consultório do médico) ou enquanto recebe recompensas frequentes por um [79]comportamento apropriado. Os sintomas são mais prováveis em situações de grupo (por ex., no pátio da escola, sala de aula ou ambiente de trabalho). O clínico deve indagar, portanto, acerca do comportamento do indivíduo em uma variedade de situações, dentro de cada contexto.

Subtipos

Embora a maioria dos indivíduos apresente sintomas tanto de desatenção quanto de hiperatividade-impulsividade, existem alguns indivíduos nos quais há predominância de um ou outro padrão. O subtipo apropriado (para um diagnóstico atual) deve ser indicado com base no padrão predominante de sintomas nos últimos 6 meses.

- F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado. Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção e seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade persistem há pelo menos 6 meses. A maioria das crianças e adolescentes com o transtorno tem o Tipo Combinado. Não se sabe se o mesmo vale para adultos com o transtorno.
- F98.8 - 314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento. Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção (mas menos de seis sintomas de hiperatividade-impulsividade) persistem há pelo menos 6 meses.
- F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo. Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade (mas menos de seis sintomas de desatenção) persistem há pelo menos 6 meses. A desatenção pode, com frequência, ser um aspecto clínico significativo nesses casos.

Procedimentos de Registro

Os indivíduos que em um estágio anterior do transtorno tinham o Tipo Predominantemente Desatento ou o Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo podem vir a desenvolver o Tipo Combinado, e vice-versa. O subtipo apropriado (para um diagnóstico atual) deve ser indicado com base no padrão sintomático predominante nos últimos 6 meses. Caso persistam sintomas clinicamente significativos mas os critérios não mais sejam satisfeitos para qualquer dos subtipos, o diagnóstico apropriado é Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Em Remissão Parcial. Quando os sintomas de um indivíduo não satisfazem, atualmente, todos os critérios para o transtorno e não está claro se eles alguma vez foram satisfeitos, deve-se diagnosticar Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Sem Outra Especificação.

Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. As características associadas variam, dependendo da idade e do estágio evolutivo e podem incluir baixa tolerância à frustração, acessos de raiva, comportamento "mandão", teimosia, insistência excessiva e frequente para que suas solicitações sejam atendidas, instabilidade do humor, desmoralização, disforia, rejeição por seus pares e baixa autoestima. As realizações acadêmicas em geral estão prejudicadas e insatisfatórias, tipicamente ocasionando conflitos com a família e autoridades escolares. A insuficiente dedicação às tarefas que exigem esforço constante frequentemente é interpretada pelos outros como sinal de preguiça, um fraco senso de responsabilidade e comportamento de oposição. Os relacionamentos familiares com frequência se caracterizam por ressentimento e hostilidade, especialmente porque a variabilidade no estado sintomático do indivíduo muitas vezes leva os pais a crerem que todo o comportamento perturbador é voluntário. Os indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade podem atingir menor grau de escolarização e realizações vocacionais mais fracas do que seus pares.

O desenvolvimento intelectual, avaliado por testes individuais de QI, parece ser um pouco inferior em crianças com este transtorno. Em sua forma severa, o transtorno causa grandes prejuízos, afetando o ajustamento social, familiar e escolar. Uma parcela substancial das crianças encaminhadas a clínicas por Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade também tem Transtorno Desafiador de Oposição ou Transtorno da Conduta. É possível que haja uma prevalência superior de Transtornos do Humor, Transtornos de Ansiedade, Transtornos da Aprendizagem e Transtornos da Comunicação em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

O transtorno não é infrequente entre indivíduos com Transtorno de Tourette; quando os dois transtornos coexistem, o início do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade frequentemente precede o início do Transtorno de Tourette. Pode existir uma história de abuso ou negligência à criança, múltiplas colocações em lares adotivos, exposição a neurotoxinas (por ex., envenenamento por chumbo), infecções (por ex., encefalite) exposição a drogas in utero, baixo peso ao nascer e Retardo Mental. Achados laboratoriais associados. Nenhum teste laboratorial foi estabelecido como diagnóstico na avaliação clínica do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Os testes que exigem processamento mental concentrado são anormais em grupos de indivíduos com Transtorno de Déficit de

Atenção/Hiperatividade, em comparação com sujeitos-controle, mas ainda não está inteiramente claro qual o déficit cognitivo fundamental responsável por isto.

Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas

Não existem aspectos físicos específicos associados com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, embora anomalias físicas menores (por ex., hipertelorismo, palato altamente arqueado, orelhas com baixa inserção) possam ocorrer em uma proporção superior à da população em geral. Também pode haver uma taxa superior de ferimentos físicos.

Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade ocorre em várias culturas, sendo que as variações na prevalência relatada entre os países ocidentais provavelmente decorrem mais de diferentes práticas diagnósticas do que de diferenças na apresentação clínica. É especialmente difícil estabelecer o diagnóstico em crianças com menos de 4 ou 5 anos, pelo fato de seu comportamento característico ser muito mais variável do que o de crianças mais velhas e incluir, possivelmente, aspectos similares aos sintomas do transtorno.

Além disso, em geral é difícil observar sintomas de desatenção em bebês e crianças pré-escolares, porque as crianças jovens tipicamente sofrem poucas exigências de atenção prolongada. Entretanto, mesmo a atenção de criança pequenas pode ser mantida em uma variedade de situações (por ex., a criança típica de 2 ou 3 anos de idade em geral consegue ficar sentada com um adulto, olhando livros de figuras). Em comparação, crianças pequenas com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade movem-se excessivamente, sendo em geral difícil contê-las. Indagar sobre uma ampla variedade de comportamentos em uma criança pequena pode ser útil para assegurar-se da obtenção de um quadro clínico completo.

À medida que as crianças amadurecem, os sintomas geralmente se tornam menos conspícuos. Ao final da infância e início da adolescência, os sinais de excessiva atividade motora ampla (por ex., correr ou escalar excessivamente, não conseguir permanecer sentado) passam a ser menos comuns, podendo os sintomas de hiperatividade limitar-se à inquietação ou uma sensação íntima de agitação ou nervosismo. Em crianças em idade escolar, os sintomas de desatenção afetam o trabalho em sala de aula e o desempenho acadêmico. Os sintomas de impulsividade também podem levar ao rompimento de regras familiares, interpessoais e educacionais, especialmente na adolescência. Na idade adulta, a inquietação pode ocasionar dificuldades ao participar de atividades sedentárias e a evitação de passatempos ou ocupações que oferecem limitadas oportunidades para movimentos espontâneos (por ex., trabalhos burocráticos). O transtorno é muito mais frequente no sexo masculino, com as razões masculino-feminino sendo de 4:1 a 9:1, dependendo do contexto (isto é, população geral ou clínicas).

Prevalência

A prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é estimada em 3-5% entre as crianças em idade escolar. Existem poucos dados sobre a prevalência na adolescência e idade adulta.

Curso

A maioria dos pais observa pela primeira vez o excesso de atividade motora quando as crianças ainda estão engatinhando, frequentemente coincidindo com o desenvolvimento da locomoção independente. Entretanto, uma vez que muitos bebês hiperativos não desenvolvem o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, deve-se ter cautela ao fazer este diagnóstico em uma idade muito precoce. Geralmente, o transtorno é diagnosticado pela primeira vez durante as primeiras séries, quando o ajustamento à escola está comprometido. Na maioria dos casos observados nos contextos clínicos, o transtorno é relativamente estável durante o início da adolescência.

Na maioria dos indivíduos, os sintomas atenuam-se durante o final da adolescência e idade adulta, embora uma minoria dessas pessoas experiencie o quadro sintomático completo de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade até os anos intermediários da idade adulta. Outros adultos podem reter alguns dos sintomas, aplicando-se nestes casos um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Em Remissão Parcial. Este diagnóstico aplica-se aos indivíduos que não mais têm o transtorno com todos os seus aspectos característicos, mas ainda retêm alguns sintomas que causam prejuízo funcional.

Padrão Familiar

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é encontrado com maior frequência nos parentes biológicos em primeiro grau de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Os estudos também sugerem que existe uma prevalência superior de Transtornos do Humor e de Ansiedade, Transtornos da Aprendizagem, Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtorno da Personalidade Antissocial nos membros das famílias de indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Diagnóstico Diferencial

Na infância, pode ser difícil distinguir entre os sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e comportamentos apropriados à idade em crianças ativas (por ex., correrias e barulho excessivo). Os sintomas de desatenção são mais comuns entre crianças com baixo QI colocadas em contextos escolares em desacordo com sua capacidade intelectual. Esses comportamentos devem ser diferenciados de sinais similares em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade deve ser feito apenas se os sintomas de desatenção ou hiperatividade forem excessivos para a idade mental da criança. A desatenção em sala de aula pode também ocorrer quando crianças com alta inteligência são colocadas em ambientes escolares pouco estimuladores. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade também deve ser diferenciado da dificuldade no comportamento dirigido a objetivos em crianças oriundas de ambientes inadequados, desorganizados ou caóticos. Relatos de múltiplos informantes (por ex., babás, avós ou pais de companheiros de brincadeiras) são úteis para o oferecimento de uma confluência de observações acerca da desatenção, hiperatividade e capacidade de autorregular-se adequada ao nível de desenvolvimento da criança em vários contextos.

Indivíduos com comportamento opositivo podem resistir ao trabalho ou tarefas escolares que exigem autodedicação, em razão da relutância em conformar-se às exigências dos outros. Esses sintomas devem ser diferenciados da evitação de tarefas escolares vista em indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Complicando o diagnóstico diferencial está o fato de que alguns indivíduos com Transtorno de Déficit de

Atenção/Hiperatividade desenvolvem atitudes oposicionais secundárias em relação a essas tarefas e desvalorizam sua importância, frequentemente como uma racionalização para seu fracasso. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade não é diagnosticado se os sintomas são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno da Personalidade, Transtorno Dissociativo, Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral, ou um Transtorno Relacionado a Substância). Em todos esses transtornos, os sintomas de desatenção tipicamente iniciam após os 7 anos de idade, e a história do ajustamento à escola na infância geralmente não se caracteriza por um comportamento disruptivo ou queixas de professores envolvendo comportamento desatento, hiperativo ou impulsivo.

Quando um Transtorno do Humor ou Transtorno de Ansiedade ocorre concomitantemente com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, cada um deles deve ser diagnosticado. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade não é diagnosticado se os sintomas de desatenção e hiperatividade ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou um Transtorno Psicótico. Os sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade relacionados ao uso de medicamentos (por ex., broncodilatadores, isoniazida, acatisia por neurolépticos) em crianças com menos de 7 anos de idade não são diagnosticados como Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, mas sim como Transtorno Relacionado a Outras Substâncias, Sem Outra Especificação.

Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – Classificação Internacional de Doenças - CID-10

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 ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);

(h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;

(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 isto 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 ex., 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 ex., 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 ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).

Codificar com base no tipo:

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado: se tanto o Critério A1 quanto o Critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses. F98.8 - 314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento: Se o Critério A1 é satisfeito, mas o Critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses. F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: Se o Critério A2 é satisfeito, mas o Critério A1 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

Nota para a codificação: Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem todos os critérios, especificar "Em Remissão Parcial".

F90.9 - 314.9 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Sem Outra Especificação DSM-IV

Esta categoria aplica-se a transtornos com sintomas proeminentes de desatenção ou hiperatividade-impulsividade que não satisfazem os critérios para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES - Mortality and Morbidity Statistics - CID-11

(Conteúdo retirado das Páginas 11 a 12)

6A05 - Attention deficit hyperactivity disorder

Attention deficit hyperactivity disorder is characterized by a persistent pattern (at least 6 months) of inattention and/or hyperactivity-impulsivity, with onset during the developmental period, typically early to mid-childhood. The degree of inattention and hyperactivity-impulsivity is outside the limits of normal variation expected for age and level of intellectual functioning and significantly interferes with academic, occupational, or social functioning. Inattention refers to significant difficulty in sustaining attention to tasks that do not provide a high level of stimulation or frequent rewards, distractibility and problems with organization. Hyperactivity refers to excessive motor activity and difficulties with remaining still, most evident in structured situations that require behavioural self-control. Impulsivity is a tendency to act in response to immediate stimuli, without deliberation or consideration of the risks and consequences. The relative balance and the specific manifestations of inattentive and hyperactive-impulsive characteristics varies across individuals, and may change over the course of development. In order for a diagnosis of disorder the behaviour pattern must be clearly observable in more than one setting.

Inclusions: attention deficit disorder with hyperactivity
attention deficit syndrome with hyperactivity

Exclusions: Autism spectrum disorder (6A02)
Disruptive behaviour or dissocial disorders (BlockL1-6C9)

6A05.0 - Attention deficit hyperactivity disorder, predominantly inattentive presentation

All definitional requirements for attention deficit hyperactivity disorder are met and inattentive symptoms are predominant in the clinical presentation. Inattention refers to significant difficulty in sustaining attention to tasks that do not provide a high level of stimulation or frequent rewards, distractibility and problems with organization. Some hyperactive-impulsive symptoms may also be present, but these are not clinically significant in relation to the inattentive symptoms.

6A05.1 - Attention deficit hyperactivity disorder, predominantly hyperactive-impulsive presentation

All definitional requirements for attention deficit hyperactivity disorder are met and hyperactive-impulsive symptoms are predominant in the clinical presentation. Hyperactivity refers to excessive motor activity and difficulties with remaining still, most evident in structured situations that require behavioural self-control. Impulsivity is a tendency to act in response to immediate stimuli, without deliberation or consideration of the risks and consequences. Some inattentive symptoms may also be present, but these are not clinically significant in relation to the hyperactive-impulsive symptoms.

6A05.2 - Attention deficit hyperactivity disorder, combined presentation

All definitional requirements for attention deficit hyperactivity disorder are met. Both inattentive and hyperactive-impulsive symptoms are clinically significant, with neither predominating in the clinical presentation. Inattention refers to significant difficulty in sustaining attention to tasks that do not provide a high level of stimulation or frequent rewards, distractibility and problems with organization. Hyperactivity refers to excessive motor activity and difficulties with remaining still, most evident in structured situations that require behavioural self-control. Impulsivity is a tendency to act in response to immediate stimuli, without deliberation or consideration of the risks and consequences.

6A05.Y - Attention deficit hyperactivity disorder, other specified presentation**6A05.Z - Attention deficit hyperactivity disorder, presentation unspecified****Diferenciação do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em Relação a Outros Transtornos do Neurodesenvolvimento**

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é caracterizado por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade com prejuízos na adaptação e no desenvolvimento. O diagnóstico é essencialmente clínico, o que significa que não existem exames médicos ou marcadores neurobiológicos que confirmem o diagnóstico (American Psychiatric Association [APA], 2014). Com isso, é essencial que os profissionais da área da saúde conheçam o quadro sintomatológico do TDAH, bem como de outros transtornos do neurodesenvolvimento, para a correta identificação e o levantamento de hipóteses diagnósticas.

Sinais de desatenção e hiperatividade podem ser observados, de forma geral, na população infantil e estar associados a estresse, cansaço físico, fatores ambientais de elevado impacto emocional, problemas de sono e, inclusive, padrões de agitação motora e habilidades atencionais reduzidas, mas que ainda estão dentro do esperado para o nível de desenvolvimento da criança (MacDonald & Olsen, 2020; Zeng et al., 2017). Esses fatores, entre outros, poderão dificultar um diagnóstico correto de TDAH se a anamnese e a avaliação forem realizadas sem considerar o contexto e sem contemplar todos os domínios afetados no transtorno. Nesse sentido, alguns questionamentos devem ser respondidos em uma avaliação:

- O padrão de desatenção e/ou hiperatividade observado é mais intenso que o esperado para o nível de desenvolvimento da criança?
- Esse padrão causa prejuízos na convivência social e em seu desempenho em mais de um ambiente, como em casa e na escola?
- Esses prejuízos não encontrariam explicação em outros transtornos que não o TDAH ou em outros fatores, como privação de sono ou evento estressante, pelos quais a criança esteja passando no momento?

Além da preocupação com o padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade não compatível com o nível de desenvolvimento da criança, o profissional precisa excluir outras condições como possível explicação para o quadro sintomatológico do paciente, pois vários transtornos do neurodesenvolvimento e transtornos psiquiátricos compartilham prejuízos cognitivos e/ou sintomas comportamentais que podem dificultar o processo diagnóstico.

Alguns transtornos que podem mimetizar a sintomatologia do TDAH e que têm elevada prevalência na população infantil são o transtorno do espectro autista (TEA), a deficiência intelectual (DI) e o transtorno específico de aprendizagem (T. Ap). O objetivo deste capítulo é apresentar alguns indicadores de funcionamento cognitivo e possíveis problemas emocionais e comportamentais sobrepostos entre o TDAH e os transtornos do neurodesenvolvimento mencionados: DI, TEA e T. Ap.

Por um lado, esses três transtornos e o TDAH compartilham alguns subs. tratamentos neurais (Bennett & Lagopoulos, 2015), o que faz com que possam apresentar alguns prejuízos cognitivos e/ou sintomas comportamentais similares (Asberg, Kopp, Berg Kelly, & Gillberg, 2010; Rosello-Miranda, Berenguer, Baixauli, Colomer, & Miranda, 2018), bem como ter fatores de risco genéticos e ambientais em comum (Betancur, 2011; Meredith, 2015; Doernberg & Hollander, 2016). Existem também semelhanças quanto ao curso e prognóstico de tais transtornos, bem como anormalidades de processamento emocional ou cognitivo (APA, 2014). Por outro lado, alguns deles podem cursar sob condições comórbidas, como TEA e TDAH ou TDAH e T. Ap (Gioia, Isquith, Kenworthy, & Barton, 2002; Rosello-Miranda, Berenguer-Forner, & Miranda-Casas, 2018). No caso de intervenções para manejo de dificuldades emocionais e comportamentais nesses transtornos, evidências científicas mostram que é comum a elevada resposta terapêutica das intervenções comportamentais, seja com a própria criança e/ou adolescente acometidos, seja com pais e professores nos ambientes familiar e escolar, respectivamente (Papadopoulos et al., 2019; Sharma, Gonda, & Tarazi, 2018).

O interesse pelo estudo de similaridades e diferenças entre transtornos psiquiátricos e do neurodesenvolvimento em função de biomarcadores e fenótipos tem contribuído para o desenvolvimento de modelos baseados em marcadores biológicos que possam ser usados como ferramenta para o estabelecimento de perfis de risco (risk profiles), o diagnóstico, a identificação de estágios do transtorno e a avaliação do prognóstico e da resposta a tratamentos. Um desses modelos, lançado em 2009, é o Research Domain Criteria (RDoC) que, aplicado à infância e à adolescência, propõe avaliar de forma dimensional e em largo espectro o processo desenvolvimental neurotípico e atípico adotando a integração de diferentes psicopatologias do desenvolvimento, em razão da interação dinâmica entre vulnerabilidades (biológicas e fisiológicas), que são moderadas ao longo da vida e

que têm impacto na expressão dos quadros clínicos (Morris & Cuthbert, 2012; Rutter, 2011).

De acordo com o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, DSM-5 (APA, 2014), a DI tem uma prevalência geral na população de cerca de 1%, já o TDAH ocorre em 5%, e o T. Ap. tem uma prevalência estimada de 5% a 15% entre crianças em idade escolar, em diferentes idiomas e culturas.

Com relação ao TEA, a prevalência, segundo o DSM-5 (APA, 2014), é de 1%, no entanto estudos recentes apontam para um aumento de tal prevalência. Segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) dos Estados Unidos, a prevalência estimada é de 1,85% (Maenner et al., 2020). Esses índices indicam que uma parcela significativa das crianças em idade escolar pode ter uma dessas quatro condições, e, por isso, elas são frequentemente encaminhadas para uma avaliação diagnóstica. Ademais, esses quatro transtornos em crianças em idade escolar, principalmente nos primeiros anos de escolarização, geralmente têm como queixa em comum o desempenho escolar insatisfatório, sendo importante conhecê-los para saber corretamente identificar qual é o transtorno subjacente aos prejuízos apresentados pela criança e, se necessário, efetuar avaliações psiquiátricas para o estabelecimento de diagnóstico diferencial ou de comorbidades (Lovett & Kilpatrick, 2018; Shapiro, 2011). O desempenho escolar baixo é uma das principais queixas de encaminhamento de crianças para avaliação com neurologistas, psiquiatras e psicólogos (Mello et al., 2012; Shapiro, 2011).

A DI é uma condição caracterizada pelo comprometimento de habilidades cognitivas que contribuem para o nível global de inteligência e que se manifesta durante o período de desenvolvimento (World Health Organization, 1996). A American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) atribui à DI limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, expressas em habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas. Os fatores associados à DI são heterogêneos: muitos podem ser considerados como causas - por exemplo, os genéticos e outros podem estar relacionados ao transtorno, como infecções, fatores ambientais pré-natais ou desnutrição. Esses fatores, que influenciam o desenvolvimento e o funcionamento do cérebro da criança nos períodos pré-natal, perinatal ou pós-natal, podem ser divididos em três grupos: orgânico, genético e sociocultural (APA, 2014).

As manifestações associadas à DI são principalmente atraso de desenvolvimento global, déficits em várias funções cognitivas e déficits no funcionamento adaptativo social, e, segundo o DSM-5 (APA, 2014), tais prejuízos podem ser ratificados em quatro níveis de gravidade: leve, moderado, grave e profundo. A DI leve é caracterizada por um desenvolvimento relativamente mais lento que em crianças normais, com os marcos de desenvolvimento atrasados. entanto, crianças com tal condição são capazes de se comunicar e aprender habilidades básicas, ainda que com maior dificuldade. A capacidade delas para conceitos abstratos, analisar e sintetizar é prejudicada, mas elas podem, por exemplo, adquirir habilidades de leitura. A DI leve é comumente confundida com outras condições, devido aos atrasos leves apresentados nos marcos do desenvolvimento, como habilidades de leitura e escrita (APA, 2014).

De acordo com o DSM-5, os sintomas do TDAH como desatenção e hiperatividade podem se manifestar em crianças com DI que não recebem um ensino individualizado com intervenções e acomodações adequadas à sua capacidade intelectual. Nesses casos, um diagnóstico de TDAH pode ser dado indevidamente, caso o profissional não investigue cuidadosamente o funcionamento da criança em

outras atividades, como as não acadêmicas, em que os sintomas não são evidentes. Além disso, o DSM-5 também orienta que, no caso do TDAH, os sintomas de desatenção não podem ser explicados por dificuldade para compreender tarefas ou instruções, o que indicaria mais uma hipótese diagnóstica de DI (APA, 2014).

O T. Ap. se caracteriza pela presença de dificuldades persistentes nas habilidades básicas acadêmicas de leitura, escrita e/ou matemática. Há diferenças entre um T. Ap. e uma dificuldade de aprendizagem. Segundo o DSM-5, para um diagnóstico do transtorno, a criança precisa ser submetida a um processo de intervenção específica direcionada para as dificuldades e os déficits apresentados por, aproximadamente, seis meses. Se, após esse período, as dificuldades persistirem, o diagnóstico de T. Ap. poderá ser realizado (APA, 2014).

Ainda de acordo com o manual diagnóstico (APA, 2014), crianças com T. Ap. podem parecer desatentas devido a frustração, falta de interesse ou dificuldade nas habilidades acadêmicas exigidas no ambiente escolar. No entanto, em outras atividades que não as escolares, a desatenção como padrão persistente não é esperada. No caso do TDAH, a criança também pode apresentar baixo desempenho acadêmico devido às dificuldades cognitivas associadas ao transtorno, como oscilações na motivação, flutuação da atenção, dificuldade na memória operacional, em planejamento e em organização ou para iniciar ou completar as atividades, e não em decorrência de dificuldades em leitura, escrita ou matemática como ocorre no T. Ap. (Shapiro, 2011).

Por fim, o TEA apresenta como características essenciais os prejuízos persistentes na comunicação social recíproca e na interação social, bem como padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Considerando uma abordagem dimensional, o DSM-5 apresenta o quadro de TEA em função de um conjunto de prejuízos e/ou comprometimentos que se manifestam em um continuum de níveis de gravidade (APA, 2014). Nesse transtorno, os principais domínios afetados são as habilidades de reciprocidade socioemocional, os comportamentos comunicativos verbais e os não verbais, como contato visual, linguagem corporal, uso de gestos e expressões faciais, entre outros (Paula, Cunha, Coltri, & Teixeira, 2017). Esses déficits de capacidades sociais e comunicativas do TEA se configuram, em muitas ocasiões, como impedimento à aprendizagem em contexto escolar (APA, 2014).

Crianças e adolescentes com TEA podem apresentar sinais típicos do TDAH, como agitação motora e hiperatividade, bem como déficits em habilidades atencionais, controle inibitório e organização (Lord, Elsabbagh, Baird, & Veenstra-Vanderweele, 2018). No DSM-5, descreve-se que, no TEA, a atenção pode cursar com focos exagerados ou distração fácil perante determinados estímulos (APA, 2014). Esses sinais em fases iniciais do desenvolvimento podem ser confundidos com sinais de TDAH, entretanto os sintomas mais importantes do TEA não são encontrados em crianças com TDAH, como comprometimentos na atenção compartilhada, habilidade que pode ser observada no gesto de apontar, mostrar e trazer objetos para compartilhar o interesse com outros ou seguir o gesto de apontar/indicar de outras pessoas (APA, 2014), bem como comprometimentos no envolvimento social com pares, na socialização, no reconhecimento de pistas faciais de comunicação e em habilidades da teoria da mente (capacidade de inferir o estado mental de outra pessoa), entre outros sintomas (Rosen, Mazefsky, Vasa, & Lerner, 2018).

Além disso, ambas as condições apresentam prejuízos no funcionamento executivo, ou seja, em habilidades cognitivas importantes para direcionar

comportamentos em prol de um objetivo. Os componentes principais das funções executivas, de acordo com Diamond (2013), são memória operacional (capacidade de manipular informações na mente), controle inibitório (conseguir inibir uma resposta mais frequente em detrimento de outra mais adequada à situação) e flexibilidade cognitiva (mudar de comportamento, pensamento ou estratégia diante de uma situação). Atreladas a esses componentes, existem funções de ordem superior, como planejamento, raciocínio e resolução de problemas (Diamond, 2013). A revisão sistemática realizada por Taurines, Schwenck, Westerwald, Siniatchkin e Freitag (2012) avaliou os diversos componentes das funções executivas de crianças com TDAH e de crianças com TEA, a fim de identificar endofenótipos neurocognitivos. O estudo encontrou diferenças significativas de desempenho em duas habilidades: controle inibitório e flexibilidade cognitiva. O grupo com TDAH apresentou déficits em controle inibitório, com maior frequência de erros do tipo omissão e comissão. Já o grupo com TEA apresentou prejuízos em flexibilidade cognitiva, com mais respostas perseverativas, bem como prejuízo em planejamento.

Com isso, em um processo diagnóstico, é imperativo avaliar os sintomas descritos no DSM-5 por meio de uma anamnese compreensiva com pais e professores e de uma observação direta dos comportamentos da criança para verificar se ela preenche os critérios diagnósticos para algum desses transtornos, mas também é igualmente importante avaliar o funcionamento cognitivo e o desempenho em habilidades acadêmicas da criança. Essas informações serão importantes para compor um raciocínio clínico mais preciso e, conseqüentemente, auxiliar no diagnóstico diferencial entre essas condições, uma vez que compartilham entre si alguns sintomas, como a desatenção (Lovett & Kilpatrick, 2018).

As comorbidades têm destaque no monitoramento do curso do TDAH, pois, na idade adulta, outras condições psiquiátricas diferentes das comorbidades na infância podem ser identificadas, como os transtornos de ansiedade e os transtornos depressivos (Stickley et al., 2017). Com isso, o processo avaliativo também precisa ter como objetivo identificar possíveis comorbidades.

Referências Bibliográficas:

- American Psychological Association [APA]. (2014). Manual diagnóstico de transtornos mentais: DSM-V (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Carreiro, L. R. R., Teixeira, M. C. T. V. & Junior, A. S. A. (Orgs.). (2022). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade na clínica, na escola e na família: avaliação e intervenção. 1º Edição. São Paulo: Hogrefe.
- INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES - Mortality and Morbidity Statistics. ICD-11 MMS - 2018. CHAPTER 06: Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders.
- Miranda, D. M., Malloy-Diniz, L. F. (Orgs.). (2020). O escolar – 2 ed. São Paulo: Hogrefe.
- Tisser, L. e colaboradores (2018). Transtornos psicopatológicos na infância e na adolescência. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Wells, R. H. C., Bay-Nielsen, H., Braun, R., Israel, R. A., Laurenti, R., Maguin, P., & Taylor, E. (2011). CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP.