

# Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção

Passado, Presente e Futuro

*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*

*Past, Present and Future*

Rui Ribeiro<sup>1</sup>

Revisão

## Resumo

Com este artigo pretende dar-se uma perspectiva acerca da evolução do conceito de PHDA assim como a sua caracterização desde a sua descrição inicial até aos dias de hoje afluando dados recentes da investigação e sua implicação na caracterização futura desta patologia.

## Abstract

With this article, we intend to give a perspective of ADHD concept evolution, as well as to characterize ADHD since the first description until the present day, approaching recent data on investigation and its implication in future definition of this disease.

Nota: Os autores não escrevem segundo o novo Acordo ortográfico

<sup>1</sup>Médico Psiquiatra do Hospital de Setúbal

Contacto para correspondência: [martinsribeiro@gmail.com](mailto:martinsribeiro@gmail.com)

## Introdução

A Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção caracterizada por actividade excessiva, inatensão e impulsividade em crianças está descrita desde o século XIX. No entanto, a caracterização clínica, conceitos e perspectivas fisiopatológicas têm variado ao longo do tempo. Pretende-se neste trabalho apresentar uma perspectiva resumida daquilo que foi a evolução

A primeira descrição conhecida de “incapacidade para manter a atenção”

Sir Alexander Crichton (1763-1856) interessou-se pelas doenças mentais tendo publicado um capítulo do seu livro, *“An inquiry into the nature and origin of mental derangement: Comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects”*, à perturbação da atenção. Nesse capítulo Crichton define como normal variações da atenção entre indivíduos assim como no próprio indivíduo. Afirma como patológico, tanto o aumento como a diminuição da atenção. Define como mórbida a incapacidade de manter a atenção e como causa uma “sensibilidade dos nervos” que pode nascer com a pessoa ou ser adquirida posteriormente. Em relação à idade de início diz que pode nascer com a pessoa e assim manifestar-se numa fase muito precoce. Deve-se pela primeira vez a este autor a noção de que a doença habitualmente reduz os sintomas com a idade.

Não associou sintomas de hiperactividade ou impulsividade.

### “Philipp inquieto”

Heinrich Hoffman (1809-1894), médico alemão, criou desenhos e histórias em banda desenhada para o seu filho em que surge o personagem Philipp (conhecido em inglês como *Fidgety Phil*). Este é retratado como uma criança inquieta,

incapaz de tomar atenção às ordens que lhe são dadas pelo pai e cujo comportamento tem consequências negativas na vivência familiar.

É a primeira descrição em que é retratada a inquietação psicomotora e hiperactividade.

### Defeito do controlo moral

Sir George Frederic Still (1868-1941), pediatra, por muitos considerado o pai da pediatria Britânica introduziu o conceito de “defeito de controlo moral” e, neste caso um anormal defeito do controlo moral era habitualmente observado em crianças com atraso mental. No entanto haveria outros casos em que esse defeito surgia sem evidência de qualquer atraso.

Dividiu em dois grupos estes últimos: os que apresentavam relação com outras doenças médicas como encefalites, tumores cerebrais, traumatismos, febre tifoide ou sem qualquer relação com outras patologias médicas.

Still descreveu o comportamento de crianças que era dirigido por uma “excessiva paixão” que foi interpretado como uma dificuldade em adiar a recompensa e não como uma afectividade aumentada. Descreveu também em muitos casos uma grande dificuldade na manutenção da atenção.

Contudo este conceito de defeito moral era muito inclusivo referindo comportamentos de crianças que deliberadamente mentiam ou magoavam outras, insensíveis ao castigo.

As crianças descritas por Still e incluídas neste conceito não apresentam consistência diagnóstica com o conceito mais recente da perturbação de hiperactividade e défice de atenção.

### Perturbação do comportamento pós-encefalítico

A associação de lesão cerebral difusa precoce a alteração do comportamento e alterações de aprendizagem, como anoxia perinatal, foi posteriormente reforçada com o surgimento de

modificações do comportamento de crianças com funcionamento adequado que, após uma epidemia de encefalite entre 1917 e 1928, desenvolveram alterações de comportamento. Estas alterações eram caracterizadas por alteração na personalidade, alterações do sono, depressão. Algumas destas crianças vieram a tornar-se distrácteis, hiperactivas, apresentando nalguns casos sintomas consistentes com PHDA.

### Doença hipercinética da infância

Em 1932 os médicos alemães Kramer e Pollnow fazem pela primeira vez a descrição desta patologia como entidade independente, salientando que os sintomas já tinham sido descritos por vários autores sem, no entanto, terem sido considerados como uma entidade nosológica.

Esta descrição tem vários dos critérios diagnósticos hoje utilizados para a PHDA.

As crianças descritas são caracterizadas como tendo uma forte actividade motora sem propósito definido utilizando objectos, tocando-os de forma não relacionada com a sua função ou propósito (ex: arrastar cadeiras, subir para cima de móveis, etc). Esta actividade é explicada pela estimulação provocada por estes objectos. É também descrita a incapacidade de terminar tarefas ou concentrar em tarefas mais complexas assim como a instabilidade de humor com episódios de raiva e tendência para agressividade ou choro por motivos menores.

### DSM II

#### Reacção hipercinética da infância.

Foi incorporada no DSM em 1968 e definida como:

*“The disorder is characterized by overactivity, restlessness, distractibility, and short attention span, especially in young children; the behavior usually diminishes by adolescence”*

### DSM III

#### ADD - Attention Deficit Disorder - with or without hyperactivity

Na década de 70 atribuiu-se maior importância ao défice de atenção mantida e impulsividade face à hiperactividade.

Surgiu a perturbação de défice de atenção com ou sem hiperactividade.

Foram introduzidos três tipos de sintomas a ter em conta no diagnóstico com listas e um número “cutoff” para cada tipo assim como critérios de idade, duração de sintomas e exclusão de outras patologias.

### DSM III - R

#### Attention deficit hyperactivity disorder

Devido à forte discussão existente em torno do conceito hiperactividade e se seriam ou não diferentes foram removidos os subtipos “com ou sem hiperactividade”.

Os sintomas de hiperactividade, impulsividade e inatenção foram combinados numa única lista de sintomas com um único “cutoff”.

### DSM IV e DSM IV TR

#### Attention Deficit Hyperactivity

Volta a criar subtipos.

Divide em 3 subtipos, inatento, hiperactivo-impulsivo e misto.

### DSM V

Mantém os 18 sintomas divididos em dois domínios - inatenção e hiperactividade/impulsividade. Pelo menos seis são exigidos num domínio para o diagnóstico.

Principais alterações face ao DSM IV idade a a partir da qual têm que estar presentes os sintomas passou de 7 para 12 anos.

Permite o diagnóstico de autismo comórbido.

Permite o diagnóstico em adultos exigindo apenas 5 sintomas em vez de seis.

Pertence actualmente ao capítulo das doenças do neurodesenvolvimento.

### **Perspectivas futuras**

#### **Marcadores biológicos e relação com doença afectiva**

É longa a discussão em relação à caracterização da doença e, ainda hoje, existe alguma discussão em torno da validade clínica apesar de bem estabelecidos critérios diagnósticos. No entanto o desejo de encontrar marcadores biológicos com utilidade diagnóstica e/ou prognóstica permanece um objectivo por muitos desejado.

Por outro lado um dos aspectos mais controversos em relação à PHDA é a sua relação com a doença afectiva bipolar (DB). À medida que o espectro da doença bipolar tem vindo a ser alargado o debate tem ganho maiores proporções.

No continuum do espectro bipolar os temperamentos correspondem segundo alguns autores a manifestações subsindromáticas da doença.

Saliento aqui dois trabalhos publicados no último ano que reflectem a tendência atrás referida não só pela sua metodologia mas também implicações prognósticas.

Alguns dos sintomas da PHDA como irritabilidade, mudanças de humor frequentes, dificuldades na regulação do comportamento em resposta a activação emocional são também característicos do temperamento ciclotímico.

O grupo de Landaas e colaboradores avaliou através da subescala de ciclotimia da escala de temperamentos TEMPS- A a pontuação de uma

população de adultos com PHDA e comparação com controlo. O resultado foi expressivo ficando 71% dos doente com PHDA versus 13% dos controlos classificados como tendo temperamento ciclotímico.

Nos doentes com PHDA os “ciclotímicos” associaram-se a maior número de sintomas, menos sucesso escolar e profissional assim como maior comorbilidade psiquiátrica incluindo doença bipolar. De salientar ainda que entre estes o rastreio aplicado com questionário para doenças do humor (MDQ) foi positivo o que mais uma vez levanta a questão comorbilidade vs espectro de uma mesma patologia.

Karalunas e colaboradores, através de um modelo complexo de dimensões comportamentais, algoritmos de classificação e múltiplos validadores externos (conectividade neuronal, parâmetros fisiológicos de sistema nervoso autónomo) concluíram pela existência de 3 tipos de PHDA que classificaram como :

Tipo 1 caracterizados por ter menos impulsividade, inibição e descontrolo atencional quando comparados com os outros dois subtipos.

Tipo 2 menos envergonhados, mais assertivos/ dominantes e elevada intensidade de busca de prazer.

Tipo 3 que para além de maiores níveis de raiva, desconforto, medo tristeza estando este grupo relacionado também com menor actividade parassimpática assim como conectividade atípica entre a amígdala e lobo da ínsula.

Extremamente promissor foi o facto de estes subtipos terem elevado poder preditivo da evolução clínica ao fim de um ano.

### **Conclusão**

A perturbação hoje classificada como perturbação de hiperactividade e défice de

atenção vem sendo na literatura há cerca de dois séculos.

O conceito, apesar das evoluções que foi sofrendo ao longo do tempo mantém como critérios principais alterações neurocomportamentais. A dificuldade em encontrar marcadores neurobiológicos tem

contribuído para manter acesa a discussão da validade diagnóstica assim como a sua independência em relação a outras patologias nomeadamente a patologia afectiva.

Estudos recentes relacionando temperamentos com subtipos de PHDA e validade prognóstica são muito promissores.

---

## Bibliografia

1. Klaus W. Lange; Susanne Reichl; Katharina M. Lange (2010)  
The history of attention deficit hyperactivity disorder  
ADHD Atten Hyp Disord 2:241-255
2. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV), 4th edn Text revision. American Psychiatric Association, Washington DC
3. Nanda Rommelse; Patrick de Zeeuw Neurobiological measures to classify ADHD: a critical appraisal. *European Child Adolesc Psychiatry* (2014) 23:243-246
4. E.T. Landaas, The impact of Cyclothymic temperament in adult ADHD. *Journal of Affective disorders*, vol 142, issues 1-3, December 2012, page 241-247
5. Karalunas, Sarah et al (2014), Subtyping Attention-Deficit/Hyperactivity disorder using temperament Dimensions, *JAMA Psychiatry*, online. July 09, 2014