

## **Perfil de idosos portadores de TDAH atendidos em ambulatórios de geriatria: relato de uma série de casos**

### **RESUMO**

O Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) refere-se a uma disfunção neurobiológica que compromete a atenção, tipicamente acompanhada de impulsividade e hiperatividade. Sua abordagem é feita, principalmente, em relação às crianças em idade escolar e adolescentes, existindo, atualmente, uma limitação na literatura acerca do tema na população geriátrica. Objetivo: O presente relato visou descrever o perfil de uma série de casos de idosos com TDAH atendidos em ambulatórios de geriatria, a fim de fornecer mais informações sobre a apresentação do TDAH nessa população. Metodologia: Através da observação de prontuários, da aplicação de um questionário, do Miniexame do Estado Mental e da ASRS-18, foi relatado o perfil de oito idosos diagnosticados com TDAH atendidos em ambulatórios de geriatria na cidade de Catanduva (SP) de janeiro a dezembro de 2020. Resultados: Foram descritas as características sociodemográficas dos pacientes e observou-se que a queixa inicial de todos eles estava relacionada à memória. Ademais, metade dos pacientes relatou ter um familiar (filho ou neto) com sintomas semelhantes e todos os pacientes pontuaram mais na parte da ASRS-18 associada a desatenção. Conclusão: Apesar de o tema apresentar literatura bastante escassa, em geral, as queixas dos pacientes se assemelham aos dados encontrados. Porém, ficou evidente a carência de métodos de *screening* específicos para idosos, já que a manifestação do TDAH tende a ser de forma diferente nesta população quando comparada às crianças e aos adultos jovens.

**Palavras-chave:** TDAH. Idosos. Geriatria.

### **1 INTRODUÇÃO**

Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) refere-se a uma disfunção neurobiológica que compromete a atenção, tipicamente acompanhada de impulsividade e hiperatividade<sup>1</sup>. Em uma meta-análise de 175 estudos realizados em países da Ásia, Europa e América do Norte, incluindo 1.023.071 crianças e adolescentes, em sua maior parte crianças em idade escolar, a prevalência estimada de indivíduos com TDAH foi de 7.2% (95%IC: 6.7–7.8%)<sup>2</sup>. No Brasil, estudos mostram que a prevalência de TDAH em escolares pode variar de 5,8 a 17,1%<sup>3,4</sup>, sendo uma das desordens neuropsiquiátricas mais comuns na infância. Das crianças afetadas, aproximadamente 50% continua manifestando o transtorno na vida adulta<sup>5</sup>.

Estima-se que cerca de 4.7% dos adultos americanos possuam TDAH, podendo sofrer com problemas na vida pessoal, acadêmica e profissional. Internacionalmente, a prevalência estimada é de 3.4%, sendo menor em países com menor renda<sup>6</sup>, o que pode estar associado a uma menor capacidade de diagnóstico por parte destes.

Na idade adulta, indivíduos com TDAH relatam dificuldades nos relacionamentos interpessoais, no desempenho profissional, na gestão das finanças, funções parentais e relacionamento conjugal<sup>7,8</sup>. Em um estudo realizado com adultos com TDAH e um grupo-controle composto por adultos sem o transtorno, grande parte dos adultos com TDAH apresentaram autorregulação emocional deficiente e menor qualidade de vida em comparação ao controle, além de maior frequência de acidentes de trânsito, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce<sup>9,10,11,12</sup>.

O diagnóstico do TDAH apoia-se em critérios da quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5)<sup>13</sup>, contextualizando os sintomas na história de vida do indivíduo. É baseado em sintomas de desatenção e/ou hiperatividade persistentes, que durem por pelo menos seis meses, em um grau inconsistente com o nível de desenvolvimento e impactem negativamente o funcionamento e a qualidade de vida do paciente. Para o diagnóstico, os sintomas não devem manifestar-se apenas durante o curso de outro transtorno psicótico, como a esquizofrenia e não podem ser melhor explicados por outro transtorno mental. O DSM-5 subdivide o TDAH em três tipos: *Apresentação combinada*, *Apresentação predominantemente desatenta* e *Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva*, dependendo de como os critérios *Desatenção* e *Hiperatividade e impulsividade* forem preenchidos<sup>13</sup>. A Adult Self-Report Scale (ASRS-18)<sup>14</sup> é uma escala desenvolvida para adaptar os sintomas listados no DMS-5 para o contexto da vida adulta, constituindo-se uma ferramenta amplamente utilizada na triagem de pacientes adultos com suspeita de TDAH.

Atualmente, existe uma limitação de publicações na literatura acerca da epidemiologia do TDAH na população geriátrica<sup>15,16,17,18</sup>. Um estudo do tipo caso-controle propôs que o consumo de álcool e o tabagismo é consideravelmente maior entre os avós de crianças com TDAH e sugeriu que os idosos portadores do transtorno são dificilmente diagnosticados pelo alto consumo de álcool e nicotina, que podem abrandar ou mascarar os sintomas. O mesmo estudo mostrou que há a possibilidade de realizar o rastreamento de idosos com TDAH a partir de seus descendentes e de seus próprios hábitos de etilismo e tabagismo<sup>16</sup>. Um outro estudo salientou a necessidade de reconhecer sintomas de TDAH na população geriátrica com queixas de dificuldades cognitivas a fim de realizar um diagnóstico diferencial de condições pré-demência e iniciar a terapêutica mais apropriada<sup>15</sup>. No caso dos pacientes geriátricos, o curso

da doença pode ainda ser afetado por outros transtornos cujas incidências tornam-se maiores com o envelhecimento e afetam a cognição, como depressão, os transtornos cognitivos, além do processo natural de envelhecimento<sup>16,19,20</sup>. O relato presente visa, portanto, descrever o perfil de uma série de casos de idosos acometidos pelo TDAH.

## **2 OBJETIVO**

Descrever o perfil de uma série de casos de idosos com TDAH atendidos em ambulatórios de geriatria na cidade de Catanduva (SP).

## **3 METODOLOGIA**

Através da observação de prontuários, foi relatado o perfil de oito idosos diagnosticados com TDAH atendidos em ambulatórios de geriatria na cidade de Catanduva (SP) de janeiro a dezembro de 2020. As informações que faltaram, foram obtidas através de nova entrevista com os pacientes mediante a autorização dos mesmos.

Foram incluídos todos os pacientes com TDAH segundo os critérios do DSM-5 que tivessem exames laboratoriais e de imagem básicos para o diagnóstico diferencial com síndrome de transtorno cognitivo maior (tomografia ou ressonância, hemograma, eletrólitos, TGO e TGP, ureia e creatinina, TSH, VDRL e B12).

Os testes aplicados foram o Miniexame do Estado Mental e o ASRS-18. Os pacientes foram submetidos a perguntas de subitens do questionário Instrumento de Avaliação da Saúde do Idoso<sup>21</sup> (idade, sexo, escolaridade, profissão, situação conjugal, consumo de álcool e tabaco, queixa inicial, comorbidades, medicamentos em uso, antecedentes familiares com sinais e sintomas semelhantes). Os dados mais relevantes serão apresentados em tabelas de autoria própria.

## **4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS GARANTIDOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA**

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos participantes da pesquisa, foi salientado que a identidade dos mesmos e a origem das informações não seriam divulgadas, não havendo prejuízo pessoal e profissional e também nenhuma despesa com a pesquisa. Além disso, foi deixado claro que os participantes teriam direito de abandonar a pesquisa caso não quisessem mais participar dela a qualquer momento e que os dados coletados seriam utilizados apenas nesta pesquisa e divulgados em eventos ou revistas científicas somente para fins de estudo.

## 5 RESULTADOS

Foram entrevistados 8 pacientes, sendo 1 do sexo masculino (12,50%) e 7 do sexo feminino (87,50%), com idades variando entre 66 e 81 anos (média de 74,87 anos). Destes, 6 negaram tabagismo (75%), 1 (12,50%) relatou tabagismo de 20 anos/maço e 1 (12,50%) relatou tabagismo de 10 anos/maço, atualmente cessado. Entre os 8 pacientes, 4 (50%) negaram etilismo, enquanto entre os outros 4 (50%) que confirmaram o hábito de ingerir bebidas alcoólicas, o consumo variou entre 2 a 4 doses semanais (média de 3 doses por semana). Quanto à profissão dos participantes da pesquisa, três eram trabalhadores rurais, um era professor, um era policial aposentado, uma era doméstica, uma farmacêutica e uma dona de casa. Das 7 mulheres, 4 relataram ser casadas e 3, viúvas, enquanto o paciente do sexo masculino encontrava-se namorando. A tabela 1 resume as características sociodemográficas dos pacientes atendidos.

**Tabela 1.** Dados sociodemográficos dos pacientes com TDAH atendidos em ambulatórios de geriatria entre janeiro e dezembro de 2020, em Catanduva, SP

	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Situação Conjugal</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Tabagismo</b>	<b>Etilismo</b>
<b>Paciente 1</b>	76	F	Viúva	4 anos	Rural	Nega	Nega
<b>Paciente 2</b>	74	F	Viúva	7 anos	Lavadora	Nega	Nega
<b>Paciente 3</b>	76	F	Viúva	Superior Completo	Professora	Nega	2 doses/sem
<b>Paciente 4</b>	80	F	Casada	6 anos	Rural	20 anos/maço	2 doses/sem
<b>Paciente 5</b>	74	M	Namorando	Superior Completo	Policial Aposentado	10 anos/maço	4 doses/sem
<b>Paciente 6</b>	72	F	Casada	4 anos	Doméstica	Nega	Nega
<b>Paciente 7</b>	66	F	Casada	Superior Completo	Farmacêutica	Nega	4 doses/sem
<b>Paciente 8</b>	81	F	Casada	4 anos	Do lar	Nega	Nega

A queixa inicial de todos os pacientes estava relacionada à memória. Quatro deles negaram queixas similares em familiares, enquanto três disseram possuir um filho(a) com os sintomas e um paciente relatou o mesmo para uma neta. Informações acerca da escolaridade, comorbidades e medicamentos em uso dos sujeitos estudados encontram-se na tabela 2.

**Tabela 2.** Queixa inicial, história familiar referente a TDAH, comorbidades e medicamentos usados

	<b>Queixa inicial</b>	<b>História familiar</b>	<b>Comorbidades</b>	<b>Medicamentos em uso</b>
<b>Paciente 1</b>	Desatenção	Nega	HAS, osteoporose	Hidroclorotiazida, cálcio, vitamina D
<b>Paciente 2</b>	Desatenção	1 neta	Artrose, artrite, osteoporose, hipertireoidismo	Losartana, cálcio, vitamina D, alendronato
<b>Paciente 3</b>	Desatenção	1 filha	Obesidade, HAS, DM, insônia	Trazodona, valsartana, liaglipatina
<b>Paciente 4</b>	Desatenção	Nega	HAS, DM, arritmia	Losartana, atenolol, besilato de levanlodipino, amiodarona, AAS, sinvastatina
<b>Paciente 5</b>	Desatenção	1 filho	IAM prévio, DM, HAS, doença arterial coronariana	Losartana, atenolol, AAS, tadalafila, empagliflozina
<b>Paciente 6</b>	Desatenção	1 filha	Obesidade, HAS, DM	Losartana, venlafaxina, metformina, clonazepam
<b>Paciente 7</b>	Desatenção	Nega	T..., transtorno de ansiedade, dislipidemia	Duloxetina, propranolol
<b>Paciente 8</b>	Desatenção	Nega	Transtorno de ansiedade, osteoporose	Cálcio, vitamina D

O score no Mini-exame do Estado Mental (MEEM) variou de 21 a 28 pontos, sendo a média de 24,87. Utilizando como base o corte adotado por Herrera et al. (1998), 4 indivíduos (50%) estavam abaixo do score mínimo no MEEM. Os scores obtidos podem ser observados na tabela 3.

**Tabela 3.** Pontuação dos pacientes referente ao MEEM, considerando o corte utilizado por Herrera et al (1998), de acordo com a escolaridade dos pacientes

	<b>Pontuação</b>	<b>Corte segundo a escolaridade</b>
<b>Paciente 1</b>	21	24
<b>Paciente 2</b>	23	24
<b>Paciente 3</b>	28	28
<b>Paciente 4</b>	24	24
<b>Paciente 5</b>	28	28
<b>Paciente 6</b>	26	24
<b>Paciente 7</b>	27	28
<b>Paciente 8</b>	22	28

A pontuação total na Adult Self-Report Scale (ASRS-18) variou entre 31 e 47 entre os pacientes (média de 40,25 pontos). Todos estes obtiveram maior pontuação na parte A da escala, relacionada à desatenção. A pontuação nessa parte variou entre 23 e 28, com média de 25,12 pontos. Já a pontuação na parte B, referente à hiperatividade, variou entre 8 e 21, com média de 14,75 pontos. A descrição dos dados está relatada na tabela 4.

**Tabela 4.** Pontuação da ASRS-18, escala utilizada para screening de TDAH em adultos

	Pontuação - ASRS 18		
	Total	Parte A (Desatenção)	Parte B (Impulsividade)
<b>Paciente 1</b>	26	12	38
<b>Paciente 2</b>	27	12	39
<b>Paciente 3</b>	23	8	31
<b>Paciente 4</b>	24	12	36
<b>Paciente 5</b>	28	16	44
<b>Paciente 6</b>	26	17	43
<b>Paciente 7</b>	24	20	44
<b>Paciente 8</b>	26	21	47

## DISCUSSÃO

Aproximadamente metade dos pacientes diagnosticados com TDAH quando jovens permanecem com os sintomas na fase adulta<sup>5</sup>. Apesar disso, os médicos estão propensos a procurar outras causas de desatenção, dificuldade de raciocínio e prejuízo da memória, como distúrbios neurocognitivos e acidentes vasculares cerebrais, já que não são ensinados a pesquisar TDAH na população com mais de 60 anos.

O TDAH, em geral, costuma apresentar-se em associação com outros transtornos psiquiátricos, principalmente transtornos de humor e de ansiedade<sup>22,23</sup>. No presente estudo, o transtorno comórbido mais prevalente entre os pacientes foi o transtorno de ansiedade generalizada. Pacientes que apresentam distúrbios associados, situação comum em idosos, que potencialmente podem prejudicar a memória e a atenção, poderão ter maior prejuízo dessas funções e, assim, uma maior morbidade. Por isso, é importante que os médicos rastreiem essas comorbidades ao atender possíveis portadores de TDAH.

A literatura mostra que há influência genética no desenvolvimento do TDAH, com diversos genes relacionados a essa condição<sup>24</sup>. O risco de pais e irmãos de crianças com TDAH também serem portadores do transtorno é de 2 a 8 vezes maior que na população em geral<sup>25</sup>, evidenciando tal fato. Dentre os pacientes analisados, metade relatou possuir um(a) filho(a) ou neto(a) com sintomas semelhantes aos seus.

Nos pacientes estudados nesta pesquisa, pertencentes à população geriátrica, a queixa inicial estava associada à memória, o que pode ser justificado pelo fato de alguns dos principais sintomas relatados pelos indivíduos adultos portadores de TDAH relacionados à desatenção serem a dificuldade em manter o foco em determinadas tarefas, o esquecimento e o impasse para gerenciar o tempo, perdendo compromissos e prazos, por exemplo<sup>26,27</sup>.

Enquanto as queixas de impulsividade e hiperatividade são as mais comuns nas crianças com TDAH, elas tendem a diminuir com o avançar da idade e a desatenção costuma ser a manifestação predominante<sup>28</sup>. Isso corrobora com o resultado encontrado na aplicação da ASRS-18 nesta pesquisa, em que todos os participantes obtiveram maior pontuação na parte A da escala, indicando maior prejuízo da atenção em detrimento da hiperatividade. Estudos relatam que, apesar de as escalas serem úteis para avaliar o diagnóstico de TDAH em adultos, elas não substituem a pesquisa clínica, devendo ser usadas como um complemento<sup>29,30</sup>.

## CONCLUSÃO

Portanto, apesar de os dados presentes neste relato se assemelharem a outros encontrados na literatura, percebe-se uma carência de grandes estudos com idosos portadores de TDAH, além de critérios, protocolos e métodos de *screening* específicos para esta população, que tende a manifestar-se de forma diferente das crianças e adultos jovens.

## REFERÊNCIAS:

1. BARKLEY, R. A. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Manual para Diagnóstico e Tratamento**. 3ª Edição. ed. São Paulo: Artmed, 2008.
2. THOMAS, R. et al. **Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis**. *Pediatrics*, v. 135, p. 994-1001, 2015.
3. ROHDE, L. A. E. A. **ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments**. *Journal of the American Academy*

4. VASCONCELOS, M. M. E. A. **Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária.** Arq. Neuro-Psiquiatr. São Paulo, v. 61, p. 67-73, 2003.
5. RASHEED, A.; FATHIMA, I.; ALTAF, M. **Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): An Overview.** Int J Pharm Sci Res. 1669-1683, 2013.
6. FAYYAD, J. et al. **Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder.** British Journal of Psychiatry. 402-409, 2007.
7. ASSEF, E. C. D. S.; CAPOVILLA, A. G. S.; CAPOVILLA, F. C. **Avaliação do controle inibitório em TDAH por meio do teste de geração semântica.** Psicol. teor. Prat. São Paulo. 61-74, 2007.
8. SHIMIZU, V. T.; MIRANDA, M. C. **Processamento sensorial na criança com TDAH: uma revisão da literatura.** Revista Psicopedagogia, São Paulo, v. 29, p. 256-268, 2012.
9. MANOR, I. et al. **Possible association between attention deficit hyperactivity disorder and attempted suicide in adolescents – A pilot study.** European Psychiatry. 146 – 150, 2010.
10. SZOBOT, C. M. et al. **Is attention-deficit/hyperactivity disorder associated with illicit substance use disorders in male adolescents? A community-based case-control study.** Addiction. 1122-1130, 2007.
11. BIEDERMAN, J.; NEWCORN, J.; SPRICH, S. **Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders.** Am J Psychiatry. 564-577, 1991.
12. CASTRO, C. X. L.; DE LIMA, R. F. **Consequências do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na idade adulta.** Rev. psicopedag, São Paulo. 61-72, 2018.
13. ASSOCIATION, A. P. **DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** [S.I.]: Artmed Editora, 2014.
14. MATTOS, P et al. **Adaptação Transcultural para o Português da Escala Adult Self-Report Scale para avaliação de sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH) em adultos.** Rev. psiquiatr. clín, v. 33, p. 188-194, 2006.
15. FISHER, T. et al. **ADHD in the aging population: a new differential diagnosis?** Harefuah. 347-351, 2019

16. BENKENDORF, C. B.; SAKAE, T. M.; XAVIER, A. J. **Avaliação do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em idosos: estudo caso-controlado.** ACM arq. catarin. med, 2010.
17. COELHO, R.; MATTOS, P.; TANNOCK, R. **Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and narrative discourse in older adults.** Dement. neuropsychol. 374-379, 2018.
18. ORMHØJ, SS, et al. **Use of attention-deficit/hyperactivity disorder medication among older adults in Denmark.** British journal of clinical pharmacology. 84.7: 1505-1513, 2018.
19. SHEPHARD, R. J. **Envelhecimento, atividade física e saúde.** São Paulo: Phorte, 2013.
20. BLAZER, D. **Depression in late life: review and commentary.** J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 249-265, 2003.
21. PEDREIRA, RBS et al. (2016). **Validade de conteúdo do Instrumento de Avaliação da Saúde do Idoso.** Einstein (São Paulo), 14(2), 158-177.
22. KESSLER, RC; ADLER, L; BARKLEY R, et al. **The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication.** Am J Psychiatry. 163:716, 2006.
23. BARKLEY, RA et al. **Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 45:192, 2006.
24. BARKLEY, R; MURPHY, KR; FISCHER, M. **ADHD in Adults: What the Science Says,** Guilford Press, New York 2008.
25. FRANKE, B et al. **The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review.** Mol Psychiatry. 17:960, 2012
26. SMITH, AK; MICK, E; FARAONE, SV. **Advances in genetic studies of attention-deficit/hyperactivity disorder.** Curr Psychiatry Rep.11:143, 2009.
27. MATTOS, P et al. **Painel brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. v. 28, n. 1, p. 50-60, 2006.
28. CHAMBERLAIN, SR; CORTESE, S; GRANT, JE. **Screening for adult ADHD using brief rating tools: What can we conclude from a positive screen? Some caveats.** Compr Psychiatry. 106:152224, 2021.

29. HAAVIK, J et al. **Clinical assessment and diagnosis of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder.** Expert Rev Neurother. 10:1569, 2010.