

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE EM ADULTOS – ASPECTOS CLÍNICOS

Maria da Graça Tanori de Castro¹
Rosemeri Siqueira Pedroso²
Renata Brasil Araujo³

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção/hiperatividade (TDAH), reconhecido como podendo persistir na vida adulta apenas na década de 80, causa considerável comprometimento no desempenho social, ocupacional e pessoal do indivíduo, além apresentar-se em comorbidade com outros quadros clínicos. Tendo em vista a prevalência e as limitações causadas pelo TDAH o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão da literatura acerca deste transtorno. A literatura pesquisada aponta inequivocamente para a existência do TDAH em adultos e para a necessidade de estabelecer um tratamento baseado em psicofármacos e/ou psicoterapia, considerando-se as possíveis complicações e transtornos comórbidos.

Palavras-chave: TDAH; Adultos; Atenção.

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN ADULTS – CLINICAL ASPECTS

ABSTRACT

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) persistent in adulthood was only recognized during the eighties. It can cause several impairments on social, occupational and personal performances, and it can also occur in comorbidity with other psychiatric disorders. Because of the prevalence and limitations caused by ADHD, the aim of this study is to review the literature about this disorder in adulthood. The researched literature indicates the existence of adult forms of ADHD and the need to determine a psychotherapeutic and or pharmacological treatment taking into account the complications and comorbid disorders that can occur.

Key words: ADHD; adults; attention.

¹ Psiquiatra - Mestre em Psicologia Clínica/PUCRS

² Psicóloga - Mestre em Psicologia Clínica/PUCRS

³ Psicóloga- Doutora em Psicologia/PUCRS

Introdução

A forma adulta do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) foi vista com ceticismo mesmo quando o TDAH na infância já era bem estabelecido (Biederman & Faraone, 2005; Kordon, Kahl & Wahl, 2006; Okie, 2006), tendo sido reconhecida em 1980 pela Associação Americana de Psiquiatria, quando da publicação do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais III – DSM-III (*American Psychiatry Association*, APA, 1980). No entanto, mesmo na revisão atual do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais IV-TR – DSMIV-TR (*American Psychiatry Association*, APA, 2002), este transtorno ainda está localizado no capítulo “Transtorno da Infância”, o que contribuiu para a visão que este fosse um diagnóstico restrito a uma única etapa da vida (Mattos et al., 2006a) exclusivamente às crianças, provavelmente pela mudança dos sintomas quando estes persistem na vida adulta.

Mesmo após o reconhecimento da forma adulta do TDAH pela APA existem ainda alguns questionamentos quanto ao fato de um número crescente de adultos estar sendo diagnosticado como tendo TDAH. Kordon et al. (2006) hipotetizam que este fato ocorra porque os indivíduos estão tomando conhecimento de que seus sintomas fazem parte de um quadro tratável e que apresenta boa resposta à terapêutica, estimulando-os a procurar atendimento.

Motivada pela preocupação com a grande quantidade de diagnóstico de TDAH, a APA formou um grupo de estudo para examinar as evidências existentes relativas a este quadro clínico e concluiu que o TDAH é uma das desordens de saúde mais pesquisada, tanto na psiquiatria, quanto se considerarmos todo o campo da medicina (Goldman, Genel, Bezman & Slanetz, 1998).

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão da literatura a respeito dos aspectos clínicos do TDAH em adultos, tais como prevalência, quadro clínico e tratamento. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, através de busca nas bases de dados *Medline* e *SciELO*, sem limitarmos o tempo de publicação, além de utilizarmos as referências citadas nos artigos encontrados. Limitamos nossa busca aos artigos que abordassem aspectos clínicos do TDAH em adultos. Os descritores utilizados na busca foram: ADHD, adults.

TDAH em adultos – Prevalência

Estima-se a prevalência do TDAH em torno de 4,4% da população de adultos (Kessler, et al., 2006). No entanto, o TDAH em adultos não foi contemplado por dois dos maiores estudos epidemiológicos dos Estados Unidos, o *Epidemiologic Catchment Area Study* e o *National Comorbidity Survey*. No que diz respeito à distribuição do TDAH por gênero, o estudo conduzido por Kessler et al. (2006) encontrou que a forma adulta do transtorno é mais prevalente em homens do que em mulheres.

Quadro clínico

A característica principal do TDAH é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade e/ou impulsividade. A disfunção é mais frequente e grave do que o tipicamente observado em indivíduos no mesmo nível de desenvolvimento (APA, 2002 ; Mattos et al., 2006a).

Embora exista um declínio nos sintomas do TDAH entre os adultos, eles ainda estão associados a um comprometimento clínico significativo (Biederman & Faraone, 2005).

Para o diagnóstico de TDAH em adultos é condição essencial que haja história de TDAH ou sintomas na infância, o que exige uma anamnese cuidadosa e, às vezes, entrevista com os familiares que podem dar outras informações, verificar anotações escolares quando disponíveis. Entretanto, alguns estudos demonstram que as informações obtidas de forma retrospectiva a partir dos auto-relatos dos adultos são um método válido para o diagnóstico de TDAH na infância (Wilens, Faraone & Biederman, 2004).

É importante salientar que os sintomas nos adultos apresentam características próprias, isto é, a hiperatividade vista nas crianças apresenta-se como excesso de atividades ou trabalho, constituindo, por exemplo, os *workaholics*. A impulsividade aparece na forma de términos prematuros de relacionamentos e direção impulsiva. Os déficits atencionais aparecem nas tarefas que exigem organização e manutenção da atenção bem como em algumas “dificuldades de memória”. (Mattos et al., 2006a).

Em relação aos critérios para o diagnóstico do TDAH, observa-se no critério A do DSM-IV (APA, 2002) que cinco dos nove sintomas apresentados referem-se a funções executivas e memória, o que consolida a hipótese de comprometimento de funções executivas. Durante a infância este comprometimento das funções executivas pode passar mais despercebido, devido ao fato das crianças serem mais supervisionadas na escola e em seu ambiente doméstico. Elas necessitam, portanto, menos estabelecer estratégias de planejamento, hierarquias e prioridades, porém durante o processo de amadurecimento, exige-se, cada vez mais, a capacidade do indivíduo para realizar estas tarefas por si só (Mattos et al., 2006a).

Atualmente, há a exigência de início dos sintomas antes dos 7 anos, no entanto deve-se considerar que não há fundamentação empírica para esta idade, o que leva a um questionamento deste critério (Mattos et al., 2007). Um estudo conduzido por Faraone et al. (2005) encontrou que a idade de início dos sintomas de TDAH não alterava de forma significativa o quadro clínico apresentado.

O TDAH pode apresentar-se de três formas: predominantemente hiperativo/impulsivo; predominantemente desatento e tipo combinado (APA, 2002). Entre os adultos, a distribuição encontrada por Millstein, Wilens, Biederman e Spencer (citado por Braun et al., 2004) foi a seguinte: menos de 5% predominantemente hiperativo/impulsivo; 35-40 % predominantemente desatento; 50 % tipo combinado.

O TDAH em adultos apresenta algumas complicações, entre as quais se observa um menor nível sócio-econômico, mais divórcio e troca de emprego ou desemprego (Kessler et al., 2006). Outros achados em adulto com TDAH são a baixa auto-estima, uma menor chance de satisfação em várias áreas da vida e acidentes de trânsito (Okie, 2006).

Outro aspecto de diferenciação entre o TDAH na infância e em adultos centra-se nos motivos que levam os adultos e as crianças ao tratamento: as crianças costumam ser levadas ao tratamento por apresentar problemas que interferem com terceiros, tanto na escola quanto em casa; já no caso dos adultos, a procura geralmente é ocasionada pelas dificuldades que eles mesmos identificam em seu funcionamento (Mattos et al., 2007).

Existem alguns instrumentos para auxiliar no diagnóstico, em nosso meio a *Adult Self-report Scale* (ASRS), desenvolvida foi traduzida para o português e adaptada para a nossa cultura por Mattos et al. (2006b).

Ressalta-se que o TDAH é um diagnóstico clínico, sendo pouco utilizados na prática clínica os exames complementares, devido ao seu baixo poder preditivo, embora vários

estudos tenham demonstrado alterações nas avaliações de neuroimagem de sujeitos com diagnóstico de TDAH (Zametkin, et al. 1990; Schneider, Retz, Coogan, Thome & Rosle, 2006), as alterações ocorrendo nos lobos frontais, corpo caloso, gânglios da base e cerebelo.

Fassbender e Schweitzer (2006) teorizam que, além dos comprometimentos nas áreas já conhecidas, há uma limitação na habilidade de recrutar outras regiões cerebrais e estratégias para a realização de uma tarefa cognitiva, e concluem também que indivíduos sem TDAH utilizam recursos visuais, espaciais ou verbais para a realização das tarefas, o que não ocorre facilmente nos sujeitos com TDAH.

É necessário, quando avaliamos adultos com TDAH, considerar que as comorbidades são muito frequentes, sendo as mais prevalentes os transtornos de humor, os transtornos de ansiedade, transtornos por uso de substância e transtorno explosivo intermitente (Kessler et al. 2006).

Biederman, Monuteaux, Mick, Spencer, Wilens e Silva (2006) realizaram uma avaliação em 10 anos de *follow-up* de 112 sujeitos que tiveram diagnóstico de TDAH no início do seguimento e 105 que pertenceram ao grupo controle. No início do estudo, as idades variavam de 10-18 anos e no estudo atual a média era de 22 anos de idade. Os autores encontraram uma forte associação entre o diagnóstico prévio de TDAH e maior prevalência de comportamento antisocial (transtorno de conduta, desafiador opositivo e transtorno de personalidade anti-social), transtornos de humor, de ansiedade e dependência de substâncias psicoativas.

Tratamento

Em relação ao tratamento do TDAH, há mais estudos avaliando o uso dos fármacos na infância do que na fase adulta. Várias medicações são utilizadas, entre as quais os estimulantes metilfenidato, o metilfenidato de liberação lenta, a pemoline, a dextro-anfetamina e sais compostos de anfetaminas (Grevet & Rodhe, 2005). Os estimulantes metilfenidato e anfetaminas são as medicações mais comumente utilizadas no em adultos (Asherson, 2005).

O metilfenidato mostrou eficácia e boa tolerabilidade em adultos (Grevet & Rodhe, 2005; Biederman et al., 2007; Asherson, 2005, Spencer et al., 2005). A atomoxetina, que ainda não está disponível no Brasil, também se mostrou eficaz no tratamento do TDAH (Asherson, 2005; Adler, Reinglod, Morrill & Wilens, 2006; Faraone et al., 2005), sendo aprovada pela *Food and Drug Administration* para o tratamento desta condição em adultos.

O antidepressivo bupropiona também tem sido utilizado no tratamento do TDAH (Asherson, 2005; Wilens et al., 2005), assim como outros antidepressivos, a exemplo da imipramina e nortriptilina que se mostraram úteis em algumas situações (Grevet & Rodhe, 2005; Braun et al, 2004; Weiss & Murray, 2003).

A desipramina e pemolina também têm sido utilizadas (Biederman et al., 2007). Entretanto, estas medicações ainda não estão disponíveis em nosso meio, além de necessitarem de cuidados especiais, como o controle do nível sérico e o monitoramento da função hepática.

Como em qualquer outro quadro clínico, as comorbidades físicas e psíquicas devem ser consideradas na prescrição de um fármaco.

Ocorrem algumas situações que sugerem o uso de combinações de fármacos, a exemplo de quando ocorre uma resposta parcial, quando é necessário manejar os efeitos

adversos, quando não é possível aumentar a dose por não haver tolerância e quando existem comorbidades (Adler et al., 2006).

Embora os psicofármacos sejam a primeira linha no tratamento do TDAH em adultos, há estudos que apontam uma melhora do quadro clínico quando há a associação de psicoterapia (Rostain & Ramsay, 2006; Weiss et al., 2008). A Terapia Cognitivo-Comportamental mostrou-se eficaz entre os adultos que apresentaram uma resposta parcial aos medicamentos, em estudo conduzido por Safren et al. (2005). Resultados semelhantes foram encontrados por Rostain e Ramsay (2006), isto é, uma melhora em todas as medidas avaliadas no tratamento combinado de psicofármacos e terapia cognitivo comportamental.

Considerações Finais

O TDAH pode persistir na vida adulta, causando uma série de transtornos para os indivíduos. Deve-se levar em conta que os critérios diagnósticos do DSM-IV foram desenvolvidos para crianças e que os sintomas devem ser contextualizados para a vida adulta. Outra consideração é que o diagnóstico do TDAH em adultos exige uma anamnese cuidadosa, sendo que o paciente é uma fonte confiável de informações, o diagnóstico é clínico e não há indicação de exames de neuroimagem na prática clínica. É imperioso que seja considerado o diagnóstico diferencial com outros quadros clínicos, ou o diagnóstico do TDAH com as comorbidades como transtornos de humor, de ansiedade, por uso de substâncias e personalidade, pois isto modifica a estratégia escolhida para o manejo do TDAH. Quando o sujeito foi diagnosticado apenas na idade adulta, é esperado que ele tenha uma história de vida “contaminada” pelos sintomas do TDAH e, possivelmente, já apresente algumas das complicações, no campo acadêmico, ocupacional e nos relacionamentos interpessoais, por exemplo.

Após o diagnóstico ter sido estabelecido e conforme a existência ou não de comorbidades parte-se para a escolha estratégia terapêutica que será utilizada para auxiliar estes indivíduos a apresentarem um desempenho sócio-ocupacional compatível com suas capacidades.

Embora ainda exista algumas resistências à existência do TDAH em adultos, a literatura científica aponta inequivocamente para um quadro clínico que inicia na infância e que, em grande parte dos casos, acompanha os sujeitos ao longo da vida adulta, causando várias dificuldades. Cabe aos profissionais de saúde mental usar todos os recursos disponíveis para melhorar a qualidade de vida destas pessoas.

Referências Bibliográficas

Adler, L.A., Reingold, L.S., Morrill, M.S. & Wilens, T.E. (2006). Combination pharmacotherapy for adult ADHD. *Current Psychiatry Report*, 8(5), 409-15.

- American Psychiatric Association, APA (1980). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM-III* 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- American Psychiatric Association, APA (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM-IV-TR* 4. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Asherson, P. (2005). Clinical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 5 (4), 525-39.
- Biederman, J., Monuteaux, M., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T., Silva, J. M., Synder, L.E. & Faraone, S.V. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10 year prospective follow-up study. *Psychological Medicine*, 36,167-179.
- Biederman, J. & Faraone, S. (2005). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Lancet*, 366(9481), 327-248.
- Biederman, J., Wilens, T.E., Spencer, T.J. & Adler, L.A. (2007). Diagnosis and treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 4-5.
- Braun, D.L., Dulit, R.A., Adler, D.A., Berlant, J., Dixon, L., Fornari, V., Goldman, B., Hermann, R., Siris, S.G., Sonis, W.A., & Richter, D. (2004). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults: Clinical Information for Primary Care Physicians. *Primary Psychiatry*, 11, 56-65.
- Faraone, S.V., Biederman, J., Spencer, T., Mchelson, D., Adler, L., Reimherr, F. & Glatt, S. (2005). Efficacy of atomoxetine in adult attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a drug-placebo response curve analysis. *Behavioral and Brain Functions*, 1 (16). Disponível em: <<http://www.behavioralandbrainfunctions.com/content/1/1/16>>. Acesso em: 13 maio 2007.
- Fassbender, C. & Schweitzer, J.B. (2006). Is there evidence for neural compensation in attention deficit hyperactivity disorder? A review of the functional neuroimaging literature. *Clinical Psychology Review*, 26(4), 445-65.
- Goldman, L.S., Genel, M., Bezman, R.J. & Slanetz, P.J.(1998). Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *Journal of American Medical Association*, 279, 1100-1107.
- Grevet, E. H. & Rohde, L. A. (2005). TDAH na infância, adolescência e idade adulta. In Cordioli, A. et al. *Psicofármacos consulta rápida*, 3. ed.(p. 375-384). Porto Alegre: Artmed.
- Kessler, R.C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., Demler, O. M.A., Faraone, S.V., Greenhill, L.L., Howes, M.J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, B.T.,

- Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 163(4), 716-723.
- Kordon, A., Kahl, K.G. & Wahl, K. (2006). A new understanding of attention-deficit disorders beyond the age-at-onset criterion of DSM-IV. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.*, 256 (1), 47-54.
- Mattos P., Palmmini, A., Salgado, C.A., Segenreich, D., Grevet, E., Reis, I., Rohde, L., Romano, M., Louzã, M., Abreu, P. & Lima, P. (2007). *Consenso brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade em adultos (TDAH)*. Disponível em: http://www.tdah.org.br/consenso_final.pdf. Acesso em: 03 maio 2007.
- Mattos, P., Palmmini, A., Salgado, C.A., Segenreich, D., Grevet, E.H., Oliveira, I.R., Rohde, L.A., Romano, M., Louzã, M., Belmonte-De-Abreu, P. & Lima, P.P. (2006a). Painel brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) em adultos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1),50–60.
- Mattos, P., Segenreich, D., Saboya, E., Louzã, M., Dias, G. & Romano, M. (2006b). Adaptação transcultural da escala ASRS-18 (Versão1.1) para avaliação do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em adultos para o Português. *Revista de Psiquiatria. Clínica*, 33(4),188-194.
- Okie, S. (2006). ADHD in Adults. *New England Journal of Medicine*, 354, 2637-2641.
- Rostain, A.L. & Ramsay, J.R. (2006). A combined treatment approach for adults with adhd--results of an open study of 43 patients. *Journal of Attentional Disorders*,10 (2),150-9.
- Safren, S.A., Otto, M.W., Sprich, S., Winett, C.L., Wilens, T.E. & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behavior Research and Therapy*,43(7), 831-42.
- Schneider, M., Retz, W., Coogan, A., Thome, J. e Rosler, M. (2006). Anatomical and functional brain imaging in adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)-A neurological view. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*,256(1), 32-41.
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Doyle, R., Surman, C., Prince, J., Aleardi, M., Herzig, K. & Faraone, S. (2005). A large, double-blind, randomized clinical trial of methylphenidate in the treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*,57 (5), 456-63.
- Weiss, M., Safren, S.A., Solanto, M.V., Hechtman, L., Rostain, A.L., Ramsay, R. & Murray, C. (2008). Research Forum on Psychological Treatment of Adults With ADHD *Journal of Attentional Disorders*,11 (6), 642-651.

Weiss, M. & Murray, C. (2003). Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Canadian Medical Association Journal*, 18,168-74.

Wilens, T.E., Haight, B.R., Horrigan, J.P., Hudziak, J.J., Rosenthal, N.E., Connor, D.F., Hampton, K.D., Richard, N.E. & Modell, J.G. (2005). Bupropion XL in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled study. *Biological Psychiatry*.57(7), 793-801.

Wilens, T.E., Faraone, S.V. & Biederman, J.(2004).Attention-deficit/ hyperactivity disorder in adults. *Journal of the American Medical Association*, 292 (5), 619-623.

Zametkin, A.J., Nordahl, T.E., Gross, M., King, A.C., Semple, W.E., Rumsey, J. Hamburger, S. & RM Cohen, R.M.. (1990). Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *New England Journal of Medicine*, 323, 1361-66.

Endereço para contato:

Maria da Graça Tanori de Castro

Rua: Mariante, 288 sala 407

Porto Alegre – RS

Cep: 90430180

E-mail: mgdc@uol.com.br

Recebido em 09/07/2007

Aceito para publicação em 16/01/2009