

TDAH EM PRÉ-ESCOLARES

Resumo

O TDAH (*Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade*) é um transtorno extremamente bem pesquisado e com validade superior a da maioria dos transtornos mentais e superior inclusive a de muitas condições médicas (AMA Council for Scientific Affairs, 1998). Segundo Thomas Insel, diretor do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) norte-americano, os sintomas e transtornos psiquiátricos “começam cedo na vida e são crônicos”. Evidências crescentes nos mostram que crianças em idade pré-escolar (entre 3 e 6 anos de idade) podem apresentar graves problemas de saúde mental, interferindo no seu desenvolvimento emocional. Dentre os transtornos psiquiátricos identificados na pré-escola, o Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) e o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) são os mais estudados.

Os estudos sugerem que o diagnóstico psiquiátrico na pré-escola persiste na idade escolar e, portanto, justifica a necessidade da intervenção precoce. A persistência do diagnóstico foi relacionada a uma série de fatores, incluindo baixa coesão familiar, status sócio-econômico e eventos negativos de vida

Palavras-Chave: Pré Escolar, TDAH, diagnóstico, tratamento

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico crônico caracterizado pela tríade: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Dentre os transtornos psiquiátricos, o TDAH é o mais diagnosticado e tratado na infância e adolescência¹.

O TDAH atinge 3 a 7% da população. Em uma recente revisão sistemática, com estudos de prevalência em todo o mundo, Polanczyk² et al. encontraram uma estimativa de prevalência de 5,29% entre indivíduos menores de 18 anos de idade.

Evidências crescentes nos mostram que crianças em idade pré-escolar (entre 3 e 6 anos de idade) podem apresentar graves

problemas de saúde mental, interferindo no seu desenvolvimento emocional^{4,5&6}.

Estimativas sugerem que 10 a 15% das crianças menores de 6 anos sofra de algum problema emocional ou comportamental³. Estudo recente (Wichstron, et al. 2011), desenvolvido na Noruega com 1250 crianças entre 2 e 5 anos demonstrou um número de transtornos psiquiátricos nesta população de 7,2%⁴.

Dentre os transtornos psiquiátricos identificados na pré-escola, o Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) e o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) são os mais estudados⁶.

Em um estudo recente desenvolvido na cidade de Trondheim na Noruega utilizando mesma entrevista estruturada utilizada nos EUA pelo grupo da Universidade de DUKE (Carolina do Norte), o PAPA (the Preschool Age Psychiatric Assessment), demonstrou um número bem semelhante aos EUA⁴.

7,2% foi o número encontrado na Noruega de Transtornos Psiquiátricos em Pré-Escolares, sendo o transtorno mais comuns o TDAH, 1,9% da população avaliada.

Neste estudo também foi evidenciado a predominância do TDAH na população de meninos, enquanto nas meninas a Depressão foi a psicopatologia mais encontrada.

Os estudos Americanos e Europeus sugerem que o diagnóstico psiquiátrico na pré-escola persiste na idade escolar e, portanto, justifica a necessidade da intervenção precoce^{4&7}. A persistência do diagnóstico foi relacionada a uma série de fatores, incluindo baixa coesão familiar, status sócio-econômico e eventos negativos de vida⁸.

TDAH na Pré-Escola

A validade do diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) na pré-escola já é bem estabelecida. O início do quadro geralmente ocorre entre os 2 e 4 anos de idade, já com comprometimento significativo³.

O transtorno nesse período é caracterizado por problemas com-



GABRIELA DIAS

Mestre em Psiquiatria UFRJ, Coordenadora do Ambulatório de Pré-escolar e Psiquiatria do Setor de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Serviço de Psiquiatria do Hospital Geral Santa Casa da Misericórdia

portamentais e no desenvolvimento cognitivo. Frequentemente essas crianças apresentam dificuldade em completar tarefas diárias, redução e/ou agitação do sono, curiosidade excessiva, dificuldades familiares (por exemplo em obter e manter babás), brincadeiras muitas vezes destrutivas, exigindo a atenção constante dos pais, atraso no desenvolvimento motor e/ou da linguagem, birras excessivas (cada vez mais graves e frequentes), e baixos níveis de obediência (especialmente em meninos)⁹.

Segundo publicação de Lahey e colaboradores¹⁰, os sintomas de TDAH na pré-escola são estáveis, crônicos e **predictivos** de dificuldades comportamentais ao longo da vida, o que confirma a importância do diagnóstico e da intervenção precoce.

Prevalência

Estudos epidemiológicos identificam o TDAH entre 1,8% e 5,2% na população pré-escolar¹¹. Em um estudo de prevalência dos distúrbios psiquiátricos em uma clínica pediátrica, Angold e colaboradores¹² encontraram 5,1% de crianças entre 2 e 5 anos preenchendo critérios para o diagnóstico de TDAH, sendo o subtipo hiperativo-impulsivo o mais comum (2,9%), seguido do combinado (2,1%). O subtipo desatento foi o menos encontrado (0,1%) nesse grupo. Em uma amostra clínica referida, Wilens e colaboradores encontraram a prevalência de 86% de TDAH na pré-escola¹¹.

Em 2011 foi publicado o estudo feito na Noruega durante quatro anos, com 1250 crianças que nasceram entre 2003 e 2004 na cidade de Trondheim. Utilizou-se o PAPA, mesmo instrumento utilizado nos EUA. Seus resultados foram TDAH 1,9%, TOD 1,8%, Transtorno de Conduta 0,7%, Transtorno de Ansiedade 1,5% e Depressão 1,8%. As comorbidades foram muito comuns. A prevalência foi um pouco abaixo da dos EUA, mas a correspondência do TDAH e Depressão foram a mesma entre Noruega e EUA⁴.

Dificuldades no Diagnóstico

Desatenção, hiperatividade e impulsividade são comportamentos encontrados em grande parte de pré-escolares. Cerca de 40% das crianças com 4 anos tem problemas de atenção suficientes a ponto de ser motivo de preocupação para os pais e professores¹³.

As contínuas mudanças no comportamento, uma grande incidência de comportamentos Hiperativos/Impulsivos em crianças "normais" e o fato de que nessa fase, as crianças estão começando

a desenvolver a capacidade de: **manter a atenção em um foco e inibir impulsos** (desenvolvimento das Funções Executivas), configuram importantes dificuldades para se estabelecer o diagnóstico de TDAH⁴. Outra grande dificuldade é a ausência de critérios diagnósticos apropriados para esse grupo, uma vez que os critérios diagnósticos do DSM-IV foram desenvolvidos para crianças entre 6 e 12 anos de idade.

Comorbidade

A presença de comorbidade em pré-escolares é muito comum. Em estudo realizado por Angold e colaboradores⁵, citado anteriormente, 64% da amostra apresentava pelo menos mais um transtorno comórbido e nos estudos Noruegueses também foram altos 57%⁴. O transtorno de conduta e o transtorno de ansiedade generalizada foram os mais comuns nos dois estudos, aparecendo 35% da amostra americana e 28% na norueguesa; 6,8% apresentava transtorno opositivo desafiador nos EUA e na Noruega 1,8%; 5,2% depressão nos EUA e na Noruega 2,0%, 1% fobia social e 0,9% ansiedade de separação nos EUA e na Noruega 1,5%^{4&5}.

Semelhante ao observado por Angold, no Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS)¹⁴, 70% apresentava algum transtorno comórbido. O Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) foi o mais comum (52%), seguido pelos distúrbios da "comunicação" (24,7%), e os Transtorno de ansiedade (14,5%). O estudo noruegues demonstrou também alta incidência de comorbidades.

Comprometimento

O *comprometimento* do TDAH no ambiente doméstico, na escola e nos relacionamentos sociais já é evidente durante o período pré-escolar.

Pré-escolares com TDAH são 8 vezes mais propensos a prejuízos do que crianças sem o transtorno. Embora todos os subtipos de TDAH estejam associados com comprometimento, há graus de diferença entre eles. As crianças com TDAH do tipo combinado são mais gravemente prejudicadas do que aquelas com o subtipo hiperativo-impulsivo. E crianças com TDAH comórbido com outros transtornos psiquiátricos são mais debilitadas do que aquelas com TDAH apenas¹⁵.

O comprometimento não ocorre em apenas uma área. Um estudo com 126 pré-escolares portadores de TDAH e 126 controles

ARTIGO //

por **GABRIELA DIAS**
e **FABIO BARBIRATO**

ARTIGO

pareados demonstrou que crianças com TDAH (todos os três subtipos) foram significativamente prejudicados em uma série de medidas obtidas a partir dos pais e professores²³. As crianças apresentavam prejuízo no funcionamento global, nas relações sociais, incluindo aquelas com os pares, e no funcionamento acadêmico.

Outro estudo¹⁶ também demonstrou prejuízo significativo no relacionamento familiar. Mais da metade dos pais de crianças com TDAH consideraram que o filho precisava de ajuda para controlar o comportamento, e uma proporção semelhante disse estar limitada na sua capacidade ou vontade de sair com a criança para uma loja ou um restaurante por causa da dificuldade da criança em se comportar adequadamente. Este mesmo estudo mostrou que pré-escolares com TDAH também são prejudicados na escola / creche. Mais de 40% já tinha sido suspenso da escola ou creche, em comparação com apenas 0,5% das crianças sem TDAH. Quase 16% haviam sido expulsos. Todos aqueles expulsos tinham comorbidades e o TDAH do tipo combinado.

Estes resultados destacam a necessidade crítica para avaliação e tratamento precoce, especialmente quando considerados à luz de estudos em crianças mais velhas, que sugerem que o início precoce do TDAH pode estar associado à pior evolução, incluindo maior déficit no aprendizado e Distúrbios da Linguagem²², aumento das taxas de comorbidade psiquiátrica ao longo da vida, levando a um maior comprometimento psicossocial e acadêmico¹⁷.

Tratamento

Devido ao aumento no uso de psicoestimulantes nos últimos anos em pré-escolares, foi realizado nos Estados Unidos um estudo *Multi modal*, chamado Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS)¹⁸. O objetivo deste trabalho foi verificar a eficácia e segurança do metilfenidato de curta ação e a eficácia e tolerabilidade do metilfenidato de longa ação em crianças diagnosticadas com TDAH entre 3 e 5 anos.

Os resultados do PATS demonstraram que o metilfenidato é seguro e eficaz em crianças de 3 a 5,5 anos de idade. Houve redução do comportamento hiperativo e impulsivo, porém o tamanho do efeito foi menor do que o demonstrado no MTA (estudo para avaliar o tratamento de TDAH em crianças na idade escolar)¹⁹.

Além do tratamento farmacológico, a orientação aos pais (e/ou cuidadores) é essencial. A abordagem comportamental é a mais utilizada, com técnicas diretas de treinamento direto para os pais aprenderem a lidar com os sintomas²⁰.

Em 2011 foi feito pela Academia Americana de Pediatria um guideline para diagnóstico e Tratamento do TDAH na Pré Escola. O objetivo foi demonstrar a importância do diagnóstico precoce e do tratamento nos primeiros seis meses após o diagnóstico deste grupo etário²¹.



Recadastramento

ATUALIZE SEU CADASTRO: A ABP QUER FALAR COM VOCÊ!

Modernizar e integrar estão nas premissas da ABP. Para tanto, desenvolveu um projeto de unificação para o recadastramento dos dados dos associados. Este processo se faz necessário para que possamos manter nossa comunicação em dia e, principalmente, informar a todos os avanços institucionais que temos prospectado.

Ainda, como objeto de facilitar o envio das nossas publicações diárias, o recadastramento tem a finalidade de esclarecer os assuntos em pauta do segmento. Estamos sempre alinhados à filosofia de disseminação dos acontecimentos mais importantes no mundo, com a veiculação do Jornal PH, Revista Debates em Psiquiatria (RDP) e Revista Brasileira de Psiquiatria (RBP Psychiatry), além de nossas newsletters e e-mail mkt.

A ABP também quer universalizar as informações sobre os novos projetos que estão sendo implantados e que precisam ser de conhecimento da comunidade associativa. Não fique de fora, atualize seu endereço, telefone e e-mail junto ao portal da ABP. Acesse: www.abp.org.br

ABP e Você: o compromisso com a informação



Referências

1. Goldman L, Genel M, Bezman R, Slanetz P. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactive disorder in children and adolescents. *JAMA* 1998; 279:1100-7.
2. Polanczyk G, Horta B, Lima M, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164:942-8.
3. Campbell S. Behavior problems in preschool children: a review of recent research. *J Child Psychol Psychiatry* 1995 36:113-149
4. Wichstrøm L. et al. *J Child Psychol Psychiatry*, 2011 Dec 29. doi: 10.1111/j. 1469-7610
5. Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry* 2006 47:313-337,
6. Luby J, Tandon M. Assessing the Preschool-Age Child. In Dulcan MK, *Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. American Psychiatric Publishing, 2009
7. Lavigne JV, Arend R, Rosenbaum D, et al: Psychiatric disorders with onset in the preschool years, I: stability of diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998 37:1246-1254
8. Lavigne JV, Arend R, Rosenbaum D, et al: Psychiatric disorders with onset in the preschool years, II: correlates and predictors of stable case status. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998 37:1255-1261
9. Greenhill LL. Diagnosing attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 (suppl 7):31-41
10. Lahey BB, Pelham WE, Loney J, et al. Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at 4-6 years of age. *Am J Psychiatry* 2004 161:2014-2020
11. Gadow KD, Sprafkin J, Nolan EE: DSM-IV symptoms in community and clinic preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001 40:1383-1392
12. Angold A, Egger H, Erkanli A, Keeler G. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in preschoolers attending a large pediatric service. Unpublished manuscript, 2005.
13. Wilens TE, Biederman J, Brown S, et cols: Patterns of psychopathology and dysfunction in clinically referred preschoolers. *J Dev Behav Pediatr* 2002 23:S31-S36
14. Posner K, Melvin GA, Murray D, et al. Clinical presentation of ADHD in preschool children: The Preschool ADHD Treatment Study (PATS). *J Child & Adol Psychopharm* 2007 7:547-562,
15. Egger HL, Keeler G, Angold A. Preschool ADHD in pediatric primary care. Unpublished manuscript, 2006
16. Egger, H. L., Erkanli, A., Keeler, G., Potts, E., Walter, B., & Angold, A. The test-retest reliability of the preschool age psychiatric assessment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2006
17. Willoughby, M. T., Curran, P. J., Costello, E. J., & Angold, A. (2000). Implications of early versus late onset of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000, 39, 1512-1519.
18. Mark A. Riddle. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2007 Nov, 17(5): 543-546. doi:10.1089/cap.2007.17501
19. Vitiello B, Abikoff HB, Chuang SZ, et al. Effectiveness of methylphenidate in the 10-month continuation phase of the Preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorders treatment study (PATS). *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007;17:593
20. Luby J, editor. *Handbook of Preschool Mental Health: Development Disorders and Treatment*. New York: Guilford Press; 2006.
21. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, et al. *Pediatrics*. 2011 Nov; 128(5):1007-
22. Bellani M., et al. Language Disturbances in ADHD, *Epidemiol Psychiatric Sci*. 2011 Dec; 20(4): 311-5