



## Distúrbio de Défice de Atenção e Hiperatividade em Crianças e Adultos Jovens

### Introdução

#### 1. Condição Médica

DDAH (Distúrbio de Défice de Atenção e Hiperatividade) é o distúrbio neuro-comportamental mais comum na infância e está entre as doenças crónicas mais prevalentes que afectam crianças em idade escolar. Os principais sintomas da DDAH incluem desatenção, hiperatividade e impulsividade. As crianças com DDAH podem experimentar problemas funcionais significativos que se podem manter quando entram na adolescência e na vida adulta. Algum comprometimento derivado destes sintomas está presente em uma ou mais situações (ex.: na escola, no desporto, em casa). Literatura recente sugere que a DDAH pode ser diagnosticada, ou estar presente pela primeira vez, em adultos jovens.

#### 2. Diagnóstico

##### A. História Médica

O diagnóstico da DDAH é essencialmente clínico, muitas vezes iniciado pelos pais, professores ou outros adultos significativamente presentes na vida da criança, como técnicos e treinadores que lidam regularmente com os jovens. Estas suspeitas precoces devem, no entanto, ser estabelecidas e confirmadas por médicos experientes, na maior parte do mundo estes profissionais incluem pediatras, psiquiatras infantis ou psicólogos clínicos. É sempre necessário um registo do início dos sintomas e a DSM-IV ou CID-10, descritas na secção seguinte, devem ser levadas em conta.

##### B. Critérios de Diagnóstico

Os critérios de diagnóstico devem estar de acordo com a DSM-IV (ver referências). A Escala de Connor também demonstrou utilidade ao correlacionar a psicopatologia em crianças com DDAH. (Ref. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 42(2):193200, February 2003.) A SNAP (Cronograma de personalidade não adaptativa e adaptativa) ou outras ferramentas baseadas na DSM-IV podem também ser usadas como escalas de avaliação. (REF) Pesquisas recentes indicam que o diagnóstico objectivo por PET (Tomografia por emissão de positrões) ou por SPECT (Tomografia computadorizada por emissão de fotão único) poderão ser úteis no diagnóstico num futuro próximo mas não estão a ser utilizadas actualmente para diagnosticar a DDAH. Quando a DDAH aparece, pela primeira vez num adulto jovem, a confirmação do diagnóstico exige uma segunda opinião por um especialista.

##### C. Informação médica relevante

Ver acima.

#### 3. Boas Práticas Médicas

##### A. Denominação das substâncias proibidas

Estimulantes formam a base do tratamento da DDAH e podem incluir metilfenidato de curta, média e longa duração ou dextroanfetamina.

##### B. Vias de Administração

Oral

C. Frequência

**Compostos do Metilfenidato**

Duração	Intervalo de Dose	Nome Genérico	Exemplos de Nomes Comerciais comuns	Dose máxima no Adulto
Curta duração	5-25 mg 2Xs/dia -3Xs/dia	Metilfenidato	Ritalina	100 mg/dia
Média duração	20-70 mg/dia	Metilfenidato (Libertação prolongada)	Ritalina LA	100 mg/dia
Longa duração	18-72 mg/dia	Metilfenidato (Libertação prolongada)	Concerta	108 mg/dia
	10-80 mg/dia	Metilfenidato de longa duração	*Biphentin	80 mg/dia (60 mg/dia na criança)

\*Disponível em poucos países

**Compostos da Anfetamina**

Duração	Intervalo de Dose	Nome Genérico	Exemplos de Nomes Comerciais comuns	Dose máxima no Adulto
Curta duração	10-30mg/dia	Dextroanfetamina	[o mesmo]	50mg/dia
Média duração	10-15mg/dia	Dextroanfetamina Spansules	[o mesmo]	50mg/dia
Longa duração	Criança: 5-30mg/dia; Adolescente (< 75 kg): 10-40mg/dia; Adulto: 20-60mg/dia	Anfetamina/dextroanfeta- mina (Libertação prolongada)	Adderall XR*	60mg/dia
	20-60mg/dia	Lisdexanfetamina	Venvance	70mg/dia

\*Disponível em poucos países

D. Duração do Tratamento recomendada

O tratamento da DDAH é um tratamento a longo prazo (possivelmente durante anos). Avaliações regulares intermitentes a cada 3 a 4 meses são úteis durante o período inicial de estabilização da medicação. É altamente recomendável, para qualquer atleta, em tratamento continuado com metilfenidato ou dextroanfetamina, ser alvo de uma revisão anual por um médico especialista na gestão de DDAH (ver acima).

**4. Outros tratamentos alternativos permitidos**

A atomoxetina tem sido identificada como um tratamento alternativo não-proibido para alguns pacientes com DDAH. Este medicamento é menos eficaz do que a medicação estimulante e tem um perfil de efeitos secundários diferente, que inclui sonolência, efeitos indesejáveis a nível sexual e, ocasionalmente, complicações hepáticas. Além disso, este medicamento não está disponível em todos os países. Neste ponto, atomoxetina é considerada um tratamento de segunda linha para a DDAH, devido à sua baixa eficácia e perfil de efeitos secundários. A atomoxetina não deve ser considerada como tratamento de primeira linha. Como a atomoxetina é considerada um tratamento de segunda linha, não há necessidade de demonstrar um ensaio falhado desta medicação antes da aceitação do metilfenidato ou anfetamina para aprovação de uma Autorização de Utilização Terapêutica (AUT). Por outro lado, para além de algumas técnicas de modificação do comportamento, tratamentos com substâncias não proibidas mostraram ser ineficazes.

## **5. Consequências para a saúde em caso de adiamento do tratamento**

Se não for tratado, o DDAH é amplamente reconhecido como tendo efeitos negativos sobre a qualidade de vida e desenvolvimento psicossocial do doente. Condições psiquiátricas de co-morbilidade podem manifestar-se se a DDAH é deixada sem tratamento.

## **6. Monitorização do Tratamento**

Medidas de adesão ao tratamento, juntamente com os resultados devem ser realizadas a cada 3 a 4 meses por um médico experiente em estadios iniciais de tratamento até ser encontrada uma dose estável. Evidência de revisões anuais do tratamento pelo médico deve acompanhar o requerimento AUT.

## **7. Validade da AUT e processo de revisão recomendado**

A duração recomendada de uma AUT para o DDAH é de 4 anos com uma revisão anual feita por um médico especialista.

## **8. Medidas de Precaução Apropriadas**

Os atletas são incentivados a seguir o plano de tratamento prescrito pelo médico evitando um auto-ajuste da medicação. Não há nenhuma exigência de cessar o tratamento durante o período de competição.

## **9. Referências**

1. B.Corrigan Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Sport: a review In Int.J.Sports Med 2003; 24: 535 – 540.
2. G.Hickey, P.Fricker Attention Deficit Hyperactivity Disorder, CNS Stimulants and Sport, In Sports Med 1999, Jan 27(1): 11-21.
3. Treatment of the School-Aged Child With AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder by the Committee of Quality Improvement, Subcommittee on ADHD of the American Academy of Pediatrics in Pediatrics Vol.108 No.4 October 2001, 1033-1044.
4. Treatment of the School-Aged Child With AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder by the Committee of Quality Improvement, Subcommittee on ADHD of the American Academy of Pediatrics in Pediatrics Vol.108 No.4 October 2001, 1033-1044.
5. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 42(2):193-200, February 2003. Connor, Daniel F. M.D.; Edwards, Gwenyth PH.D.; Fletcher, Kenneth E. PH.D.; Baird, Janette M.A.; Barkley, Russell A. PH.D.; Steingard, Ronald J. M.D.
6. CADDRA Practice Guidelines – 2008 (Canadian Attention Deficit Disorder Research Association).
7. Greenhill, L. Hechtman L. 2009. Attention Deficit Hyperactive Disorder, in Sadock, BJ, Sadock VA, Ruiz P editors, Comprehensive Textbook of Psychiatry,Ninth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Chapter 42.1, p. 3560-3572.
8. McGough L. James.2009. Adult Manifestation of Attention Deficit Hyperactive Children, in Sadock, BJ, Sadock VA, Ruiz P editors,Comprehensive Textbook of Psychiatry, Ninth Edition, Lippincott Williams &Wilkins, Chapter 42.2, p. 3572-3580.
9. American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR, 4th ed. Washington(DC): American Psychiatric Association, 2000; p. 538-95.
10. Pliszka S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. AACAP Work Group on Quality Issues.