

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood and Adolescence: Clinical and Therapeutic Aspects

LUIS AUGUSTO ROHDE¹
EURÍPEDES CONSTANTINO
MIGUEL FILHO²
LÚCIA BENETTI³
CAROLINA GALLOIS³
CHRISTIAN KIELING³

Resumo

Objetivos: O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é um transtorno mental com alta prevalência em crianças e adolescentes, causando prejuízos importantes no funcionamento dos indivíduos acometidos. A presente revisão visa a orientar o psiquiatra sobre alguns dilemas clínicos e terapêuticos freqüentemente encontrados no tratamento desses pacientes. **Métodos:** Revisão abrangente, não sistemática da literatura sobre as seguintes questões: a) diferenciação normalidade/presença do transtorno; b) importância clínica do critério de idade de início de prejuízo dos sintomas; c) a fronteira com quadros de transtorno de humor bipolar (THB); d) diretrizes terapêuticas na presença de comorbidades. **Resultados:** São apresentadas dicas clínicas para caracterizar o diagnóstico sem aumentar significativamente a proporção de falsos positivos no grupo dos portadores do transtorno, bem como para auxiliar tanto no diagnóstico diferencial com THB quanto no manejo farmacológico do transtorno na presença de comorbidades. **Conclusões:** O correto diagnóstico, evitando-se critérios muito flexíveis, é fundamental para um transtorno com constructo dimensional na população, bem como a adequada utilização de medicação para um transtorno com alta prevalência de comorbidades.

Palavras-chave: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, desatenção, hiperatividade, diagnóstico, tratamento.

Recebido: 16/06/2004 - Aceito: 25/06/2004

1 Professor-adjunto de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), coordenador geral do Programa de Déficit de Atenção/Hiperatividade (PRODAH) no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

2 Professor-adjunto do Departamento de Psiquiatria da Universidade de São Paulo (USP).

3 Assistente de pesquisa do PRODAH, HCPA - UFRGS.

Endereço para correspondência: Luis Augusto Rohde, Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Hospital das Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos, 2350 - Porto Alegre - RS - CEP: 90035-003.

Abstract

Objectives: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder is a very prevalent disorder in children and adolescents determining important impairments in those affected. This review aims to discuss some clinical and therapeutic dilemmas found by clinical psychiatrists in the treatment of the disorder. **Methods:** This is a comprehensive, non-systematic review of the literature addressing the following issues: a) differentiation normality/presence of the disorder; b) clinical relevance of the age-of-onset of impairment criterion; c) frontiers with Bipolar Disorders (BD); d) guidelines for treatment when the disorder is associated with comorbidities. **Results:** Clinical tips are presented to make the diagnosis without significantly increasing the proportion of false-positives, as well as to help in both the differential diagnosis with BD and the pharmacological management of the disorder associated to comorbidities. **Conclusions:** The precise diagnosis, avoiding very flexible criteria, is crucial in a disorder with a dimensional construct in the population, as well as the adequate use of medication for a highly comorbid disorder.

Keywords: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, inattention, hyperactivity, diagnosis, treatment.

Partes desta revisão foram extraídas de outras revisões do grupo do PRODAH sobre TDAH e do documento apresentado pelo Prof. Eurípedes Miguel como parte do exame para obtenção do título de livre-docente em Psiquiatria na Universidade de São Paulo (USP).

Introdução

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é uma das principais causas de procura de ambulatorios de saúde mental de crianças e adolescentes. Em amostras não referidas, estima-se que 3% a 6% das crianças em idade escolar apresentem TDAH (Faraone *et al.*, 2003).

As características nucleares do transtorno na infância são a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade. Elas afetam de modo adverso o desempenho acadêmico, os relacionamentos familiar e social e o ajustamento psicossocial; portanto, devem ser alvo de intervenção. Além dos sintomas básicos do transtorno, em mais de 50% dos casos, existe comorbidade com transtornos do aprendizado, transtornos do humor e de ansiedade, transtornos disruptivos do comportamento e transtornos do abuso de substância e de álcool (Jensen *et al.*, 1997; Souza *et al.*, *in press*).

O objetivo desta atualização é orientar o psiquiatra sobre alguns dilemas clínicos e terapêuticos frequentemente encontrados no tratamento desses pacientes. Assim, as seguintes questões são abordadas: a) a diferenciação com a normalidade (a questão da desatenção e do descontrole motor como um conceito dimensional na população); b) a idade de início de prejuízo dos sintomas; c) a fronteira com quadros de transtorno de humor bipolar; d) as diretrizes terapêuticas na presença de comorbidades.

Dilemas clínicos

A diferenciação com a normalidade

Embora certamente ainda bastante subdiagnosticado na nossa população, o TDAH vem sendo alvo de crescente interesse da comunidade de professores, de profissionais da área de saúde e da própria mídia. Em alguns dos poucos ambulatorios especializados no País, já não é infreqüente a chegada de crianças e adolescentes com o diagnóstico erroneamente firmado. Embora várias razões possam ser discutidas para explicar essa situação, é importante que o psiquiatra que lida com crianças e adolescentes possa estar atento ao fato de que tanto a capacidade atencional quanto a de controle motor são variáveis dimensionais na população.

Levy *et al.* (1997) documentaram, num estudo pioneiro com uma amostra de 1.938 famílias australianas de gêmeos, que a herdabilidade dos sintomas de desatenção e hiperatividade era similar entre várias definições de TDAH (como uma entidade contínua ou discreta a partir de diferentes pontos de corte). Assim, o transtorno pareceria melhor entendido como o extremo de um comportamento que varia geneticamente na população como um todo, ao invés de uma entidade dicotômica. Portanto, tratando-se de algo dimensional na população, é de se esperar que o clínico tenha maiores dificuldades de estabelecer onde

colocar o ponto de corte. Em outras palavras, a partir de qual nível sintomatológico indicar tratamento? Algumas dicas podem auxiliar nessa decisão.

A primeira questão a ser examinada é a da frequência dos sintomas. Os sistemas classificatórios modernos (DSM-IV e CID-10) enfatizam a necessidade de que cada sintoma do TDAH ocorra frequentemente para que seja considerado positivo (*American Psychiatric Association*, 1994; Organização Mundial da Saúde, 1993). Isso é de extrema importância tratando-se de um transtorno dimensional, já que boa parte da população apresentará os mesmos sintomas numa frequência mais baixa. Entretanto, os sistemas classificatórios não operacionalizam a definição de "frequentemente". Dependendo de onde o clínico colocar o ponto de corte para definir o sintoma como frequente, ele terá mais ou menos indivíduos incluídos na categoria diagnóstica. Então, como operacionalizar essa definição de uma forma que as famílias possam entender? Embora não haja nem consenso, nem pesquisa empírica sobre a questão, utilizamos a definição de que o sintoma deve ocorrer mais vezes do que não ocorrer na situação pesquisada. Por exemplo, ao investigarmos com os pais se a criança erra por descuido nas tarefas escolares em casa, em primeiro lugar, definimos quantas vezes por semana a criança faz tarefas escolares em casa (por exemplo, cinco vezes por semana). Após isso, investigamos o número de vezes em que esses erros por descuido acontecem. No exemplo citado, se acontecerem mais vezes do que não acontecerem quando a criança senta para fazer as tarefas (três vezes por semana), consideramos o sintoma frequente.

Outra questão clinicamente relevante é a da duração dos sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade. Normalmente, as crianças com TDAH apresentam uma história de vida desde a idade pré-escolar com a presença de sintomas ou, pelo menos, um período de vários meses de sintomatologia. A presença de sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade por curtos períodos (dois a três meses) que se iniciam claramente após um desencadeante psicossocial (por exemplo, a separação dos pais) deve alertar o clínico para a possibilidade de que a desatenção, a hiperatividade ou a impulsividade sejam mais sintomas do que parte de um quadro de TDAH.

É importante que a persistência dos sintomas em vários locais e ao longo do tempo seja avaliada. Os sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade precisam ocorrer em vários ambientes da vida da criança (por exemplo, escola e casa) e manterem-se constantes ao longo do período avaliado. Sintomas que ocorrem apenas em casa ou somente na escola devem alertar o clínico para a possibilidade de que a desatenção, a hiperatividade ou a impulsividade possam ser apenas sintomas de

uma situação familiar caótica ou de um sistema de ensino inadequado. Da mesma forma, flutuações de sintomatologia com períodos assintomáticos não são características do TDAH.

Os sistemas classificatórios definem um número mínimo de sintomas como necessários para o diagnóstico (DSM-IV: seis sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade; CID-10: seis sintomas de desatenção, três de hiperatividade e um de impulsividade). Sendo o constructo do transtorno dimensional na população, essa questão assume uma importância ainda maior. Por exemplo, em uma investigação para determinar a prevalência do transtorno em 1.013 escolares de 12 a 14 anos da rede estadual de Porto Alegre, Rohde *et al.* (1999) documentaram que 30,5% dos adolescentes com frequência distraíam-se facilmente por estímulos estranhos à tarefa que estavam realizando e que 31,3% eram frequentemente inquietos com as mãos, os pés, ou mesmo se retorciam na cadeira. Portanto, sintomas isolados de TDAH, ou combinações de dois ou três sintomas, mesmo que acontecendo frequentemente, têm pouco valor diagnóstico. Por outro lado, é importante salientar que a avaliação do ponto de corte do DSM-IV em relação ao número de sintomas necessários para o diagnóstico foi realizada a partir de uma amostra norte-americana unicamente clínica que, embora tenha englobado crianças e adolescentes entre 4 e 17 anos, era prioritariamente composta por crianças em idade escolar (Lahey *et al.*, 1994). Portanto, pontos de corte diferentes podem se aplicar, por exemplo, a adultos (McGough e Barkley, *in press*). Além disso, questões transculturais podem determinar diferentes pontos de corte para a população de crianças e adolescentes brasileiros (Rohde, 2002). Entretanto, o único trabalho encontrado na literatura avaliando essa questão sugere de forma preliminar um ponto de corte similar para o número de sintomas numa amostra de adolescentes brasileiros.

Rohde *et al.* (1998) exploraram o critério de número de sintomas em uma amostra não referida de 170 jovens brasileiros. Os adolescentes com diagnóstico de TDAH pelos critérios da DSM-IV tinham escores significativamente mais altos na escala de problemas de atenção do Inventário de Problemas Comportamentais da Criança e maior frequência de repetência escolar do que tanto o grupo de jovens sem TDAH quanto aquele formado pelos que preenchiam todos os outros critérios do DSM-IV para o transtorno, mas apresentavam um número limiar de sintomas (cinco sintomas de desatenção e/ou hiperatividade). Os dois últimos grupos não diferiam em qualquer medida avaliada. Assim, o psiquiatra clínico deve buscar a presença de um número significativo de sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade (pelo menos seis sintomas) para caracterizar o diagnóstico sem in-

correr no erro de incluir uma proporção significativa de falsos positivos no grupo dos portadores do transtorno. Entretanto, ao trabalhar com adolescentes mais velhos e adultos jovens, pode flexibilizar o ponto de corte, desde que outros critérios, como prejuízo funcional, estejam presentes.

A avaliação de prejuízo funcional significativo na vida da criança também auxilia na diferenciação da fronteira entre normalidade e presença do transtorno. Sintomas de hiperatividade ou impulsividade sem prejuízo na vida da criança podem traduzir muito mais estilos de funcionamento ou temperamento do que um transtorno psiquiátrico. Entretanto, a pesquisa de prejuízo funcional deve levar em consideração alguns aspectos que nem sempre são lembrados, tais como: a) a potencialidade da criança. Jovens com melhores capacidades cognitivas podem compensar parcialmente os sintomas, funcionando abaixo de suas potencialidades, mas, ainda assim, próximos à média de acordo com as expectativas para sua idade cronológica e meio cultural. Portanto, avaliação de prejuízo funcional deve sempre contextualizar o prejuízo dentro de uma avaliação global das potencialidades da criança; b) a avaliação de prejuízo funcional não deve se restringir apenas às notas da escola. O psiquiatra clínico deve avaliar cuidadosamente a interferência potencial dos sintomas nas relações de amizade do paciente (por exemplo, frequência de brigas por condutas impulsivas), nas relações familiares (por exemplo, tempo e grau de conflito familiar na hora da lição de casa), na sua história médica (por exemplo, fraturas ou suturas de repetição), na sua história de vida (por exemplo, frequência de infrações de trânsito); c) como o TDAH é um transtorno com alta comorbidade (Jensen *et al.*, 1997; Souza *et al.*, *in press*), é fundamental a tentativa de delimitar o quanto o prejuízo funcional é devido aos sintomas do transtorno ou à presença de comorbidades. Assim, é diferente a situação de uma criança que tem dificuldade de seguir instruções por um comportamento de oposição e desafio aos pais e professores em relação à daquela que não segue as instruções por não prestar atenção nas mesmas.

A idade de início de prejuízo dos sintomas

O DSM-IV e a CID-10 incluem um critério de idade de início dos sintomas causando prejuízo (antes dos 7 anos) para o diagnóstico do transtorno. Entretanto, esse critério é derivado apenas da opinião de um comitê de “experts” no TDAH, sem qualquer evidência científica que sustente sua validade clínica (Barkley e Biederman, 1997). Rohde *et al.* (2000) demonstraram que o padrão sintomatológico e de comorbidade com outros transtornos disruptivos do comportamento, bem como o prejuízo funcional, não é significativamente diferente entre

adolescentes com o transtorno que apresentam idade de início dos sintomas causando prejuízo antes e depois dos sete anos. Ambos os grupos diferenciam-se do grupo de adolescentes sem o transtorno em todos os parâmetros mencionados. Dados similares já haviam sido relatados para uma amostra clínica de crianças e adolescentes norte-americanos (Applegate *et al.*, 1997).

O TDAH é entendido modernamente como um transtorno de base neurobiológica, sendo que a suscetibilidade a ele parece ser determinada por múltiplos genes de pequeno efeito (Castellanos e Tannock, 2002). Portanto, seria de se esperar que aqueles indivíduos que apresentam uma vulnerabilidade ao transtorno maior do que a média da população, mas sem que ela chegue a ser acentuada, possam apresentar sintomas clinicamente significativos apenas a partir do momento em que a demanda ambiental passe a ser maior. Em crianças, isso poderia ser, por exemplo, apenas a partir de uma terceira ou quarta séries do ensino fundamental, onde necessidades de função executiva, como planejamento, organização e persistência de foco atencional tornam-se ainda mais imprescindíveis para a realização das tarefas escolares. Assim, sugere-se que o clínico não descarte a possibilidade do diagnóstico em pacientes que apresentem sintomas causando prejuízo apenas após os sete anos.

A fronteira com quadros de transtorno de humor bipolar

Recentemente, várias investigações têm sido realizadas no sentido de melhor delimitar as fronteiras entre o TDAH e o transtorno de humor bipolar (THB) na infância e na adolescência, mesmo se reconhecendo que exista uma taxa significativa de comorbidade entre esses diagnósticos (principalmente em amostras de crianças com THB e amostras de ambulatórios de TDAH em serviços especializados). A importância clínica dessa diferenciação e do reconhecimento da comorbidade reside na diferente indicação terapêutica de acordo com a presença de um ou outro transtorno, ou ainda de ambos (Pavuluri *et al.*, 2002).

Um número crescente de investigações documenta que o perfil sintomatológico de crianças com THB é claramente diferente daquele encontrado em jovens com TDAH (Tramontina *et al.*, 2003). Os seguintes aspectos podem ajudar o psiquiatra clínico a suspeitar sobre a presença de THB ao invés de ou em conjunto com TDAH: a) alteração de humor marcada e episódica; b) história familiar fortemente positiva para THB.

Crianças e adolescentes com TDAH podem apresentar irritabilidade e descontrole de impulsos. Entretanto, esses sintomas tendem a ser mais pontuais quando associados ao transtorno, ou seja,

frente a uma frustração ou contrariedade, essas crianças podem apresentar irritabilidade ou descontrole de impulsos que, após um tempo razoavelmente curto, esbatem-se. Normalmente, não há alteração de humor permanente ou mesmo em períodos nos indivíduos com TDAH. Na verdade, uma parcela significativa das crianças com o transtorno e sem outras comorbidades é descrita como alegre, despreocupada e de fácil socialização. Eventualmente, quando o mesmo se associa ao transtorno de oposição desafiante, a diferenciação entre a oposição constante a regras e irritabilidade pode ser mais difícil. A irritabilidade marcada associada a significativo descontrole de impulsos é a alteração de humor mais comum em crianças e adolescentes com THB, já que as mesmas tendem a não apresentar apenas humor eufórico como nos quadros clássicos do adulto (Leibenluft *et al.*, 2003; Tramontina *et al.*, 2003). A intensidade desses sintomas é significativamente maior nos quadros de THB na infância e na adolescência do que nos de TDAH, e existe uma episodicidade mais definida nos quadros de THB tipo I e II (não apenas sintomas pontuais) que muitas vezes não se consegue associar a qualquer mudança ambiental (Bhangoo *et al.*, 2003). Assim, essas crianças têm episódios de dias (THB tipo II), ou de uma ou mais semanas (THB tipo I), em que uma flutuação do humor com valências mais extremas é facilmente notada. Humor bastante irritável associado a sintomas depressivos e descontroles freqüentes e intensos dos impulsos ocorre simultaneamente ou com rápidas mudanças, às vezes ao longo do mesmo dia, num padrão que é diferente do habitual da criança. Esse padrão de alteração de humor não é visto em casos de TDAH sem comorbidade com THB.

De forma similar aos adultos, crianças e adolescentes com THB parecem apresentar história familiar para o transtorno mais freqüentemente positiva do que controles normais, e pais com THB tendem a ter mais freqüentemente filhos com o transtorno do que pais sem THB (Chang *et al.*, 2003). Portanto, a pesquisa de história familiar de THB é fundamental e pode ajudar o clínico na elucidação diagnóstica. Entretanto, vale lembrar que história familiar negativa por si só não descarta o diagnóstico.

Algumas crianças apresentam sintomas claros de TDAH associados a uma irritabilidade constante e crônica com marcado descontrole de impulsos que muitas vezes cursam por anos. Não se consegue delimitar claramente qualquer episodicidade de sintomas. Essa é uma área da psicopatologia da infância e da adolescência ainda bastante controversa; muito se discute se esses seriam casos de comorbidade entre TDAH e THB não especificado de outra maneira ou casos de TDAH associados a quadros importantes de transtornos disruptivos do comportamento (Leibenluft *et al.*, 2003b).

Dilemas terapêuticos

Estratégias de intervenção psicofarmacológicas nos casos de TDAH associado a comorbidades

Mais de 70% dos pacientes com TDAH que procuram ambulatórios especializados apresentam comorbidades (Souza *et al.*, no prelo); portanto, o psiquiatra clínico provavelmente terá que escolher a intervenção psicofarmacológica para o seu paciente levando em consideração a presença de alguma comorbidade. A discussão da farmacologia dos diversos medicamentos efetivos para o TDAH foge ao alcance da presente revisão. Devido à falta de estudos comparativos entre as medicações disponíveis na presença das diversas comorbidades, também não se apresentam algoritmos de decisão terapêutica. Discutem-se as opções terapêuticas na presença das comorbidades mais freqüentes.

TDAH e transtornos de ansiedade

O estudo multimodal de tratamento do TDAH (MTA) demonstrou que essa comorbidade é a única na qual a utilização de intervenção psicossocial (terapia comportamental) determina um tamanho de efeito tanto nos sintomas básicos do transtorno quanto em indicadores mais gerais de funcionamento similares aos do uso adequado de estimulantes (Jensen *et al.*, 2001). No que tange a intervenções farmacológicas, a experiência clínica sugere o uso de metilfenidato associado a inibidores seletivos da recaptura de serotonina (ISRS) na presença dessa comorbidade, já que há evidência da eficácia dos ISRS em quadros de ansiedade (Williams e Miller, 2003). Os antidepressivos tricíclicos podem ser uma alternativa, já que há evidências de sua eficácia em ambos os transtornos (menos robustas nos transtornos de ansiedade) (Spencer *et al.*, 1996; Williams e Miller, 2003). Existem, na literatura mundial, alguns relatos de morte súbita em crianças em uso de desipramina. Muito provavelmente essas mortes não se relacionam diretamente ao uso da medicação. Entretanto, por cautela, deve-se sempre monitorizar, através de eletrocardiograma, qualquer criança recebendo antidepressivos tricíclicos, antes e durante o tratamento (Gutgesell *et al.*, 1999).

TDAH e transtornos depressivos

O metilfenidato parece ser a medicação de escolha na presença de comorbidade entre TDAH e depressão maior em crianças e adolescentes, já que há evidência de sua eficácia em ambos os transtornos (Pliszka *et al.*, 2000). É importante lembrar que, diferentemente dos adultos, não há evidência de eficácia dos antidepressivos tricíclicos nos quadros depressivos da infância (Geller *et al.*, 1999).

A atomoxetina, que foi aprovada pelo *Food and Drug Administration* (FDA) para uso no TDAH em 2003, pode ser uma alternativa. Esse fármaco é um potente bloqueador da recaptura da noradrenalina (Biederman *et al.*, 2003), estando disponível no Brasil apenas por importação. Um estudo inicial sugeriu diminuição de escores tanto relacionados com a desatenção/hiperatividade quanto com a depressão em crianças com TDAH em comorbidade com transtornos depressivos (Allen, 2003).

TDAH e transtorno bipolar

Para pacientes com TDAH em comorbidade com transtorno de humor bipolar, o tratamento dos sintomas de humor é prioritário. Somente após a estabilização do quadro bipolar, passa-se ao tratamento dos sintomas de TDAH. A prática comum é a de se iniciar com um estabilizador do humor ou um antipsicótico atípico e, posteriormente, após esbatimento dos sintomas de humor, associar metilfenidato ou bupropiona, se persistirem sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade residuais. Ao se utilizar antidepressivos, é importante observar piora no quadro ou virada maníaca (Pavuluri *et al.*, 2002).

TDAH e transtorno de conduta

Novamente, a primeira escolha é o metilfenidato. Klein *et al.* (1997) documentaram a eficácia do metilfenidato em sintomas de conduta com ou sem comorbidade com TDAH. A associação de metilfenidato com risperidona também é uma opção, já que esse antipsicótico demonstrou eficácia no tratamento de transtornos disruptivos de crianças (Findling e McNamara, 2004). Uma outra opção seria o uso de clonidina, que tem eficácia demonstrada para o TDAH (Connor *et al.*, 1999), e um estudo controlado inicial sugerindo a eficácia tanto no controle dos sintomas do TDAH quanto da agressividade associada ao transtorno de conduta (Connor *et al.*, 2000).

TDAH e transtorno de Tourette/tiques

Os antidepressivos tricíclicos aparecem como possível escolha nessa comorbidade, em especial a desipramina, já que há evidências provenientes de estudo de séries de casos demonstrando a eficácia dessa medicação na redução de tiques em pacientes com TDAH (Spencer *et al.*, 1993). Entretanto, um estudo controlado, do tipo *crossover*, no qual somente 37 pacientes com TDAH e transtorno de Tourette completaram o protocolo, evidenciou melhora em apenas uma das quatro medidas de tiques utilizadas (Singer

et al., 1995). A clonidina aparece ainda como uma alternativa para essa condição. Recentemente, ela se mostrou eficaz no tratamento de crianças com tiques e TDAH, apresentando redução significativamente maior nos sintomas de ambos os transtornos comparativamente com o placebo (*The Tourette's Syndrome Study Group*, 2002). Estudos iniciais têm sugerido eficácia da atomoxetina no tratamento de tiques; esse dado, se confirmado, pode colocar a atomoxetina como medicação de primeira escolha na presença dessa comorbidade (Newcorn, 2004). Embora seja descrito que o metilfenidato possa exacerbar os tiques em crianças com TDAH, estudos mais recentes não confirmaram a piora desse sintoma (Castellanos *et al.*, 1997). Assim, a associação desse fármaco com outros comprovadamente eficazes para transtornos de tique como risperidona, pimozida ou mesmo haloperidol pode ser outra escolha para o tratamento da comorbidade (Pliszka *et al.*, 2000).

TDAH e retardo mental

Os estudos controlados têm apontado o metilfenidato como primeira escolha para o tratamento do TDAH e retardo mental leve (Pearson *et al.*, 2003). Arisiperidona tem-se mostrado eficaz no tratamento em curto e longo prazo de sintomas disruptivos em crianças com inteligência limítrofe ou abaixo da média (Findling *et al.*, 2004). Em um estudo recente, Correia Filho *et al.* (manuscrito em revisão) avaliaram 45 pacientes com TDAH e retardo mental moderado em um ensaio clínico controlado comparando risperidona e metilfenidato. Evidenciou-se uma resposta maior com o uso de risperidona do que com metilfenidato nos sintomas relacionados ao TDAH (especialmente hiperatividade).

Conclusões

O psiquiatra clínico que atua na infância e na adolescência freqüentemente é procurado por famílias de crianças e adolescentes com TDAH. Esses pacientes apresentam muitas vezes quadros complexos que obrigam o médico a se deparar com diversos dilemas clínicos e terapêuticos. Assim, o correto diagnóstico, evitando-se critérios muito flexíveis, é fundamental para um transtorno com constructo dimensional na população, bem como a adequada utilização de medicação, permitindo não somente a redução dos sintomas relacionados ao transtorno, mas também a diminuição daqueles associados às freqüentes comorbidades.

Referências bibliográficas

- ALLEN, A. J. - , E.L.; BIEDERMAN, J.; HYND, G.W.; BARKLEY, R.A.; OLLENDICK, T.; FRICK, P.J.; GREENHILL, L.; MCBURNETT, K.; NEWCORN, J.H.; KERDYK, L.; GARFINKEL, B.; WALDMAN, I.; SHAFFER, D. - Validity of the Age-of-onset Criterion for ADHD: a Report from the DSM-IV Field Trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 1211-21, 1997.
- BARKLEY, R.A.; BIEDERMAN, J. - Toward a Broader Definition of the Age-of-onset Criterion for Attention-deficit Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 1204-10, 1997.
- BHANGOO, R.K.; DELL, M.L.; TOWBIN, K.; MYERS, F.S.; LOWE, C.H.; PINE, D.S.; LEIBENLUFT, E. - Clinical Correlates of Episodicity in Juvenile Mania. *J Child Adolesc Psychopharm* 13: 507-14, 2003.
- BIEDERMAN, J.; KRATOCHVIL, C.J.; SPENCER, T.; WOZNIACK, J. - Determining and Achieving Therapeutic Targets in ADHD. *J Clin Psychiatry* 64: 265-76, 2003.
- CASTELLANOS, F.X.; GIEDD, J.N.; ELIA, J.; MARSH, W.L.; RITCHIE, G.F.; HAMBURGER, S.D.; RAPOPORT, J.L. - Controlled Stimulant Treatment of ADHD and Comorbid Tourette's Syndrome: Effects of Stimulant and Dose. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 589-96, 1997.
- CASTELLANOS, F.X.; TANNOCK, R. - Neuroscience of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder: the Search for Endophenotypes. *Nat Rev Neurosci* 3: 617-28, 2002.
- CHANG, K.; STEINER, H.; DIENES, K.; ADLEMAN, N.; KETTER, T. - Bipolar Offspring: a Window into Bipolar Disorder Evolution. *Biol Psychiatry* 53: 945-51, 2003.
- CONNOR, D.F.; BARKLEY, R.A.; DAVIS, H.T. - A Pilot Study of Methylphenidate, Clonidine, or the Combination in ADHD Comorbid with Aggressive Oppositional Defiant or Conduct Disorder. *Clin Pediatr* 39: 15-25, 2000.
- CONNOR, D.F.; FLETCHER, K.E.; SWANSON, J.M. - A Meta-analysis of Clonidine for Symptoms of Attention-deficit Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38: 1551-9, 1999.
- Faraone, S.V.; Sergeant, J.; Gillberg, C.; Biederman, J. - The Worldwide Prevalence of ADHD: Is It an American Condition? *World Psychiatry* 2: 104-13, 2003.
- FINDLING, R.L.; AMAN, M.G.; DE SMEDT, G.; DERIVAN, A.; LYONS, B. - The Risperidone Disruptive Behavior Study Group. A Long-term Open-label Study of Risperidone in Children with Severe Disruptive Behaviors and Subaverage IQ. *American Journal of Psychiatry* 161: 677-84, 2004.
- FINDLING, R.L.; McNAMARA, N.K. - Atypical Antipsychotics in the Treatment of Children and Adolescents: Clinical Applications. *J Clin Psychiatry* 65 Suppl 6: 30-44, 2004.
- GELLER, B.; REISING, D.; LEONARD, H.; RIDDLE, M.A.; WALSH, B.T. - Critical Review of Tricyclic Antidepressant Use in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38: 513-6, 1999.
- GUTGESELL, H.; ATKINS, D.; BARST, R.; BUCK, M.; FRANKLIN, W.; HUMES, R.; RINGEL, R.; SHADY, R.; TAUBERT, K.A. - Cardiovascular Monitoring of Children and Adolescents Receiving Psychotropic Drugs. *Circulation* 99: 979-82, 1999.
- KLEIN, R.G.; ABIKOFF, H.; KLASS, E.; GANELES, D.; SEESE, L.M.; POLLACK, S. - Clinical Efficacy of Methylphenidate in Conduct Disorder with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 54: 1073-80, 1997.
- JENSEN, P.S.; HINSHAW, S.P.; KRAEMER, H.C.; LENORA, N.; NEWCORN, J.H.; ABIKOFF, H.B.; MARCH, J.S.; ARNOLD, E.; CANTWELL, D.P.; CONNERS, C.K.; ELLIOTT, G.R.; GREENHILL, L.L.; HECHTMAN, L.; HOZA, B.; PELHAM, W.E.; SEVERE, J.B.; SWANSON, J.M.; WELLS, K.C.; WIGAL, T.; VITIELLO, B. - ADHD Comorbidity Findings from the MTA Study: Comparing Comorbid Subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40: 147-58, 2001.
- JENSEN, P.S.; Martin, D.; CANTWELL, D.P. - Comorbidity in ADHD: Implications for Research, Practice and DSM-V. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 1065-79, 1997.
- LAHEY, B.B.; APPLGATE, B.; MCBURNETT, K.; BIEDERMAN, J.; GREENHILL, L.; HYND, G.W.; BARKLEY, R.A.; NEWCORN, J.; JENSEN, P.; RICHTERS, J. - DSM-IV Field Trials for Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Am J Psychiatry* 151 (11): 1673-85, 1994.
- LEIBENLUFT, E.; CHARNEY, D.S.; PINE, D.S. - Researching the Pathophysiology of Pediatric Bipolar Disorder. *Biol Psychiatry* 53: 1009-20, 2003.
- LEIBENLUFT, E.; CHARNEY, D.S.; TOWBIN, K.; BHANGOO, R.K.; Pine, D.S. - Defining Clinical Phenotypes of Juvenile Mania. *Am J Psychiatry* 160: 430-7, 2003b.
- LEVY, F.; HAY, D.A.; McSTEPHEN, M.; WOOD, C.; WALDMAN, I. - Attention-deficit Hyperactivity Disorder: a Category or a Continuum? Genetic Analysis of a Large-scale Twin Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 737-44, 1997.
- McGOUGH, J.J.; BARKLEY, R.A. - Diagnostic Controversies in Adult ADHD. *Am J Psychiatry* (in press).
- NEWCORN, J. - *ADHD and Comorbidity: Descriptive, Psychopathology, Assessment, Treatment ADHD Global Meeting Conference*. New York, 2004 (sponsored by Ely Lilly).
- Organização Mundial de Saúde. *Classificação e transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- PAVULURI, M.N.; NAYLOR, M.W.; JANICAK, P.G. - Recognition and Treatment of Pediatric Bipolar Disorder. *Contemporary Psychiatry* 1: 1-10, 2002.
- PEARSON, D.A.; SANTOS, C.W.; ROACHE, J.D.; CASAT, C.D.; LOVELAND, K.A.; LACHAR, D.; LANE, D.M.; FARIA, L.P.; CLEVELAND, L.A. - Treatment Effects of Methylphenidate on Behavioral Adjustment in Children with Mental Retardation and ADHD. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 42: 209-16, 2003.
- PLISZKA, S.R.; GREENHILL, L.L.; CRISMON, M.L.; SEDILLO, A.; CARLSON, C.; CONNERS, C.K.; MCCracken, J.T.; SWANSON, J.M.; HUGHES, C.W.; LLANA, M.E.; LOPEZ, M.; TOPRAC, M.G. - The Texas Children's Medication Algorithm Project: Report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Part II: Tactics. Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39: 920-7, 2000.
- ROHDE, L.A. - ADHD in Brazil: the DSM-IV Criteria in a Culturally Different Population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41: 1131-3, 2002.
- ROHDE, L.A.; BIEDERMAN, J.; BUSNELLO, E.D.; ZIMMERMANN, H.; SCHMITZ, M.; MARTINS, S.; TRAMONTINA, S. - ADHD in a School Sample of Brazilian Adolescents: a Study of Prevalence, Comorbid Conditions and Impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 6: 716-22, 1999.
- ROHDE, L.A.; BIEDERMAN, J.; KNIJNIK, M.P.; KETZER, C.R.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; PINZON, V. - Exploring DSM-IV ADHD Number of Symptoms Criterion: Preliminary Findings in Adolescents. *Infante* 6: 114-8, 1998.
- ROHDE, L.A.; BIEDERMAN, J.; ZIMMERMANN, H.; SCHMITZ, M.; MARTINS, S.; TRAMONTINA, S. - Exploring ADHD Age-of-onset Criterion in Brazilian Adolescents. *European Child Adolesc Psychiatry* 9: 212-8, 2000.

- SINGER, S.; BROWN, J.; QUASKEY, S.; ROSENBERG, L.A.; MELLITS, E.D.; DENCKLA, M.B. - Treatment of ADHD in Tourette's Syndrome: a Double-blind Placebo Controlled Study with Clonidine and Desipramine. *Pediatrics* 95: 74-81, 1995.
- SOUZA, I.; PINHEIRO, M.A.; DENARDIN, D.; MATTOS, P.; ROHDE, L.A. - Attention-deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbidity in Brazil: Comparison between Two Referred Samples. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (in press).
- SPENCER, T.; BIEDERMAN, J.; Kerman, K. - Desipramine in the Treatment of Children with Tic Disorder or Tourette's Syndrome and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 354-60, 1993.
- SPENCER, T.; BIEDERMAN, J.; WILENS, T.; HARDING, M.; O'DONNELL, D.; GRIFFIN, S. - Pharmacotherapy of Attention-deficit Hyperactivity Disorder Across the Life Cycle. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 409-28, 1996.
- The Tourette's Syndrome Study Group - Treatment of ADHD in Children with Tics: a Randomized Controlled Trial. *Neurology* 58: 526-37, 2002.
- TRAMONTINA, S.; SCHMITZ, M.; POLANCZYK, G.; ROHDE, L.A. - Juvenile Bipolar Disorder in Brazil: Clinical and Treatment Findings. *Biol Psychiatry* 53: 1043-9, 2003.
- WILLIAMS, T.P.; MILLER, B.D. - Pharmacologic Management of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Curr Opin Pediatr* 15: 483-90, 2003.