

IMPLICAÇÕES MÉDICO-LEGAIS DA PHDA

Lia Moreira¹; Fernando Almeida²; Zulmira Correia³

RESUMO

A Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) é uma das perturbações neuropsiquiátricas mais comuns da infância. É uma entidade clínica grave, de evolução crónica e com grande impacto social, familiar e educacional. Adultos com história progressiva de PHDA, nomeadamente quando concomitantemente padeceram de perturbação do comportamento da infância, apresentam taxas mais elevadas de comportamento anti-social e criminal, acidentes e lesões, gravidezes na adolescência, problemas laborais e conjugais. Crianças com PHDA e alterações de comportamento apresentam habitualmente pior evolução e prognóstico.

Os autores pretenderam estudar as alterações de comportamento num grupo de adolescentes com diagnóstico de PHDA e compará-lo a um grupo controlo, visando determinar o seu impacto na psicopatologia e eventual prognóstico. Seleccionaram um grupo de adolescentes entre os 12 e os 18 anos, que frequentava a consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência com diagnóstico Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. O grupo controlo foi seleccionado de uma Escola Secundária do Grande Porto, de acordo com os géneros e média etária da amostra clínica.

Obtivemos uma amostra de 48 adolescentes – 23 com PHDA e 25 do grupo controlo. Devido ao tamanho da amostra, utilizamos testes não paramétricos para a análise dos dados.

Palavras-Chave: PHDA, Comportamento, Implicações Médico-legais

ABSTRACT

Attention-deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common childhood neuropsychiatric conditions. It's a serious malady with chronic course and strong social, familial and educational impact. Adults with a previous history of ADHD have higher than expected rates of antisocial and criminal behaviour, injuries and accidents, teen pregnancies, employment and marital difficulties.

Children who present ADHD and behavior problems have a more serious course and prognostic.

The authors propose to study behaviour problems in one adolescent group with ADHD diagnosis, and compare them with a control group, in order to determine its contribution in the psychopathology and potential prognosis.

In fact, they have selected one group of adolescents between twelve and eighteen who attended regularly Child and Adolescence Psychiatry clinical sessions and who had been diagnosed with ADHD. The control group was chosen in a Secondary School from Porto according to the same genre and age group of the clinical sample.

We obtained a sample of 48 adolescents – 23 with ADHD and 25 of control group. Due to the size of the sample we used Non Parametric Tests to analyze data.

¹ Interna Complementar de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Centro Hospitalar do Porto.

² Psiquiatra. Responsável da Unidade de Psiquiatria e Psicologia Forense do Hospital Magalhães Lemos. Presidente do Conselho Científico e Professor dos cursos de Psicologia e de Criminologia do Instituto Superior da Maia.

³ Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e Adolescência, CHP.

Key-words: ADHD, behaviour, legal implications

INTRODUÇÃO

A evolução temporal na terminologia da PHDA, de reacção hiperactiva na infância no DSM-II para distúrbio de défice de atenção no DSM-III, até PHDA no DSM-III-R, DSM-IV e DSM-IV-TR, reflectem as modificações na conceptualização das características fundamentais da doença (Spetie L. & Arnold L. E., 2007).

A tríade sintomática – desatenção, impulsividade e hiperactividade – aplica-se a crianças e adultos, quando se apresenta de forma estável e crónica. A eventual redução dos sintomas com o avanço da idade poderá ser explicada pela aquisição de estratégias cognitivas que atenuem estas características (CID-10, 1993, Newton-Howes G., 2004).

Na população adulta, ao contrário da hiperactividade, a desatenção e a impulsividade parecem ser os marcadores mais estáveis da PHDA. Pouca concentração no trabalho – e mesmo durante actividades de lazer, distractibilidade e esquecimento sugerem desatenção, enquanto baixa tolerância à frustração, comportamentos intempestivos e impaciência excepcional sugerem impulsividade. Manifestações de hiperactividade como inquietação e agitação também podem estar presentes. Estas características podem levar a dificuldades na relação interpares, na manutenção de um registo laboral satisfatório e na satisfação da vida em geral (DSM-IV-TR, 2002).

ETIOLOGIA

Não existe etiologia única para a PHDA e a evidência é crescente para a hipótese multifactorial. De facto, todas as condições neuropsiquiátricas parecem ser resultado de uma complexa combinação de factores ambientais, genéticos e biológicos.

Mick e col.(2002) verificaram que, independentemente da presença de história parental de PHDA, a exposição a tabaco e álcool *in utero* é teratogénica para PHDA e, tal como o baixo peso ao nascer e prematuridade, aumenta em 2 a 3 vezes o risco de desenvolvimento da doença (cit. em Pliszka SR, 2004). A presença de PHDA parental aumenta o risco em oito vezes (Pliszka SR, 2004; Rube D. & Reddy D., 2005).

A PHDA é uma perturbação predisposta geneticamente que não segue os padrões de hereditariedade Mendelianos (Schachar R. & Tannock R., 2002). Estudos com famílias, gémeos e adoptados demonstraram que os genes desempenham um papel substancial na etiologia da PHDA, com elevadas taxas de hereditariedade (85-95%) (Lehn H, 2007). O desenvolvimento de estudos genéticos moleculares permitiu identificar polimorfismos relacionados com a patologia, em particular nos reguladores dopaminérgicos, uma vez que o desequilíbrio entre os sistemas de neurotransmissores dopaminérgicos e noradrenérgicos parece desempenhar um papel central na patofisiologia da PHDA (Pliszka SR, 2004; Spencer T, Biederman J, Willens T, Faraone S, 2002; Spetie L. & Arnold L. E., 2007). Dos genes estudados, 7 evidenciaram uma relação estatisticamente significativa com a PHDA (DiMaio S., Grizenko N., Joobar R., 2003; Faraone S. & Khan S., 2006; Li M., Sham PC., Owen MJ., He L., 2006) – os receptores dopaminérgicos D4 e D5; os genes dos transportadores da Dopamina e do 5-HT; o polimorfismo Taq1 da enzima Dopamina β Hidroxilase; o haplótipo G/A da variante genética HTR1B do gene do receptor serotoninérgico e o gene da Proteína 25 associada a sinaptossoma, do cromossoma 20.

Estudos neuropsicológicos têm implicado as regiões corticais frontais e suas conexões aos gânglios da base nos processos de função executiva, atenção e resposta inibitória. Estudos de neuroimagem têm consistentemente sugerido o envolvimento do córtex pré-frontal dorsal e os gânglios da base na patofisiologia da PHDA (Hunt R., 2006; Martinussen R, Hayden J, Hogg-Johnson S, Tannock R.,

2005; Slaats-Willemse D et al., 2005; Schulz KP et al., 2005; Tamm L, Menon V, Ringel J, Reiss AL., 2004).

Estudos recentes sugerem que, indivíduos com PHDA apresentam volumes cerebrais totais menores, volumes menores do córtex pré-frontal dorsolateral, dos núcleos caudados, palidum, corpo caloso e cerebelo, assim como perda da normal simetria na dimensão dos núcleos caudados (Durston S, et al., 2004; Yeo RA et al., 2003). Existe evidência que as diferenças volumétricas da substância branca cortical e do cerebelo são independentes da instituição da terapêutica (Amir Raz, 2004). Contudo, até à data os estudos existentes apresentam algumas limitações como escassez da amostra, critérios de selecção e de exclusão distintos (nomeadamente género, comorbilidades, terapêutica, complicações perinatais e subtipo) (Schachar R. & Tannock R., 2002).

É crescente a evidência do papel do córtex pré-frontal e regiões parietais inferiores, particularmente do hemisfério direito, na resposta inibitória. No que concerne à memória de trabalho (MW) e sua implicação na patofisiologia, os défices verificados nestes sujeitos comprometem as suas aquisições académicas, nomeadamente resolução de problemas aritméticos, compreensão de leitura e elaboração de um texto. Então, é possível que o fraco progresso académico nas crianças com PHDA possa ser resultado de défices na MW em vez de uma consequência directa de sintomas comportamentais de desatenção e/ou hiperactividade-impulsividade (Martinussen R. et al., 2005).

Por último, a utilização de áreas primitivas na execução de tarefas por indivíduos com PHDA – rede fronto-estriato-insular-talâmica – demonstra que, embora o cérebro tente compensar os seus défices, possivelmente resulta num processamento ineficaz (Slaats-Willemse D et al., 2005).

EPIDEMIOLOGIA

A PHDA é uma das patologias psiquiátricas mais comuns com início na infância. Estima-se uma prevalência mundial de 5 a 12%, de predominância masculina na ordem de 3:1 (Spetic L. & Arnold L. E., 2007). Estudos indicam que 50-80% das crianças com PHDA apresentam distúrbios comórbidos, como perturbação da conduta, de oposição, abuso de drogas/álcool, perturbação de ansiedade, perturbação de humor e dificuldades na aprendizagem (Pliszka SR, 2004; Schachar R. & Tannock R., 2002; Spetic L. & Arnold L. E., 2007). As raparigas apresentam mais frequentemente sintomas menos disruptivos, mais sintomas de desatenção e problemas de internalização como depressão e ansiedade, ao passo que os rapazes manifestam-se com sintomas mais disruptivos levando a maior referência clínica.

Os sintomas de hiperactividade tendem a decrescer com a idade. Estudos indicam que 35-80% dos casos diagnosticados persistem na adolescência e 49-66% terão sintomatologia significativa, ou preencherão os critérios diagnósticos na idade adulta (Barkley RA, Smith KM, Fischer M, Navia B., 2006).

EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO

O diagnóstico na idade adulta é habitualmente mais problemático, sobretudo num contexto forense, onde estamos perante um conjunto de condições potencialmente perturbadores e/ou comórbidos – como perturbações da personalidade e abuso de substâncias – que impedem o normal processo diagnóstico (Rasmussen K, Almvik R, Levander S., 2001).

Um estudo realizado por Jim Stevenson e Robert Goodman evidenciou a existência de uma continuidade no comportamento que conduz à associação entre o comportamento na idade pré-escolar (cerca dos 3 anos) e a criminalidade na idade adulta (Stevenson J. & Goodman. R., 2001). Comportamentos de externalização, como temperamento explosivo e dificuldades de auto-controlo, que

reflectem défices na auto-regulação emocional e nível de actividade parecem ser preditores precoces de um estilo de comportamento que se mantém até à idade adulta, mesmo após controlar situações externas adversas como depressão materna, desvantagem social e disfunção familiar.

A literatura sugere que a PHDA associada a PC é um distúrbio grave e persistente, onde o prognóstico é francamente pior comparativamente às crianças com apenas um diagnóstico. As crianças com duplo diagnóstico apresentam maior agressividade e delinquência, piores aquisições académicas, maior desajuste social e auto-estima inferior (Farrington DP, Loeber R, Van Kammer W, 2006; Pliszka SR, 2007; Sourander A et al., 2006; Whittinger NS et al., 2007). A baixa escolaridade prediz ofensas a propriedades, tráfico e violência. Analisando as escalas de avaliação aplicadas, os registos dos professores sobre os problemas da criança estão mais fortemente relacionados com a criminalidade futura do que os resultados obtidos pelos pais ou pela própria criança (Farrington DP et al., 2006).

Lahey e col., em 1999 defenderam que as vias para o desenvolvimento de um comportamento anti-social são influenciadas por uma constelação de características de temperamento desenvolvidas precocemente, que por sua vez afectam directamente o comportamento no futuro pela acção contínua de factores genéticos, ou indirectamente pela interacção gene-ambiente (cit. em Farrington DP et al., 2006).

Vários estudos assumem que aspectos específicos das relações familiares, a saúde mental dos pais e, particularmente, a criminalidade parental, contribuem para a criminalidade futura (Farrington DP, Loeber R, Van Kammer W, 2006).

IMPLICAÇÕES MÉDICO-LEGAIS

Apesar dos estudos evidenciarem elevadas taxas de comportamento anti-social na PHDA, há diferenças significativas relativamente à taxa de criminalidade (Mannuzza S, Klein R, Konig P, Giampino T, 1989; Satterfield JH et al., 2007; Satterfield & Schell, 1997; Sourander A et al., 2006). Mannuzza et al., em 1989, verificaram que jovens com PHDA eram mais vezes presos, cometiam mais felonias e eram mais vezes condenados e encarcerados pelos seus crimes (Mannuzza et al.). Anos mais tarde, os mesmos autores entrevistaram 98% dos sujeitos da amostra prévia e verificaram que os adultos com PHDA apresentavam mais frequentemente o diagnóstico de perturbação anti-social de personalidade (cit. em Satterfield JH et al., 2007).

Barkley e col., em 2004 concluíram que, jovens com PHDA estão em maior risco de encetar actividades anti-sociais e de apresentar maior número de detenções quando adulto jovens. Estes comportamentos parecem estar principalmente associados a posse, venda e uso de drogas ilícitas (cit. em Satterfield JH et al., 2007). Sourander et al. (2006), concluíram que rapazes com défice de atenção apresentam maior risco de comportamento criminal futuro e a hiperactividade na infância era um factor preditor independente de acidentes de tráfico. Contudo, a investigação também demonstrou que a PHDA na idade adulta não é por si só um factor contribuinte significativo do comportamento delinvente (Satterfield JH et al., 2007; Satterfield & Schell, 1997). A PHDA na infância representa um factor de risco para criminalidade futura, mas esta relação é mediada pela presença de agressividade com o início da adolescência, podendo conduzir ao desenvolvimento de Perturbação Anti-Social de Personalidade na idade adulta precoce (Goldstein S., 2003).

Durante a adolescência, estes jovens apresentam maior risco de conduzir um veículo antes de possuir a autorização legal para o fazer e têm mais penalizações, com suspensão da licença de condução. Nesta sub-população, problemas com comportamento anti-social são a norma e não a excepção (Collins P & White T, 2002).

Geralmente, as motivações e explicações para um determinado tipo de comportamento assumem um papel preponderante na fase de inquérito de um crime. A PHDA, combinado com outras variáveis pessoais e ecológicas, representa um factor de risco agravado para o comportamento criminal repetido. O diagnóstico precoce e tratamento destes jovens pode, a longo prazo, reduzir o número de contactos com o sistema judicial. A curto prazo, o tribunal poderá solicitar a colaboração de profissionais de saúde mental na presença de um indivíduo com sintomas de PHDA. Esta intervenção positiva poderá reduzir a população prisional e permitirá que os indivíduos recebam um tratamento ajustado e adequado, fechando assim o ciclo de criminalidade.

OBJECTIVOS

Os autores pretendem estudar as alterações de comportamento num grupo de adolescentes com diagnóstico de PHDA e compará-lo a um grupo controlo, visando determinar o seu impacto na psicopatologia e eventual prognóstico.

MATERIAL E MÉTODOS

Seleccionaram aleatoriamente um grupo de adolescentes entre os 12 e os 18 anos, que frequentavam a consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência com diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. O grupo controlo foi seleccionado de uma Escola Secundária do Grande Porto, emparelhado de acordo com os géneros e média etária da amostra clínica. Ao grupo de estudo foram aplicadas as Matrizes Progressivas de Raven⁴ e, após serem excluídos os indivíduos com um nível intelectual inferior à média, os sujeitos responderam ao questionário YSR (*Youth Self Report*). Paralelamente, os pais ou seus representantes legais responderam ao questionário CBCL (*Child Behavior Checklist*)⁵. Quando necessário, o entrevistador permitiu o esclarecimento de dúvidas. Outras informações foram recolhidas por revisão do processo clínico.

Os elementos da amostra assinaram o Consentimento Informado de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (Adoptada na 18ª Assembleia Geral da *World Medical Association* e rectificada pela última vez em Outubro de 2000, Helsínquia).

ANÁLISE DE DADOS

Cada grupo do estudo é constituído por menos de 30 sujeitos, pelo que utilizamos testes não paramétricos para a análise dos dados. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparar as duas amostras independentes, analisando os resultados de todas as escalas de ambos os questionários. Todos os testes foram realizados para um nível de confiança de 95%. Diferenças significativas foram observadas para p-valores inferiores a 5%.

Por fim comparamos a pontuação dos jovens com PHDA de acordo com a presença ou ausência de comorbilidade psiquiátrica.

⁴ As Matrizes Progressivas de Raven (1938) permitem avaliar a capacidade de um indivíduo compreender as figuras sem significado, perceber a relação que existe entre elas e captar a estrutura das figuras para completar cada sistema de relações, desenvolvendo um modelo sistemático de raciocínio.

⁵ A CBCL e a YSR são os instrumentos mais utilizados de descrição e caracterização dos comportamentos da criança, com base na percepção dos pais ou seus cuidadores e por auto-relato.

RESULTADOS

A nossa amostra é constituída por 48 adolescentes oriundos do distrito do Porto – 23 adolescentes com diagnóstico de PHDA e 25 adolescentes do grupo controlo, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos e nível intelectual médio ou superior.

A tabela 1 apresenta as características descritivas dos grupos que constituem a amostra. É constituída por 48 jovens com uma média etária de 15,31. 68,7% dos jovens são do sexo masculino. 65% da amostra frequenta o 3º ciclo de escolaridade [10º - 12º Ano], cursando o ano previsto ou com um ano de atraso de escolaridade. O grupo clínico encontra-se em consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência, em média, desde 2002.

Os questionários CBCL foram maioritariamente respondidos pela mãe (85%), sendo os restantes preenchidos pelo pai, um pela avó e dois por Psicólogos das instituições onde residiam os jovens.

Apenas 4 indivíduos apresentam comorbilidade psiquiátrica diagnosticada de acordo com os critérios DSM-IV-TR, associada a PHDA. Há dois sujeitos com mais que um diagnóstico comórbido. Os diagnósticos apresentados são 2 indivíduos com Perturbação Disruptiva de Comportamento, 1 indivíduo com Perturbações da Aprendizagem, 1 com Perturbação da Adaptação com Humor Depressivo e 1 com Perturbação da Eliminação – Encoprese. 1 sujeito da amostra apresenta história pessoal de abuso sexual. No que concerne à família, 26% apresenta história familiar de patologia psiquiátrica, sendo a maior referência a Perturbações de Humor ou de Ansiedade e Abuso de Substâncias. 40% dos jovens da nossa amostra são filhos únicos e 38% são os primogénitos.

A tabela 2 apresenta, dividida pelos dois grupos, a estatística descritiva da cotação nas escalas CBCL Total, Internalização e Externalização, bem como o número de indivíduos que nela pontuaram (total > 63 pontos). Mostra, igualmente, o número de sujeitos com comorbilidade psiquiátrica ou com história familiar que cotaram nesta escala.

Variável	Amostra Total	PHDA	CTRL
Amostra	48	23 (47.9%) ^a	25 (52.1%) ^a
Sexo	33♂; 15♀	20♂; 3♀	13♂; 12♀
Idade	15,31 (1,60) ^b	14,35 (1,43) ^b	16,20 (1,19) ^b
Escolaridade	9,81 (1,71) ^b	8,61 (1,67) ^b	10,62 (0,70) ^b
CBCL (mãe)	41	19	22
CBCL (outros)	7	4	3

Tabela 1 - Características descritivas da amostra.

a - percentagem da amostra; b - desvio padrão (DP); CTRL – grupo controlo; PB – Perturbação Bipolar; PHDA – Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção.

	CBCL TOTAL		CBCL INT		CBCL EXT	
	PHDA	CTRL	PHDA	CTRL	PHDA	CTRL
Cotação Média	61,13	51,52	62,35	57,08	60,35	48,72
Mediana	61,00	53,00	62	55	58	49
DP	12,80	10,50	8,64	10,54	9,66	8,02
Min	26	31	45	39	43	33
Max	77	71	78	74	79	67
Cotação Positiva (N)	11	3	10	9	8	1
História familiar	2	si	2	Si	2	Si
Comorbilidade	3	si	2	Si	1	Si

Tabela 2 – Estatística descritiva das escalas CBCL Total, Internalização e Externalização.

CTRL – grupo controlo; DP – Desvio Padrão; N – número de sujeitos; PHDA – Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção; si – sem informação.

Na escala CBCL Total, 23% (N=14) da nossa amostra cotou positivamente: 78% no grupo PHDA e 12% no grupo controlo. O grupo PHDA cotou no intervalo [26;77], com média de 61,13 (DP=12,80) e o grupo controlo pontuou no intervalo [31;71], com média 51,52 (DP=10,50). Nesta escala, a cotação média de cada grupo é abaixo do ponto de corte (> 63).

Dos jovens com história familiar de patologia psiquiátrica (N=6), dois (33%) pontuaram na escala CBCL. Dos jovens com comorbilidade psiquiátrica (N=4), três (75%) pontuam na CBCL, mas apenas um pontuou na escala de Externalização. No que concerne à escala de Internalização, 39,6% (N=19) da nossa amostra pontuou: 52,6% são do grupo PHDA e 47,4% do grupo controlo. Note-se o elevado número de indivíduos do grupo controlo que pontuaram nesta escala. Relativamente à escala de Externalização (EXT), apenas 18,75% (N=9) cotou positivamente: 89% (N=8) são do grupo PHDA.

	YSR TOTAL		YSR INT		YSR EXT	
	PHDA	CTRL	PHDA	CTRL	PHDA	CTRL
Cotação Média	52,74	45,76	53,43	51,56	55,74	46,26
Mediana	54	48	53	51	53	46
DP	8,51	5,86	10,09	7,70	10,70	5,26
Min	35	34	26	35	36	33
Max	73	56	71	66	85	59
Cotação Positiva (N)	3	0	2	1	5	0
História familiar	1	si	0	Si	2	Si
Comorbilidade	0	si	1	Si	1	Si

Tabela 3 – Estatística descritiva das escalas YSR Total, Internalização e Externalização.

CTRL – grupo controlo; DP – Desvio Padrão; N – número de sujeitos; PHDA – Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção; si – sem informação.

Na escala YSR Total, apenas 3 indivíduos com PHDA cotaram positivamente (6%). O grupo PHDA cotou no intervalo [35;73], com média de 52,74 (DP=8,51) e o grupo controlo pontuou no intervalo [34;56], com média 45,76 (DP=5,86). Nesta escala, a cotação média de cada grupo é abaixo do ponto de corte (> 63). Dos jovens com história familiar de patologia psiquiátrica (N=6), apenas um pontuou na escala YSR. Nenhum dos jovens com comorbilidade psiquiátrica pontuou. Igualmente, na escala de Internalização, apenas três sujeitos da nossa amostra pontuaram: 2 adolescentes com PHDA e 1 do grupo controlo. Relativamente à escala de Externalização (EXT), apenas 10,4 % cotou positivamente, exclusivamente do grupo PHDA.

A tabela 4 apresenta o número absoluto de sujeitos que pontuaram nas oito escalas de cada questionário.

Cotação positiva	CBCL ISOL	CBCL SOM	CBCL A/D	CBCL SOC	CBCL PENS	CBCL ATEN	CBCL DEL	CBCL AGR
PHDA	2	4	3	3	3	11	2	6
CTRL	2	1	1	1	0	1	0	0
YSR	ISOL	SOM	A/D	SOC	PENS	ATEN	DEL	AGR
PHDA	0	0	0	2	1	3	1	2
CTRL	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabela 4 – Número de sujeitos que pontuaram nas várias escalas: ISOL – Isolamento; SOM – Queixas Somáticas; A/D – Ansiedade/Depressão; SOC – Problemas Sociais; PENS – Problemas de Pensamento; ATEN – Problemas de Atenção; DEL – Comportamento Delincente; AGR – Comportamento Agressivo.

As tabelas 5 e 6 apresentam a comparação dos dois grupos da amostra. Verificamos existir diferenças estatisticamente significativas nas escalas CBCL Total, Externalização, Ansiedade/Depressão, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Delincente, Comportamento Agressivo; e nas escalas YSR Total, Externalização, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Delincente e Comportamento Agressivo.

	CBCL TOTAL	CBCL EXT	CBCL A/D	CBCL SOC	CBCL PENS	CBCL ATEN	CBCL DEL	CBCL AGR
Mann-Whitney U	128	104,5	192	118	118,5	61,5	133	113,5
Wilcoxon W	453	429,5	517	443	443,5	386,5	458	438,5
Z	-3,295	-3,783	-1,979	-3,533	-3,688	-4,692	-3,237	-3,601
Asymp. Sig.	0,001	0,000	0,048	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000

Tabela 5 – Teste de Mann-Whitney. Comparação do grupo PHDA com o grupo controlo nas escalas CBCL com significância estatística: EXT – Externalização; A/D – Ansiedade/Depressão; SOC – Problemas Sociais; PENS – Problemas de Pensamento; ATEN – Problemas de Atenção; DEL – Comportamento Delincente; AGR – Comportamento Agressivo

	YSR TOTAL	YSR EXT	YSR SOC	YSR PENS	YSR ATEN	YSR DEL	YSR AGR
Mann-Whitney U	137,5	109,5	129	187	153,5	162,5	126,5
Wilcoxon W	462,5	434,5	454	512	478,5	487,5	451,5
Z	-3,102	-3,688	-3,303	-2,172	-2,785	-2,668	-3,346
Asymp. Sig.	0,002	0,000	0,001	0,030	0,005	0,008	0,001

Tabela 6 – Teste de Mann-Whitney. Comparação do grupo PHDA com o grupo controle nas escalas YSR com significância estatística: EXT – Externalização; SOC – Problemas Sociais; PENS – Problemas de Pensamento; ATEN – Problemas de Atenção; DEL – Comportamento Delinquente; AGR – Comportamento Agressivo.

Por fim, a tabela 7 apresenta as características descritivas dos dois adolescentes com PHDA e Perturbação Disruptiva do Comportamento. São ambos do sexo masculino e têm 14 anos de idade. Na tabela destacamos os resultados positivos nas várias escalas de ambos os questionários. Note-se que, ambos os jovens pontuam em mais escalas CBCL, em comparação com seu auto-relato (YSR).

PHDA ALT COMP	SEXO	IDADE	ESC	ISOL	SOM	A/D	SOC	PENS	ATEN	DEL	AGR	TOTAL	INT	EXT
CBCL	M	14	9º	11	8	13	6	2	14	3	7	69	78	55
YSR				1	0	0	5	0	8	3	6	43	26	48
CBCL	M	14	6º	4	2	5	8	2	9	6	22	67	60	70
YSR				2	0	6	6	2	15	5	28	63	48	74

Tabela 7 – Características descritivas de dois adolescentes com PHDA e Perturbação Disruptiva do Comportamento. ALT COMP – Alterações do comportamento; ESC – escolaridade; ISOL – Isolamento; SOM – Queixas Somáticas; A/D – Ansiedade/Depressão; SOC – Problemas Sociais; PENS – Problemas de Pensamento; ATEN – Problemas de Atenção; DEL – Comportamento Delinquente; AGR – Comportamento Agressivo; INT – Internalização; EXT – Externalização.

DISCUSSÃO

De acordo com a literatura, a nossa amostra é constituída majoritariamente por rapazes – pela maior prevalência da PHDA no sexo masculino e pela sua maior referência a cuidados de saúde especializados – dado o quadro clínico apresentar-se, habitualmente, com características mais externalizadoras, comparativamente ao sexo feminino. Nesta amostra, o grupo de jovens com PHDA apresenta uma proporção de rapazes na ordem de 6:1, valor superior ao descrito na literatura, que é da ordem de 3:1.

Apenas 21,6% da nossa amostra apresenta comorbidade psiquiátrica clinicamente diagnosticada, contra o descrito na literatura (50 a 80%). No entanto, e de acordo com a literatura, verifica-se um predomínio de comportamentos externalizadores.

Neste estudo, apenas 23% da amostra pontuou no questionário CBCL (avaliado pela escala CBCL Total) e 6% no questionário YSR (avaliado pela escala YSR Total). Pese o número reduzido de

jovens a pontuar, note-se que em valores absolutos são evidentes a diferença numérica da pontuação nas escalas CBCL Total, Externalização e YSR Externalização. De facto e de acordo com a literatura, os adolescentes com PHDA apresentam problemas de comportamento mais acentuados que os jovens da população geral para o mesmo género e faixa etária. Comparando os resultados dos dois questionários, constatamos resultados discrepantes entre o relato dos pais e do jovem. Em todas as escalas e, em particular, nas escalas Total, Internalização e Problemas de Atenção, um número significativo de pais pontuaram na CBCL, em contraste com a reduzida percentagem de jovens. Estes resultados corroboram a literatura na medida em que, habitualmente, as crianças mais pequenas não têm consciência crítica dos seus sintomas, ao passo que, crianças mais velhas e adolescentes, apesar de os reconhecerem, minimizam a sua importância ⁽³³⁾. Por outro lado, os pais, pela sua experiência de vida e capacidades discriminativa e comparativa, poderão reconhecer mais facilmente alterações no comportamento dos seus filhos.

Por fim, um especial enfoque aos dois adolescentes com PHDA e PDC dado o seu reconhecido impacto na evolução e prognóstico da PHDA. Ambos pontuaram no questionário CBCL, mas apenas um na escala CBCL Externalização. Pese não pontuar na escala YSR Total, o mesmo jovem pontua igualmente na YSR Externalização. O predomínio de um padrão de comportamento eminentemente externalizador poderá ser um factor de mau prognóstico neste adolescente.

Pela percepção dos pais, e apesar do diagnóstico clínico de PDC, o outro adolescente não pontua em qualquer escala de externalização, cotando em diversas escalas de padrão predominantemente internalizador. Este adolescente pontua nas escalas CBCL Internalização, Ansiedade/Depressão, Isolamento, Queixas Somáticas e Problemas de Atenção. No entanto, estes resultados não têm tradução nas escalas similares do YSR. O padrão encontrado poderá traduzir características de personalidade potencialmente protectoras de comportamentos de risco futuros ou a base de uma patologia comórbida com sintomatologia afectiva, ainda não diagnosticada.

Dado o número reduzido da amostra não nos é possível retirar qualquer elação. Contudo, poderão ser o ponto de partida para futuras investigações.

CONCLUSÕES

Este estudo permitiu concluir que os adolescentes com PHDA apresentam significativamente mais problemas de comportamento que os jovens da população geral. Tanto o autorelato dos jovens como o questionário dos pais podem contribuir para a avaliação clínica e possível prevenção de problemas de comportamento. No grupo PHDA, verificamos diferenças sistemáticas no número de indivíduos a pontuar nas várias escalas, com valores sempre superiores nas escalas CBCL. As discrepâncias encontradas podem traduzir a dificuldade destes jovens no reconhecimento dos seus comportamentos ou sua desvalorização.

Apesar do reduzido número de jovens com comorbidade psiquiátrica, em particular com Perturbação Disruptiva do Comportamento, foi possível constatar o impacto da sua presença na apresentação do quadro clínico. 75% dos jovens da amostra com comorbidade pontuaram no questionário CBCL (avaliado pela escala CBCL Total), o que reforça a hipótese do seu contributo no agravamento da sintomatologia apresentada, facilitando o reconhecimento por parte dos pais e/ou seus conviventes.

Os resultados deste estudo poderão ser ponto de partida para futuras investigações, na medida em que parecem esboçar um padrão distinto de resultados entre os grupos clínicos. Desenvolvendo e

ampliando a amostra poderão ser encontrados resultados mais específicos, contribuindo para o diagnóstico diferencial e assim melhorar a evolução e prognóstico destes jovens.

LIMITAÇÕES

A principal limitação deste estudo é o número da amostra. Os resultados encontrados, ora positivos ora negativos, podem estar associados a limitações do estudo como escassez da amostra e viés de selecção, na medida em que, pelo facto da amostra ser recolhida em consulta de Psiquiatria pode, potencialmente seleccionar os jovens que apresentam mais comorbilidade psiquiátrica e maior gravidade do quadro clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amir Raz. (2004). Brain Imaging Data of ADHD. *Psychiatric Times*, 11: 9.
2. Associação Americana de Psiquiatria. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*; DSM-IV-TR; 4ª edição; Climepsi Editores; 86-93.
3. Barkley RA, Smith KM, Fischer M & Navia B. (2006) An examination of the behavioral and neuropsychological correlates of three ADHD candidate gene polymorphisms in hyperactive and normal children followed to adulthood. *Am J Med Genet Part B* 141B; 487-498.
4. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. (1993). Artes Médicas. Porto Alegre, 256-265.
5. Collins P & White T (2002) Forensic implications of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adulthood. *The Journal of Forensic Psychiatry*; 13:2; 263-284.
6. DiMaio S., Grizenko N. & Joober R. (2003) Dopamine genes and ADHD: a review. *J Psychiatry Neurosci*. 28:1; 27-38.
7. Durston S, Hulshoff Pol HE, Schnack HG, Buitelaar JK, Steenhuis MP, Minderaa RB, et al. (2004) Magnetic resonance imaging of boys with ADHD and their unaffected siblings. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 43:3; 332-40.
8. Faraone S. & Khan S. (2006) Candidate Gene Studies of ADHD. *J Clin Psychiatry*, 67: 8; 13-20.
9. Farrington DP, Loeber R & Van Kammer W (2006). Long-Term Criminal Outcomes of Hyperactive-Impulsive-Attention Deficit and Conduct Problems in Childhood. Straight and Deviant Pathways from Childhood to Adulthood. *Cambridge University Press*; 62-81.
10. Goldstein S. (2003). ADHD and Implications for the Criminal Justice System. Federal Bureau of Investigation US Government. <http://www.fbi.gov/publications/leb/1997/june973.htm>
11. Hunt R. (2006) The Neurobiology of ADHD. *Medscape Psychiatry & Mental Health*, 11:2.
12. Lehn H, Derks EM, Hudziak JJ, Heutink P, van Beijsterveldt TC & Boomsma DI. (2007) Attention problems and attention-deficit/hyperactivity disorder in discordant and concordant monozygotic twins: evidence of environmental mediators. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 46(1):83-91.
13. Li M., Sham PC., Owen MJ. & He L. (2006) Meta-analysis shows significant association between dopamine system genes and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Human Molecular Genetics*; 15:14; 2276-84.
14. Mannuzza S, Klein R, Konig P & Giampino T (1989) Hyperactive Boys Almost Grow Up Criminally And Its Relationship To Psychiatric Status. *Arch Gen Psychiatry*, 46; 1073-1079.
15. Martinussen R, Hayden J, Hogg-Johnson S & Tannock R. (2005) A Meta-analysis of Working Memory Impairments in Children with ADHD. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 44:4; 377-84.

16. Newton-Howes G. (2004) What Happens When Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Grow Up? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97, 531-535.
17. Pliszka SR (2004) *Neurociência para o Clínico de Saúde Mental*. Artmed Editora. Porto Alegre; 117-132.
18. Pliszka SR; AACAP Work Group on Quality Issues (2007) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 46:7; 894-918.
19. Rasmussen K, Almvik R & Levander S. (2001). Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Reading Disability and Personality Disorders in a Prison Population. *J. Am. Acad. Psychiatry Law*, 29; 186-193.
20. Rube D. & Reddy D. (2005) Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In W.M. Klykylo & J.L. Kay. (2nd ed.), *Clinical Child Psychiatry* (pp. 153-179). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
21. Satterfield JH, Faller KJ, Crinella FM, Schell AM, Swanson JM & Homer LD (2007). A 30-Year Prospective Follow-Up Study of Hyperactive Boys with Conduct Problems: Adult Criminality. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 46:5; 601-610.
22. Satterfield & Schell (1997). A Prospective Study of Hyperactive Boys with Conduct Problems and Normal Boys: Adolescent and Adult Criminality. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36:12, 1726-1735.
23. Schachar R. & Tannock R. (2002). Syndromes of Hyperactivity and Attention Deficit. In Michael Rutter & Eric Taylor (4th ed.), *Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 399-418). London: Blackwell Science.
24. Slaats-Willems D, Swaab-Barneveld H, De Sonneville L & Buitelaar J. (2005) Familial Clustering of executive functioning in affected sibling pair families with ADHD. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 44:4; 385-91.
25. Spencer T, Biederman J, Willens T & Faraone S (2002). Overview and neurobiology of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychiatry*. 63:12, 3-9.
26. Spetie L. & Arnold L. E. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In A. Martin & F. Volkmar (4th Edition). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (431-454). Connecticut: Lippincott Williams & Wilkins.
27. Schulz KP, Newcorn JH, Fan J, Tang CY & Halperin JM. (2005) Brain activation gradients in ventrolateral prefrontal cortex related to persistence of ADHD in adolescent boys. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 44:1; 47-54.
28. Sourander A, Elonheimo H, Niemela S, Nuutila AM, Helenius H, Sillanmaki L, et al (2006). Childhood Predictors of Male Criminality: A Prospective Population-Based Follow-Up Study from Age 8 to Late Adolescence. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 45:5; 578-586.
29. Stevenson J. & Goodman R. (2001). Association between Behaviour at Age 3 Years and Adult Criminality. *British Journal of Psychiatry*; 179, 197-202.
30. Tamm L, Menon V, Ringel J & Reiss AL. (2004) Event-related fMRI evidence of Frontotemporal involvement in aberrant response inhibition and task switching in ADHD. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 43:11; 1430-40.
31. Whittinger NS, Langley K, Fowler TA, Thomas HV & Thapar A. (2007). Clinical Precursors of Adolescent Conduct Disorder in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 46:2; 179-187.

32. Yeo RA, Hill DE, Campbell RA, Vigil J, Petropoulos H, Hart B, et al (2003) Proton Magnetic Resonance Spectroscopy Investigation of the right lobe in children with ADHD. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 42:3; 303-10.