

Revista PSICOLOGIA, 2021, 79-94. doi: 10.17575/psicologia.v35i2.1752

A intervenção farmacológica e não farmacológica na PHDA: A perspetiva dos profissionais de saúde

Maria João Miranda¹ & Paula Cristina Martins²

¹ Centro de Investigação em Psicologia (CIPSI), Universidade do Minho

² Centro de Investigação em Estudos da Criança (CIEC), Universidade do Minho

Resumo: É controversa a tendência de aumento da PHDA na infância/adolescência, mas inegável o incremento das taxas de prescrição farmacológica. Dado o papel dos profissionais de saúde neste processo, pretendeu-se indagar a sua perspetiva sobre o diagnóstico e intervenção nesta perturbação. Assim, realizaram-se entrevistas semiestruturadas a oito médicos e oito psicólogos, selecionados por métodos de amostragem não probabilísticos. Da análise de conteúdo, concluiu-se que o espectro de terapêuticas recomendadas para a PHDA é conhecido e mobilizado pelos profissionais de acordo com critérios de adequação e eficácia, numa análise ponderada custo-benefício. Este processo tem ainda outros intervenientes, responsáveis pela sinalização e encaminhamento dos casos (família e escola) que, acedendo facilmente aos serviços, depositam nos clínicos as expectativas de resolução rápida e eficaz, configurando um processo de pressão social para a prescrição farmacológica. Às terapêuticas não farmacológicas reconhece-se um papel eficaz, mas continuam a observar-se dificuldades de acesso e oferta oportuna e suficiente.

Palavras-chave: PHDA; crianças e adolescentes; diagnóstico; intervenção psicossocial; intervenção psicofarmacológica.

Pharmacological and non-pharmacological intervention in ADHD: The perspective of health professionals: The trend towards an increase in ADHD in childhood/adolescence is controversial, but the increase in drug prescription rates is undeniable. Given the role of health professionals in this process, their perspective on the diagnosis and intervention in this disorder is pivotal. Semi-structured interviews were conducted with eight physicians and eight psychologists, selected by non-probabilistic sampling methods. From the content analysis resulted that the spectrum of recommended therapies for ADHD is known and prescribed by professionals according to adequacy and efficacy criteria, in a weighted cost-benefit analysis. This process also has other actors responsible for signaling and referring cases (family and school) who, With easy access to services, they put on clinicians their expectations of a quick and effective resolution, which creates a process of social pressure for pharmacological prescription. Non-pharmacological therapies are recognized as having an effective role, but there are still difficulties in access and supply.

Keywords: ADHD; children and adolescents; diagnosis; psychosocial intervention; psychopharmacological intervention.

Ao longo do século XX, a saúde e o bem-estar das crianças ganhou uma relevância crescente, a par da sua visibilidade social como sujeitos de direitos. Neste quadro, a saúde mental na infância, o seu impacto no desenvolvimento e funcionamento da criança e a necessidade de intervenções terapêuticas precoces e eficazes são tópicos de interesse científico e clínico. Sob esta atenção acrescida, os indicadores de problemas emocionais e de comportamento das crianças têm vindo a aumentar (Conrad, 2017), assim como o diagnóstico de perturbações mentais na infância e adolescência (American Psychological Association [APA], 2006) e a prescrição de psicofármacos (Bussing & Winterstein, 2012)

A nível mundial, a perturbação de hiperatividade | défice de atenção (PHDA) é a desordem neurodesenvolvimental mais comum na infância e na adolescência (Moreno-García et al., 2017; Pereira et al., 2018). As estimativas da prevalência da PHDA são dificilmente comparáveis entre países, o que pode ser explicado pelas variações na definição da perturbação adotada pelos clínicos, pelos critérios específicos do diagnóstico (ex., ICD ou DSM), fontes de informação consultadas (ex., pais, professores, outros profissionais) e técnicas/instrumentos utilizados para proceder à recolha de dados (Skounti et al., 2007).

¹ Morada para correspondência: Paula Cristina Martins, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, 4710-054 Braga, Portugal. E-mail: mariamiranda1997@hotmail.com

Todavia, genericamente, os estudos convergem em torno de uma prevalência na ordem dos 5% na maioria das culturas (American Psychiatric Association [APA], 2014).

O Diagnóstico da PHDA

Grande parte da literatura neste domínio aponta para uma tendência de aumento dos diagnósticos da PHDA na infância, adolescência (Thomas et al., 2013, 2015) e na idade adulta (Caye et al., 2016) ao longo das últimas décadas, com o conseqüente incremento das taxas de prescrição farmacológica. Contudo, as razões que explicam este crescimento são complexas, não traduzindo de forma linear um aumento da prevalência da perturbação. Neste sentido, a literatura da especialidade invoca argumentos de ordem educacional, socioeconómica, científica e clínica.

Tendo em conta a tríade sintomática da PHDA – défice de atenção, hiperatividade e impulsividade – as suas eventuais comorbilidades e outros problemas que frequentemente lhe estão associados, é compreensível a sua repercussão no contexto escolar. O facto de o tempo que as crianças e jovens permanecem nas estruturas educacionais ter vindo a aumentar (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2019) pode, pois, constituir um fator de risco que exacerba e precipita a manifestação destes problemas. De facto, é nos contextos educativos formais que, na maioria dos casos, os problemas de ajustamento das crianças são pela primeira vez identificados e sinalizados por professores e/ou educadores (Erlandsson & Punzi, 2017) que, não poucas vezes, são também os primeiros a sugerir a eventualidade de um diagnóstico de PHDA (Sax & Kautz, 2003). A sua dificuldade em responder de forma eficaz e adequada aos problemas de comportamento destas crianças/jovens em contexto pedagógico (Walter et al., 2006) pode mobilizar a externalização da responsabilidade da intervenção sobre estes problemas, recomendando acompanhamento profissional especializado fora do espaço escolar (Erlandsson & Punzi, 2017).

Para o aumento da expressão da PHDA terá também contribuído, ao nível social e económico, o desenvolvimento da indústria farmacêutica, a que se associou o aumento exponencial da produção de psicotrópicos e da prescrição de terapêuticas medicamentosas para perturbações mentais (Conrad, 2017; Timimi & Taylor, 2004). Este fenómeno não será alheio à consencialização das sociedades e dos agentes educativos relativamente à saúde mental, em particular das crianças, e às suas psicopatologias (Polanczyk et al., 2014), a par da maior facilidade de acesso aos serviços de saúde e aos tratamentos disponibilizados pelos clínicos (Polanczyk et al., 2014). Por outro lado, a PHDA pode ser considerada um exemplo da tendência atual de atribuir explicações neurobiológicas para os comportamentos que não se conformam aos padrões socialmente desejados (Erlandsson & Punzi, 2017), o que pode traduzir-se na patologização dos problemas de comportamento (Meerman et al., 2017), culminando na sua medicalização (Conrad, 2017).

O real aumento das taxas de PHDA é questionado por vários investigadores. Neste sentido, Polanczyk et al. (2014) averiguaram que, quando se usam critérios de diagnóstico padronizados para a PHDA e se controlam os métodos utilizados nos diversos estudos, a prevalência da perturbação em si não terá aumentado significativamente nas últimas três décadas. Neste sentido, assiste-se nos últimos anos à realização de metanálises que empregam metodologias de análise mais robustas tendo em vista consolidar os resultados obtidos (Caye et al., 2016; Cortese et al., 2018; Thomas et al., 2015). Estes autores alertam ainda para o facto de não haver evidências que indiquem que os participantes nos estudos preenchem os critérios necessários para o diagnóstico, o que se traduziria em falsos positivos (Polanczyk et al., 2014). Portanto, torna-se imprescindível realizar diagnósticos precisos através de uma avaliação rigorosa (Oliveira et al., 2015; Thomas et al., 2015).

Segundo o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2019), a avaliação inicial deve ser realizada por um profissional de saúde com formação na área com base nos critérios de diagnóstico do DSM-5 ou do ICD-10. Para além disso, propõe-se a realização de uma avaliação clínica conjugada com uma avaliação psicossocial com base em diversos informantes (pais, professores) e métodos de recolha de informação (entrevista semiestruturada, escalas de avaliação) (Oliveira et al., 2015). A PHDA caracteriza-se por uma alta taxa de comorbilidade (Timimi & Taylor, 2004). Assim, torna-se essencial incluir na avaliação a possível presença de outras perturbações (Perturbação do Comportamento, Perturbação Desafiante de Oposição, Perturbações do Humor, Perturbação da aprendizagem específica e Perturbações relacionadas com Substâncias) (APA, 2014). Igualmente relevante é a realização do diagnóstico diferencial (Oliveira et al., 2015).

As alterações efetuadas nos critérios de diagnóstico do DSM V para a PHDA também têm sido invocadas como fator explicativo do aumento da sua prevalência, nomeadamente a ampliação da idade de início de aparecimento dos sintomas (Oliveira et al., 2015). Apesar de também poderem utilizar o ICD, os profissionais tendem a recorrer ao DSM que, de acordo com alguns autores (Döpfner et al., 2008), tem

critérios de diagnóstico menos restritivos do que aquele, pelo que se compreende que a prevalência deste diagnóstico possa aumentar (Thomas et al., 2013) também na população adulta.

Outras razões são ainda aduzidas para um eventual sobrediagnóstico da PHDA: as decisões dos profissionais baseiam-se em interpretações subjetivas dos autorrelatos e observações comportamentais, em heurísticas (Thomas et al., 2013) e, por vezes, em práticas que nem sempre observam as orientações clínicas para a realização do diagnóstico desta perturbação (Timimi & Taylor, 2004). Adicionalmente, a elevada prevalência da PHDA na infância tem um efeito de âncora nos pais, médicos e outros envolvidos, tornando esta perturbação amplamente conhecida entre os intervenientes. Assim, estão criadas as condições para um enviesamento na atribuição deste diagnóstico, em detrimento de outros possíveis (Thomas et al., 2015).

A Intervenção na PHDA

Os tratamentos da PHDA decorrem do diagnóstico e da necessidade de reduzir a sua sintomatologia e problemas conexos. Genericamente, incluem medicação, estratégias de modificação do comportamento ou a combinação de ambas. Estas abordagens são baseadas em evidência científica da sua eficácia de curto e médio prazo (APA, 2006).

As orientações clínicas baseadas na evidência científica reconhecem a importância das terapêuticas farmacológica e não farmacológica no tratamento da PHDA, diferindo, contudo, na prioridade conferida a uma ou outra linha de tratamento. Na Europa, ao contrário dos EUA, a medicação apenas é recomendada como tratamento de primeira linha para redução dos sintomas nos casos mais severos, devendo as abordagens de gestão comportamental ser adotadas nos restantes (Sayal et al., 2017).

As intervenções ditas psicossociais englobam um conjunto de tratamentos distintos que assentam em mecanismos de ação diferenciados, desde a gestão de contingências, à prática repetida e substituição de cognições inadequadas e comportamentos mal-adaptativos (Evans et al., 2018). As intervenções de modificação do comportamento, por sua vez, podem incluir a formação parental, intervenções na sala de aula ou junto dos pares.

Genericamente, estas modalidades de intervenção evidenciam um tamanho de efeito desde moderado a amplo (Pelham et al., 2014) e as mais recomendadas e com maior eficácia comprovada são as intervenções comportamentais (Friedman & Pfiffner, 2020; Pfiffner & Haack, 2015). Estas abordagens focam-se nas condutas que causam os prejuízos no quotidiano dos indivíduos, enquanto de forma direta e indireta atuam nos sintomas associados ao diagnóstico (Friedman & Pfiffner, 2020; Pfiffner & Haack, 2015).

As que visam diretamente as crianças e jovens permitem a generalização das aprendizagens para o funcionamento académico, social e ocupacional (Friedman & Pfiffner, 2020).

A formação parental consiste na intervenção na parentalidade negativa e ineficaz, promovendo nos pais a adoção de estratégias comportamentais adaptadas ao contexto familiar (Pfiffner & Haack, 2015). Um corpo robusto de evidência científica comprova a sua eficácia na promoção das competências parentais e ao nível do comportamento das crianças (NICE, 2008).

As intervenções em contexto escolar encontram o seu fundamento no facto de a sintomatologia da PHDA e as dificuldades associadas, geralmente afetarem o desempenho académico das crianças e o seu comportamento na sala de aula. As intervenções de gestão de comportamento em sala de aula recolhem também extensa evidência científica, revestindo-se de uma grande diversidade, individuais ou de grupo, em programas mais ou menos intensivos, a par das que se focam nas estratégias de aprendizagem (NICE, 2008). Dada a sua complexidade, as condições específicas da sua eficácia permanecem ainda por estabelecer (Moore et al., 2015).

As intervenções junto dos pares visam as competências sociais e resolução de conflitos e geralmente são combinadas com outras intervenções. A evidência neste domínio é, todavia, menos robusta, apontando, contudo, para resultados positivos de programas intensivos (NICE, 2008), especialmente ao nível da atenção e desempenho académico (Pfiffner & Haack, 2015).

Das abordagens focadas no treino são exemplos o treino cognitivo ou o *neurofeedback*. Se não há evidências da eficácia do treino cognitivo, já o treino de *neurofeedback*, não obstante ainda pouco estudado, reúne alguma evidência nas diferentes idades (Evans et al., 2018; Moreno-García et al., 2017), o que leva alguns autores a afirmar que pode vir a ser considerado uma opção de tratamento não farmacológico da PHDA.

Estas intervenções podem combinar-se entre si e ainda com intervenções como o exercício físico, a prática de exercícios de relaxamento e outras atividades baseadas na meditação. As escassas evidências disponíveis à data sugerem que intervenções baseadas na atividade física tem efeitos pouco relevantes na PHDA. Por outro lado, a baixa qualidade metodológica de alguns dos estudos não permite retirar conclusões definitivas (Evans et al., 2018).

A terapêutica farmacológica exhibe elevada eficácia na redução dos sintomas da PHDA (Cortese et al., 2018). Existe uma extensa variedade de psicofármacos utilizados no tratamento destes casos, desde os estimulantes (metilfenidato e derivados de anfetaminas) aos não estimulantes (atomoxetina, anti-hipertensivos, antidepressivos tricíclicos e antipsicóticos) (Wilens, 2009). Em Portugal, apenas o metilfenidato e a atomoxetina têm autorização de comercialização e são comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde (Infarmed, 2015). Os psicoestimulantes são os mais usados no tratamento dos sintomas da PHDA (Thomas et al., 2013; Timimi & Taylor, 2004) devido à sua elevada eficácia (Stockl et al., 2003; Wilens, 2009), quando comparada com a dos fármacos não estimulantes cuja evidência científica é menos robusta (NICE, 2008). Ao longo dos anos, a sua produção e prescrição tem vindo a aumentar (Bussing & Winterstein, 2012; Meerman et al., 2017; Pereira et al., 2018). Em Portugal, entre o ano de 2012 e 2016, verificou-se um aumento em termos de Dose Diária Definida (DDD) para todos os grupos de psicofármacos, especialmente do metilfenidato (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017). Os dados sobre o uso de atomoxetina são ainda incipientes, uma vez que esta só passou a ser comparticipada em 2014 (Infarmed, 2015), sendo especialmente indicada nos casos em que as crianças ou jovens não respondem ou são intolerantes aos efeitos dos psicoestimulantes. A atomoxetina pode incluir efeitos secundários como a fadiga, insónia, náusea, vômito, dores de estômago e de cabeça, perda de peso e ainda supressão do apetite (Wilens, 2009).

A administração dos psicoestimulantes pode também implicar consequências negativas, mas o seu impacto varia consoante a dosagem prescrita (Meerman et al., 2017; Pelham et al., 2014). Stockl et al. (2003) destacaram que a desregulação do sono, a perda de apetite, a perda de peso e a exacerbação da ansiedade são os efeitos colaterais mais preocupantes. Adicionalmente, pode coexistir um risco de abuso, possibilidade de intoxicação e risco de uso ilícito do metilfenidato (Pereira et al., 2018). Contudo, a evidência científica disponível aponta para a segurança e eficácia do metilfenidato prescrito a crianças e adolescentes 3 meses volvidos sobre a sua toma (Cortese et al., 2018) e em utilizações de curta duração. Na prática, os dados disponíveis apontam para uma duração média dos tratamentos que oscila entre os 2 e os 7 anos, conforme a idade da criança (Safer & Zito, 2000). Faltam estudos que permitam aferir o impacto do uso do metilfenidato a longo prazo (superior a 2 anos) (NICE, 2008), pelo que se regista uma reserva ponderada relativa ao seu eventual impacto no desenvolvimento e funcionamento mental das crianças e jovens medicadas com psicofármacos até à vida adulta (Busardó et al., 2016). De facto, há autores que alertam para um eventual efeito adverso da sua utilização prolongada, dado o papel desempenhado por catecolaminas como a dopamina e noradrenalina na maturação do córtex pré-frontal, um processo ainda em curso na infância e adolescência (Busardó et al., 2016).

A prescrição de fármacos combinados é frequente nos casos de PHDA (Zhou et al., 2020). Justificada pelas comorbilidades associadas à perturbação que configuram diferentes quadros clínicos (Bussing & Winterstein, 2012), também decorre da necessidade de neutralizar os efeitos secundários da medicação estimulante, bem como do balanço risco-benefício para as diferentes opções de tratamento (Zhou et al., 2020). Contudo, a polifarmacologia não é isenta de questionamento. Como alguns autores alertam, não só não aumenta a sua eficácia na redução da sintomatologia da PHDA, como diminui a sua tolerância (Palumbo et al., 2005). Todavia, não obstante o seu uso extensivo, existem poucos estudos sobre os efeitos da combinação de fármacos (NICE, 2008; Zhou et al., 2020).

Em suma, tanto a farmacoterapia com medicação estimulante como as intervenções comportamentais e a combinação destas abordagens são terapêuticas de curto prazo baseadas em sólidas evidências para a PHDA (NICE, 2008). Se o tratamento multimodal adaptado às especificidades de cada caso genericamente tem revelado melhores resultados (Hinshaw et al., 2015), metanálises mais atuais apontam para um impacto diferenciado das terapêuticas comportamental e farmacológica, a primeira na redução dos problemas de comportamento das crianças e jovens e na promoção das práticas parentais, e a segunda na redução da tríade sintomática da PHDA – inatenção, hiperatividade e impulsividade -, sem efeitos adversos graves de curto prazo (Daley et al., 2018). Não se dispõe de evidência científica do impacto da medicação a longo prazo verificando-se também uma diferenciação desenvolvimental da eficácia das modalidades de intervenção ao longo do ciclo vital (Young & Amarasinghe, 2010).

Pelo exposto, a complexidade do fenómeno subjacente ao incremento do diagnóstico de PHDA e da prescrição de medicação psicoestimulante reque uma auscultação próxima da prática dos profissionais envolvidos. Assim, justifica-se indagar os profissionais de saúde sobre: (a) a prevalência desta perturbação e as suas tendências; (b) questões críticas relacionadas com o diagnóstico (c) o processo de tomada de decisão sobre as terapêuticas não farmacológica e farmacológica recomendadas para estes casos; (d) a prescrição farmacológica e a polifarmacologia para a PHDA; e (e) possíveis consequências da administração a longo prazo dos psicoestimulantes.

MÉTODO

Participantes

Os participantes foram selecionados com recurso a técnicas de amostragem não probabilística de conveniência – método não intencional de seleção de participantes em função da sua proximidade (distritos de Braga e do Porto) e disponibilidade - e *snowball* - método intencional de seleção de participantes em que os inicialmente contactados identificaram outros possíveis participantes.

No total, foram entrevistados 16 profissionais da área da saúde, de dois domínios de formação: médicos, de diversas especialidades (medicina geral e familiar/médicos de família, pediatras/pediatras do desenvolvimento, psiquiatras da infância e adolescência/pedopsiquiatras²) e psicólogos (Tabela 1). Estes profissionais desenvolviam a sua atividade em hospitais, clínicas, consultórios e agrupamento de escolas de cariz privado e/ou público. No momento da realização da entrevista, cada um tinha no mínimo três anos de experiência profissional. Os entrevistados desempenhavam as suas funções profissionais integradas em equipas multidisciplinares, exceto dois pediatras, que atuavam somente com o grupo da sua área profissional.

Dos oito profissionais da área da medicina, cinco do sexo feminino e três do sexo masculino, três eram especializados em medicina geral e familiar, dois em psiquiatria da infância e da adolescência, três em pediatria. Estes participantes tinham idades compreendidas entre os 25 e os 54 anos e a sua experiência profissional variava entre os três e os 40 anos. Dos oito participantes de psicologia, seis do sexo feminino e os restantes dois do sexo masculino, tinham idades compreendidas entre os 27 e os 62 anos e experiência profissional entre os três e os 35 anos.

Tabela 1. Descrição do Grupo de Participantes

Participantes	Código	Número
Médicos de família	MF1 MF2 MF3	3
Pedopsiquiatras	PIA1 PIA2	2
Pediatras	MP1 MP2 MP3	3
Psicólogos	P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P8	8

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico. Com objetivo de caracterizar a amostra foi feito um questionário sociodemográfico a cada participante, que incluía itens que permitiram identificar a idade, género, anos de prática, características do desempenho das funções, especialidade dos participantes e contextos em que exercem profissionalmente.

Entrevista Semiestruturada. Foi elaborada uma entrevista semiestruturada, constituída na sua totalidade por questões abertas, de modo que os participantes pudessem responder livre e espontaneamente às questões do entrevistador (Bardin, 2009).

O guião da entrevista foi organizado em duas partes. A primeira incidia no diagnóstico da PHDA em crianças e jovens e permitiu explorar os fatores que podem estar na origem da elevada prevalência do diagnóstico da perturbação. As perguntas possibilitaram auscultar os problemas que motivam a consulta, a origem desses problemas e as fontes de ajuda que normalmente os pais procuram, antes de chegar à consulta médica. Na segunda parte perguntou-se aos psicólogos e aos médicos sobre os tratamentos e intervenções que normalmente adotam nos casos da PHDA. Aos psicólogos perguntou-se ainda em que circunstâncias encaminhavam os casos para consulta médica, na ausência de diagnóstico e, nestas mesmas condições, inquiriu-se os médicos sobre a prescrição farmacológica e os motivos que contribuem para o aumento da prescrição do metilfenidato. A duração do tratamento, os possíveis efeitos da exposição a longo prazo aos psicofármacos e a polimedicação nos casos da PHDA foram igualmente abordados.

No total realizaram-se cinco versões distintas, ajustadas às especificidades da especialidade dos entrevistados.

Procedimento

O presente estudo recebeu o parecer favorável da Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH), da Universidade do Minho.

Após o contacto com os participantes, através do correio eletrónico e por telefone, as entrevistas foram realizadas num local comumente acordado. No contacto inicial, a cada participante foram dados a

² Não foi possível obter a participação de médicos com a especialidade de Neurologia

conhecer o objetivo do estudo, bem como esclarecidas as questões éticas do estudo, nomeadamente relacionadas com a garantia de confidencialidade e anonimato. Os participantes deram o seu consentimento informado por escrito à gravação áudio das informações prestadas. O tempo de realização de cada entrevista variou entre 15 minutos e 60 minutos, correspondendo a um total de seis horas e 50 minutos de gravação. As entrevistas foram realizadas entre os meses de outubro de 2019 e março de 2020. Das 16 entrevistas, 15 foram gravadas e transcritas, e uma respondida por escrito. O questionário sociodemográfico foi aplicado no final da entrevista.

Análise de Dados

A análise qualitativa dos discursos dos participantes teve como base os procedimentos da análise de conteúdo propostos por Bardin (2009). Inicialmente, procedeu-se à transcrição das entrevistas na íntegra. Realizou-se depois uma leitura flutuante, com o objetivo de uma aproximação ao conteúdo do texto a ser analisado. Seguidamente, realizou-se a sua codificação, processo através do qual concluímos uma representação do conteúdo do texto, através da transformação dos seus dados brutos. A cada participante foram atribuídas letras, que correspondiam à especialidade dos profissionais (e.g., P = Psicólogo), e um número que representava a ordem de participação. Numa terceira fase, elaborou-se a categorização, que teve como intuito reunir elementos dos dados brutos do discurso, transformá-los e representá-los numa designação genérica e simples. A categorização seguiu um procedimento de análise dedutiva, em que o sistema de categorias foi criado *à priori*. Posteriormente, foram registadas as ocorrências de cada categoria de conteúdo.

Para promover a fiabilidade do sistema de categorias, procedeu-se à análise de conteúdo pré estruturada (Lima, 2013). Assim, a dois juizes externos à investigação foi disponibilizado um documento que abrangia uma grelha com as unidades de registo e os códigos do sistema de categorias, com a respetiva descrição. Para cada uma das unidades, os juizes tiveram de fazer corresponder o código respetivo. A taxa de fiabilidade foi calculada através do quociente entre o número de acordos das respostas dos juizes e o total das unidades de registo. O valor resultante desta fórmula, multiplicado por 100, deu origem à percentagem de acordos de 96%.

RESULTADOS

As categorias que emergiram da análise foram organizadas em dois temas: 1) Diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção; e 2) Tratamento da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção. Para o primeiro tema (**Error! Reference source not found.**) foi possível criar quatro categorias: i) Problemas que motivam a consulta; ii) Causas dos problemas da criança/jovem; iii) Procura de ajuda antes da consulta médica; e iv) Fatores subjacentes à elevada taxa de diagnósticos da PHDA. Para o segundo tema (**Error! Reference source not found.**), a análise dos dados permitiu criar seis categorias: i) Tipos de intervenção; ii) Intervenção psicológica como prevenção da farmacológica; iii) Tratamento medicamentoso; iv) Encaminhamento e prescrição médica na ausência de diagnóstico; v) Polifarmacologia; e vi) Causas do aumento da prescrição do metilfenidato.

Diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade | Déficit de Atenção

Problemas que motivam a consulta. Os profissionais foram questionados relativamente aos problemas que mais frequentemente levam as crianças/adolescentes à consulta. A maioria ($n = 10$) enunciou problemas do foro comportamental e emocional (“Genericamente as queixas reportam-se a agitação motora” [P8]), seguidos dos problemas de ordem escolar ($n = 7$) que interferem com o desempenho e rendimento académico (“A criança é identificada como tendo capacidade, mas não consegue realizar essa capacidade nas atividades” [MF1]). Em menor número de respostas, foram referidas: as perdas ou alterações nos processos mentais (“Problemas de atenção (falta de concentração)” [PIA1]); as práticas parentais inadequadas (“Falta de controlo do comportamento por parte dos pais” [MP3]); as dificuldades de relacionamento interpessoal e de autonomia; os problemas psicomotores e de linguagem; e o abuso de substâncias.

Causas dos problemas da criança/jovem. A origem dos problemas associados à PHDA foi alvo de questão para todos os participantes. As problemáticas foram vistas como resultado da interação entre diversos fatores, nomeadamente biológicos, psicológicos, relacionais e dificuldades por parte dos pais e/ou técnicos para lidarem com essas problemáticas (“Não concluiria que existe um índice direto, mas sim que todos estes fatores poderão influenciar” [P2]). No entanto, alguns profissionais ($n = 5$) relevam a natureza biológica e hereditária destas problemáticas (“Em termos de origem, tem basicamente uma base biológica” [P6]). A natureza socioeducativa do fenómeno, traduzida nas práticas educativas parentais, foi considerada

por um médico e um psicólogo uma explicação para a manifestação dos problemas (“Mas há muitos casos que têm claramente origem no estilo educativo parental” [P8]). Simultaneamente, esse mesmo psicólogo e um pediatra entenderam que o tema ainda não se encontra bem esclarecido na literatura (“Isso é uma questão que não está respondida na literatura” [P8]).

Procura de ajuda antes da consulta médica. Os médicos foram inquiridos em relação a eventuais apoios a que os pais recorrem para responder aos problemas dos filhos, previamente à consulta médica. De acordo com a maioria dos entrevistados ($n=5$), o psicólogo é o primeiro profissional procurado (“Geralmente vão ao psicólogo primeiro” [MP2]). Quatro dos profissionais referem que os pais se socorrem dos recursos disponibilizados pelas escolas (“Procuram também respostas junto dos professores” [MF1]) e dois consideram que vão diretamente ao médico (“Falaram com o médico de família ou com o pediatra assistente” [PIA1]). Um pediatra mencionou a busca de informações na *internet* ou em livros (“Já procuraram alguma coisa na literatura” [MP1]) e um pedopsiquiatra mencionou o envolvimento prévio das crianças em atividades extracurriculares (“Iniciou um desporto ou escuteiros” [PIA1]).

Fatores subjacentes à elevada taxa de diagnóstico da PHDA. Os profissionais foram inquiridos sobre os fatores que poderiam explicar o elevado número de diagnósticos desta perturbação. A maior consciencialização social relativamente à PHDA foi a razão mencionada pela maioria dos entrevistados ($n=9$) (“Fala-se tanto em PHDA que é mais fácil os pais procurarem essa ajuda e recebê-la” [P6]). Os fatores sociais, nomeadamente as mudanças macro e micro que a sociedade foi sofrendo ao longo dos anos, foram referidos por cinco participantes como contributos para este fenómeno (“Quando a vida era basicamente campestre esta problemática não faria o maior dos sentidos, pelo contrário, quanto mais agitada e intensa fosse a pessoa maior era a probabilidade de sobreviver” [P8]). Três profissionais apontaram para os problemas relacionados com as práticas parentais (“Algumas práticas parentais e de estimulação das crianças também influenciam no diagnóstico” [MP1]), dois psicólogos para as práticas dos próprios profissionais de saúde (“É um diagnóstico sério e atualmente está-se a usar sem fundamentos” [P5]), um médico e um psicólogo para a crescente exigência da escola (“As turmas são muito grandes e os professores não os conseguem acompanhar” [MF1]). Um médico de família referiu que as alterações ao nível dos critérios do diagnóstico podem influenciar o aumento de prevalência e um pediatra atribuiu-o ao aumento dos fatores de risco da PHDA.

Tratamento da Perturbação de Hiperatividade | Défice de Atenção.

Tipos de intervenção. Inquiriram-se os médicos e os psicólogos relativamente à modalidade de intervenção pela qual iniciam o tratamento da PHDA. Todos os profissionais consideraram fundamental a complementaridade de diferentes terapêuticas e a atuação de equipas multidisciplinares nestes casos, mesmo com os obstáculos que geralmente lhe estão associados (e.g., défice no número de recursos humanos, principalmente de psicólogos; na gestão e coordenação dos sistemas existentes; elevado tempo de espera para uma consulta). Os dados demonstram que a maioria dos entrevistados ($n=10$) adota diferentes modelos e estratégias de intervenção (“Se for um caso ligeiro, início pela intervenção cognitivo-comportamental” [MP1]; “esta conjugação [fármacos e terapia comportamental], que é uma coisa bem descrita, é a mais eficaz” [MF3]; “Explicar o diagnóstico, o que acarreta, o que se segue para a frente. Se os pais tiverem este conhecimento, é muito mais fácil para eles lidarem com a criança” (P5); “Tento dar também algumas estratégias ao nível da escola, de como os professores e auxiliares poderão trabalhar estas questões” [P2]; “Se for um caso grave e se já tiver idade a gente avança logo para a medicação” [MP1]). Oito dos profissionais recorrem à intervenção combinada dos fármacos com a terapia comportamental (“Utilizar medicação por medicação não faz sentido, tem de haver um trabalho psicoterapêutico a ser desenvolvido simultaneamente” [P2]) e à intervenção parental (“Tentamos ao máximo envolver os pais e explicar o papel importante que eles têm” [PIA2]). Com diferença de um participante, também referiram a intervenção no contexto escolar e académico (“Mais importante do que o trabalho junto da criança é o trabalho junto dos professores” [P1]). O rendimento académico constitui um indicador da gravidade da perturbação, justificando o recurso à medicação ($n=4$) (“Quando o rendimento escolar vem por aí abaixo, eu acho que é hora de medicar” [MP2]).

Tabela 2. Diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade | Défice de Atenção

Categorias	Subcategorias	Frequência de respostas				
		Médico de família	Pedopsiquiatra	Pediatra	Psicólogo	Total
Problemas que motivam a consulta	Problemas de comportamento e emocionais	1	2	1	6	10
	Problemas escolares	-	1	2	4	7
	Problemas cognitivos	1	1	-	4	6
	Problemas ao nível da parentalidade	-	1	1	-	2
	Outros*	-	1	-	1	2
Causas dos problemas da criança/jovem	Multifatorial	1	-	2	5	8
	Cariz biológico/genético	1	1	1	2	5
	Cariz socioeducativo	1	-	-	1	2
	Escassez de investigação acerca das causas	-	1	-	1	2
Procura de ajuda antes da consulta médica	Psicólogo	1	1	3	-	5
	Escola	1	1	2	-	4
	Nenhum outro tipo de intervenção	-	1	1	-	2
	Atividades extracurriculares	-	1	-	-	1
	Literatura	-	-	1	-	1
Fatores subjacentes à elevada taxa de diagnósticos da PHDA	Aumento da consciencialização social	1	1	3	4	9
	Fatores societais	2	-	1	2	5
	Problemas relacionados com práticas parentais	1	-	1	1	3
	Prática clínica	-	-	-	2	2
	Fatores escolares	-	-	1	1	2
	Outros**	1	-	1	-	2

* Dificuldades de relacionamento interpessoal, problemas psicomotores e de linguagem, abuso de substâncias e dificuldades na autonomia; ** Alterações nos critérios de diagnóstico e fatores de risco.

Intervenção psicológica como prevenção da psicofarmacológica. Relativamente ao tratamento da PHDA, inquiriu-se os psicólogos sobre o papel que a intervenção psicológica poderia desempenhar na prevenção do uso de psicofármacos. A maioria dos profissionais ($n=5$) considerou que sim (“o acompanhamento psicológico é o suficiente, em que a criança ganha estratégias que lhe permitem um maior autocontrolo e em que ganha esse autocontrolo sem recorrer à medicação” [P6]), mas dois referiram que a eficácia da intervenção psicológica depende da gravidade do quadro clínico (“Em casos mais graves, só isso não chega, é necessário serem complementares” [P3]). Outro psicólogo considerou que esta intervenção não é suficientemente preventiva para estes casos.

Tratamento medicamentoso. Os médicos foram questionados sobre a duração do tratamento psicofarmacológico. Para a maioria dos profissionais ($n=7$), esta varia consoante o caso clínico (“Uma criança com PHDA pode vir a precisar de medicação até à idade adulta, vamos sempre avaliando” [PIA2]). Um pedopsiquiatra considerou que a cada ano letivo se reavalia a necessidade da medicação, enquanto um profissional de medicina geral e familiar afirmou que não existe uma duração mínima ou máxima definida. No que se refere aos possíveis efeitos do uso prolongado dos psicofármacos, grande número de entrevistados ($n=8$), das várias áreas, demonstraram preocupação (“Isso de facto é uma questão que tem sido levantada pelas pessoas que se têm oposto ou lutado contra o excesso da medicação desta perturbação e é uma preocupação legítima” [MF3]). Sete dos participantes não se posicionaram devido à ausência de investigação (“A literatura é inconclusiva a esse respeito” [P8]). Ainda assim, quatro profissionais admitiram um possível impacto no

desenvolvimento das crianças/jovens (“Estamos a falar de fármacos que têm efeitos colaterais e que em crianças tão jovens podem afetar coisas tão sérias como o seu crescimento” [MF1]).

Encaminhamento e prescrição médica na ausência de diagnósticos. Os profissionais foram questionados relativamente às condições em que a intervenção médica e a prescrição psicofarmacológica são aconselhadas, face a problemas emocionais e de comportamento, embora na ausência de um diagnóstico de PHDA. Os psicólogos relataram avaliar a necessidade de encaminhar as crianças/jovens para consulta médica consoante o caso (“No caso das [doenças] neuropsicológicas, o contacto direto com o médico é importante, porque mesmo na questão do diagnóstico convém ter sempre o seu parecer” [P2]). Dois psicólogos afirmaram efetuar essa orientação quando parece existir necessidade de psicofármacos e com o intuito do diagnóstico diferencial. Quando os médicos foram questionados relativamente à prescrição, a maioria ($n=3$) referiu evitar recorrer à medicação na ausência de um diagnóstico (“Não medico sem ter confirmado o diagnóstico” [MP3]). Dois médicos consideraram que essa decisão depende da gravidade dos casos e dos efeitos dos tratamentos anteriores (“Se há um impacto muito grande dessas dificuldades, dificuldade de atenção e dessa impulsividade na vida da criança, da minha experiência aquilo que se faz é parte-se para a farmacologia” [MF1]).

Polifarmacologia. Face ao diagnóstico de PHDA, perguntou-se aos médicos sobre o tipo de psicofármacos utilizados como primeira linha de intervenção. Grande parte ($n=7$) referiu os psicoestimulantes, nomeadamente o metilfenidato (“Os psicoestimulantes estão em primeiro lugar segundo as *guidelines* mais atualizadas para a PHDA” [PIA1]). No que diz respeito à prescrição de vários medicamentos para o tratamento da PHDA, nove dos profissionais evidenciaram reserva face à polifarmacologia (“Estas crianças têm maior potencial para serem sobremedicadas com vários fármacos, porque se por um lado estamos a dar um fármaco que é psicoestimulante (...) têm também todo um conjunto de problemas, que se calhar vai haver tendência a medicar” [MF1]). Os restantes consideraram que o recurso a múltiplos fármacos depende da gravidade do quadro psicopatológico (“Como em todas as patologias, há casos mais graves que precisam de ser polimedicados” [MF3]) e de comorbilidades associadas (“Há os quadros mistos, porque o indivíduo não é só um indivíduo com défice de atenção, há ansiedade” [MF2]).

Causas do aumento da prescrição do metilfenidato. Os médicos foram inquiridos relativamente aos motivos que explicam a tendência crescente do recurso ao metilfenidato. A maioria ($n=5$) justificou esta tendência pela pressão que lhes é imposta para prescrever (“Existe uma grande pressão para medicar” [MF1]). Seguidamente, a facilidade que existe para prescrever psicoestimulantes (“Eu acho que é mesmo o facilitismo que fez disparar a prescrição” [MP2]) e a eficácia imediata do fármaco parecem contribuir para o aumento da prescrição (“As pessoas querem os efeitos, resultados e soluções imediatas” [MF1]). Dois médicos de família ressaltaram ainda a dificuldade em aceder aos serviços de psicoterapia (“A criança não pode estar à espera durante meses de uma consulta [de psicologia] porque quem sai prejudicada é ela.” [MF3]) e outros dois apontaram para problemas relacionados com práticas parentais (“Os próprios pais não têm tempo para atender às necessidades da criança” [MF1]). Outras causas também enunciadas foram: poucos efeitos colaterais imediatos; aumento da procura de ajuda e do conhecimento da patologia; e necessidade efetiva da prescrição.

Tabela 3. Tratamento da Perturbação de Hiperatividade | Défice de Atenção

Categorias	Subcategorias	Subcategorias de segunda ordem	Frequência de respostas				
			Médico de família	Pedopsiquiatra	Pediatra	Psicólogo	Total
Tipos de intervenção	Psicoterapia individual		1	1	1	7	10
	Terapia Combinada- farmacológica e intervenção comportamental		-	1	1	6	8
	Parental		-	1	1	6	8
	Escolar/Académica		1	-	1	5	7
	Psicofarmacológica		-	-	2	2	4
Intervenção psicológica como prevenção da psicofarmacológica	Sim		-	-	-	5	5
	Não		-	-	-	1	1
	Depende do caso		-	-	-	2	2
Tratamento medicamentoso	Duração do tratamento farmacológico	Varia perante o caso clínico	2	2	3	-	7
		Reavaliação a cada ano letivo	-	1	-	-	1
		Não existe duração mínima e máxima	1	-	-	-	1
	Exposição prolongada aos psicofármacos	Preocupa os profissionais de saúde	2	-	3	3	8
		Investigação inconsistente sobre os seus efeitos	1	-	2	4	7
Encaminhamento e prescrição médica na ausência de diagnóstico	Necessidade de intervenção médica	Impacto desenvolvimental	1	1	1	1	4
		Possível necessidade de psicofármacos e diagnóstico diferencial	-	-	-	2	2
		Depende do caso	-	-	-	5	5
	Prescrição da medicação	Depende do caso	1	-	1	-	2
		Não prescreve	-	1	2	-	3
Polifarmacologia	Psicoestimulantes como primeira linha		2	2	3	-	7
	Polifarmacologia com reserva		-	-	2	7	9
	Polifarmacologia depende dos casos		1	1	1	2	5
	Pressão para prescrever		2	1	2	-	5
Causas do aumento da prescrição do metilfenidato	Facilidade de prescrição		1	-	2	-	3
	Efeitos imediatos		2	-	1	-	3
	Dificuldades de acesso à psicoterapia		2	-	-	-	2
	Problemas relacionados com práticas parentais		2	-	-	-	2
	Outros*		1	1	2	-	4

* Poucos efeitos colaterais imediatos, aumento da procura de ajuda, conhecimento da patologia, prescrição necessária.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O significado das variações na epidemiologia da PHDA na infância e adolescência, assim como na taxa de prescrição farmacológica, interessam especialmente a quem se ocupa da saúde mental de crianças e jovens, uma vez que se trata da perturbação mais diagnosticada nesta faixa etária. A auscultação dos profissionais de saúde que, no exercício da sua prática profissional, realizam o diagnóstico, encaminhamento e tratamento desta perturbação, assim como dos problemas e comorbilidades a ela associados, dá-nos acesso a uma perspetiva técnica, especializada, próxima e atualizada do fenómeno, das práticas e interações que o definem.

Assim, foi possível averiguar que são os problemas de comportamento e emocionais das crianças e jovens que maioritariamente levam os pais a recorrer à consulta médica ou psicológica. De facto, estas problemáticas, sinalizadas como desajustadas ou não normativas (e.g., agitação motora excessiva, desatenção), caracterizam-se pela dificuldade que colocam aos intervenientes, parecendo exceder os seus recursos para as gerir. Como resposta a esta incapacidade percebida, verifica-se uma delegação da responsabilidade da sua resolução (Timimi & Taylor, 2004) no profissional de saúde, ao mesmo tempo que o problema é convertido numa anomalia ou patologia (Conrad, 2017).

No que toca à origem desta perturbação, reconhecendo os resultados inconclusivos da investigação, os profissionais consideram que a sua manifestação depende da interação de fatores de natureza biológica, social e cultural. Estes resultados descrevem o que tem sido evidenciado na literatura (Hinshaw & Scheffler, 2014; Meerman et al., 2017; Teixeira et al., 2015). Embora os fatores de risco genéticos tenham um peso importante na determinação da PHDA, os fatores de risco ambiental desempenham um papel igualmente relevante (Hinshaw & Scheffler, 2014). A este propósito, saliente-se a influência das práticas educativas parentais na manifestação dos problemas comportamentais associados à perturbação (Teixeira et al., 2015).

O aumento de diagnósticos da PHDA é um fenómeno que pode ser explicado pelo maior acesso à informação e crescente sensibilização relativamente a esta condição (Polanczyk et al., 2014). As respostas da maioria dos profissionais corroboram esta argumentação. As mudanças que têm surgido nas práticas educativas parentais, nas exigências do contexto escolar (Hinshaw & Scheffler, 2014) e nas práticas dos próprios profissionais de saúde (Timimi & Taylor, 2004) também foram fatores identificadas no presente estudo como possíveis explicações para a elevada taxa destes diagnósticos. Ainda de acordo com os dados, a nível nacional, alguns podem ser falsos positivos, o que vai ao encontro do que Polanczyk e colaboradores (2014) averiguaram. Estas considerações levantam a hipótese de diagnósticos insuficientemente fundamentados ou com critérios não homogêneos (Hinshaw & Scheffler, 2014).

No sentido de darem respostas apropriadas aos problemas associados à perturbação, em Portugal, os progenitores recorrem preferencialmente ao médico de família e ao pediatra (Oliveira et al., 2015). No entanto, segundo vários dos médicos inquiridos neste estudo, os pais inicialmente procuram o apoio de psicólogos. Consequentemente, algumas intervenções podem ser, numa primeira fase, planificadas com base em terapêuticas psicológicas. Considerando a perspetiva da maioria dos psicólogos desta investigação, este tratamento é suficientemente eficaz para prevenir o recurso aos fármacos, com exceção dos casos mais graves. Nos resultados obtidos por Pelham et al. (2014), as intervenções comportamentais em diferentes contextos da vida da criança, apresentam-se como suficientes para o tratamento das problemáticas da PHDA, especialmente em crianças em idade pré-escolar (Young & Amarasinghe, 2010). Todavia, esta convicção parece não ter tradução prática generalizada, uma vez que, ainda assim, o recurso à consulta médica continua a ser efetuado, até como primeiro recurso, o que, na ótica de alguns dos psicólogos inquiridos, pode ser explicado pela necessidade de diagnóstico diferencial e necessidade persistente da intervenção farmacológica.

De acordo com os inquiridos, a tomada de decisão sobre as intervenções terapêuticas da PHDA tem em conta critérios de adequação como a idade da criança, a gravidade da sua condição, sobretudo as comorbilidades, e os resultados de eventuais intervenções prévias. Esta prática é consentânea com as orientações globais ao nível do tratamento, que privilegiam o ajustamento dos procedimentos adotados às particularidades de cada criança e jovem, a par do debate sobre os benefícios e prejuízos associados às intervenções farmacológicas e não farmacológicas (NICE, 2019).

Nas terapêuticas não farmacológicas, a estratégia de intervenção maioritariamente recomendada pelos profissionais das diversas áreas é a psicoterapia individual. Em menor número de resposta, apontam o treino parental e, seguidamente, a intervenção no contexto escolar. A evidência disponível corrobora a eficácia de cada um destes modelos de intervenção desde a infância à adolescência (Pfiffner & Haack, 2015), especialmente na redução dos problemas de comportamento das crianças e jovens e na promoção das práticas parentais (Daley et al., 2018), embora os seus resultados não se generalizem para além do contexto de intervenção (Evans et al., 2018). A combinação dos fármacos e das estratégias comportamentais é uma

modalidade de intervenção que recolheu o consenso de grande parte dos psicólogos e dos médicos inquiridos neste estudo. Hinshaw et al. (2015), tendo como base os dados do Estudo Multimodal de Crianças com PHDA, avaliaram a eficácia do tratamento multimodal (combinação da medicação com as intervenções comportamentais/psicossociais) e demonstraram bons resultados, especialmente nas crianças em idade escolar, nos casos em que as intervenções psicossociais não produzem os resultados desejados, e com a população adolescente (Young & Amarasinghe, 2010).

Apesar de as terapêuticas não farmacológicas serem aconselhadas como primeira linha (Krull et al., 2020), continua a existir uma elevada taxa de prescrição do metilfenidato para o tratamento da PHDA (Infarmed, 2015; Pereira et al., 2018). Por sua vez, este é o psicoestimulante ao qual a maioria dos profissionais recorre, o que é congruente com a literatura da especialidade (Hinshaw et al., 2015; Krull et al., 2020). Mesmo tendo em consideração a orientação vigente de que a prescrição deve ser cuidadosa (Pereira et al., 2018) e racional, a ausência de regulamentação em Portugal (DGS, 2017) pode ser um fator que influencia a extrema facilidade com que se recorre à medicação psicotrópica na infância e adolescência, uma explicação possível na ótica de alguns participantes neste estudo. Nos discursos dos entrevistados, evidenciaram-se três critérios que presidem à decisão de medicar: a impossibilidade de conseguir a normalização sintomática e comportamental da PHDA com intervenções comportamentais, o comprometimento do aproveitamento escolar e o impacto negativo dos problemas emocionais e comportamentais na vida do indivíduo. Por outro lado, alguns médicos reconheceram ser objeto de pressão no sentido de medicarem. Quando os pais e/ou professores se debatem com comportamentos das crianças com os quais não conseguem lidar eficazmente, o médico constitui a última instância de resolução de um problema que assim se configura como o tratamento de uma doença, sendo nele depositadas elevadas expectativas de um resultado rápido e eficaz.

Os profissionais referiram ainda intervenções de carácter psicoterapêutico e socioeducativo orientadas para a capacitação dos intervenientes, nos seus diferentes contextos da vida, que podem funcionar como estratégia preventiva da medicação, de primeira linha ou combinada numa intervenção multimodal.

Stockl et al. (2003) analisaram a perspetiva dos profissionais de saúde relativamente à eficácia dos psicoestimulantes no tratamento dos sintomas da PHDA. Os resultados da investigação sistemática demonstraram que os participantes destacam a pertinência deste grupo de fármacos particularmente no contexto escolar. Ao longo dos discursos de alguns dos médicos inquiridos no presente estudo, a prescrição parece ser especialmente motivada pelo comprometimento no rendimento escolar, comum nos casos de PHDA (Moore et al., 2015). De facto, os psicoestimulantes beneficiam o aproveitamento escolar (Hinshaw & Scheffler, 2014) e a capacidade de as crianças cumprirem o papel tradicional de aluno. Para além disso, a medicação é ainda aconselhada (Krull et al., 2020), quando os problemas emocionais e de comportamento interferem no funcionamento quotidiano da criança/jovem, requerendo sempre o consentimento dos encarregados de educação. Segundo as orientações europeias (NICE, 2018), o plano da intervenção médica resulta de um diálogo com a criança/jovem diagnosticado e os diversos agentes com quem interage.

As crianças/jovens tratados com psicoestimulantes podem vir a necessitar de outros medicamentos (Zhou et al., 2020), o que suscita apreensão nos profissionais de psicologia e pediatria devido à ausência de critérios uniformes que delineiem as abordagens mais eficazes e seguras para a prescrição, sugerindo-se, por isso, a prossecução de investigações neste sentido (Bussing & Winterstein, 2012; Zhou et al., 2020). No entanto, em linha com Bussing e Winterstein (2012), os médicos entrevistados garantiram que a polimedicação responde a um critério de necessidade, como a presença de comorbilidades ou os efeitos secundários dos psicoestimulantes.

Dado que em metade dos casos clínicos diagnosticados com PHDA esta condição se prolonga até a vida adulta (Caye et al., 2016), torna-se pertinente explorar o posicionamento dos clínicos face à duração do tratamento medicamentoso. Apesar de vários profissionais reconhecerem que a exposição aos psicofármacos varia consoante o caso clínico e que não existem regras ou limitações definidas para o curso desta intervenção, o consumo dos fármacos pode perdurar por muitos anos. Estes dados são convergentes com os estudos já existentes (Caye et al., 2016; DGS, 2017; Krull et al., 2020; Safer & Zito, 2000). A administração continuada de psicoestimulantes, desde a infância até à idade adulta, preocupa os profissionais, particularmente pelos eventuais efeitos negativos no desenvolvimento (Hinshaw & Scheffler, 2014; Hinshaw et al., 2015), dada a insuficiência de investigação consistente sobre este tópico e alguma evidência que aponta para a redução do volume cerebral dos indivíduos com PHDA como resultado da administração de psicoestimulantes (Spencer et al., 2013). Estes dados sugerem que as funções neurocognitivas podem ser melhoradas, sendo, contudo, necessário investir na pesquisa nesta área para que a prática clínica e a prescrição dos fármacos possam fundamentar-se em evidência científica sólida.

Finalmente, a manifestação e o curso dos problemas de comportamento e emocionais em crianças e jovens depende da interação entre múltiplos fatores de risco, que aumentam a probabilidade de

diagnóstico de PHDA. Globalmente, a maioria dos profissionais de medicina e psicologia pareceu sensível relativamente às questões complexas e delicadas do diagnóstico e da prescrição nos casos da PHDA.

Este trabalho revela uma área de intervenção para os psicólogos, juntamente com outros profissionais, de sensibilização dos agentes educativos sobre os comportamentos percecionados como problemáticos e a sua gestão nos vários contextos de vida, de modo que a medicação se torne uma estratégia de último recurso. A intervenção psicológica, através de programas de promoção e prevenção, pode ser feita com base na escola, nomeadamente, visando professores, crianças e pais, de modo a que lidem eficazmente com as problemáticas das crianças e dos jovens e no sentido de promover a qualidade das suas relações e o seu desempenho. De igual forma, seria pertinente melhorar o acesso das crianças e/ou jovens aos Cuidados Primários em Saúde Mental da Infância e da Adolescência (Marques, 2009). Embora seja relevante a atuação do psicólogo nos diferentes contextos de vida, neste trabalho fica patente a dificuldade de acesso aos serviços de psicologia, qualquer que seja o seu enquadramento institucional, pelo tempo de espera, pela carência de recursos humanos e pelo facto de, frequentemente, não serem financeiramente acessíveis a todos. Tal parece apontar para a necessidade de aumentar o número de psicólogos nos agrupamentos escolares e escolas não agrupadas, nos serviços de saúde e outras entidades com competência em matéria de infância e juventude.

Dadas as limitações do presente estudo, de carácter exploratório, traduzidas no reduzido número de participantes e na impossibilidade de incluir as especialidades de neurologia e neuropediatria, recomenda-se que em investigações posteriores se possa robustecer a representatividade da amostra, diferenciando a perspetiva dos profissionais de psicologia e de medicina, considerada a relevância que o ato de prescrição tem para esta pesquisa. Devem igualmente ser objeto de análise as condições organizacionais e funcionais dos serviços e a qualidade e acessibilidade das respostas de que as crianças com esta perturbação e problemas associados dispõem.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Climepsi Editores.
- APA Working Group on Psychoactive Medications for Children and Adolescents (APA) (2006). *Report of the Working Group on Psychoactive Medications for Children and Adolescents. Psychopharmacological, psychosocial, and combined interventions for childhood disorders: Evidence base, contextual factors, and future directions*. American Psychological Association.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Busardò, F.P., Kyriakou, C., Cipolloni, L., Zaami, S., & Frati, P. (2016). From clinical application to cognitive enhancement: the example of methylphenidate. *Current Neuropharmacology*, 14(1), 17-27. <https://doi.org/10.2174/1570159x13666150407225902>
- Bussing, R., & Winterstein, A. G. (2012). Polypharmacy in attention deficit hyperactivity disorder treatment: current status, challenges and next steps. *Current Psychiatry Reports*, 14(5), 447-449. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0295-6>
- Caye, A., Spadini, A. V., Karam, R. G., Grevet, E. H., Rovaris, D. L., Bau, C. H., Rohde, A. V., & Kieling, C. (2016). Predictors of persistence of ADHD into adulthood: A systematic review of the literature and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(11), 1151-1159. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0831-8>
- Conrad, P. (2017). *Identifying Hyperactive Children. The Medicalization of Deviant Behavior* (expanded edition). Ashgate.
- Cortese, S., Adamo, N., del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A. J., Caruci, S., Atkinson, L., Tessari, L., Banaschewski, T., Coghill, D., Hollis, C., Simonoff, E., Zuddas, A., Barbui, C., Purgato, M., Steinhausen, H.-C., Shokraneh, F., Xia, J., & Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: A systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 5, 727-738. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30269-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30269-4)
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. DGS. <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-a-saude-mental-2017.aspx>
- Daley, D., Oord, S. V. D., Ferrin, M., Cortese, S., Danckaerts, M., Doepfner, M., Hoofdakker, B. J., Coghill, D., Thompson, M., Philip, A., Banaschewski, T., Brandeis, D., Buitelaar, J., Dittmann, R. W., Hollis, C., Holtmann, M., Konofal, E., Lecendreux, M., Rothenberger, A., ... Sonuga-Barke, E. J. (2018). Practitioner review: Current best practice in the use of parent training and other behavioural interventions in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity

- disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(9), 932-947. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12825>
- Döpfner, M., Breuer, D., Wille, N., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., & the BELLA Study Group (2008). How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit-/hyperactivity disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample— results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 59-70. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1007-y>
- Erlandsson, S., & Punzi, E. (2017). A biased ADHD discourse ignores human uniqueness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12(1), 1319584. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1319584>
- Evans, S., Owens, J., Wymbs, B., & Ray, A. (2018). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 157-198. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1390757>
- Friedman, L. M., & Pfiffner, L. J. (2020). Behavioral interventions. In M. M. Martel (Ed.), *The Clinical Guide to Assessment and Treatment of Childhood Learning and Attention Problems* (pp. 149-169). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815755-8.00007-1>
- Hinshaw, S. P., & Scheffler, R. M. (2014). *The ADHD explosion: Myths, medication, money, and today's push for performance*. Oxford University Press.
- Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., & MTA Cooperative Group. (2015). Attention-deficit hyperactivity disorder, multimodal treatment, and longitudinal outcome: Evidence, paradox, and challenge. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 6(1), 39-52. <https://doi.org/10.1002/wcs.1324>
- Infarmed (2015). *Medicamentos para a Hiperatividade com Défice de Atenção*. Infarmed. https://www.infarmed.pt/documents/15786/2713015/Relatorio_ADHD.pdf/d6043d87-561e-4534-a6b1-4969dff93b78?version=1.0
- Krull, R. K., Augustyn, M., & Torchia M., M. (2020, maio). *Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Treatment with medications*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-treatment-with-medications/print>
- Lima, J. Á. (2013). Por uma análise de conteúdo mais fiável. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 47(1), 7-29. https://doi.org/10.14195/1647-8614_47-1_1
- Marques, C. (2009). A saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários - avaliação e referenciação. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(5), 569-75. <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10674>
- Meerman, S., Batstra, L., Grietens, H., & Frances, A. (2017). ADHD: A critical update for educational professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 12(S1), 1298267. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1298267>
- Moore, D., Richardson, M., Gwernan-Jones, R., Thompson-Coon, J., Stein, K., Rogers, M., Garside, R., Logan, S., & Ford, T. (2015). Non-pharmacological interventions for ADHD in school settings: An overarching synthesis of systematic reviews. *Journal of Attention Disorders*, 23(3), 1-14. <https://doi.org/10.1177/1087054715573994>
- Moreno-García, I., Meneres-Sancho, S., Camacho-Vara de Rey, C., & Servera-Barceló, M. (2017). A randomized controlled trial to examine the posttreatment efficacy of neurofeedback, behavior therapy, and pharmacology on ADHD measures. *Journal of Attention Disorders*, 23(4), 374-383. <https://doi.org/10.1177/1087054717693371>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2008). *Attention deficit hyperactivity activity disorder: diagnosis and management*. NICE Guidelines. <https://doi.org/978-1-4731-1674-0>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2019). *Attention deficit hyperactivity activity disorder: Diagnosis and management*. NICE Guidelines. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
- OECD (2019). *Education at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/f8d7880d-en>
- Oliveira, L., Pereira, M., Medeiros, M., & Serrano, A. (2015). PHDA: O que há de novo no DSM -5?. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 49(2), 75-94. <https://doi.org/10.14195/1647>
- Palumbo, D., Sallee, F., Pelham, W., Bukstein, O., McDermott, M., & The CAT Study Group. (2005, October). *Clonidine in attention treatment: Primary outcomes* [Poster]. Annual meeting of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Toronto, Canada.
- Pereira, S., Ferreira, A., Azevedo, A., Barroso, C., & Monteiro, V. (2018). Illicit use of Methylphenidate: the other side of the medical prescription. *Birth and Growth Medical Journal*, 27(2), 98-104. <https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v27.i2.13022>
- Pelham, W. E., Burrows-MacLean, L., Gnagy, E. M., Fabiano, G. A., Coles, E. K., Wymbs, B. T., Chacko, A., Walker, K. S., Wymbs, F., Garefino, A., Hoffman, M. T., Waxmonsky, J. G., & Waschbusch D. A. (2014).

- A dose-ranging study of behavioral and pharmacological treatment in social settings for children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 1019-1031. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180355>
- Pfiffner, L. J., & Haack, L. M. (2015). Nonpharmacologic treatments for childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and their combination with medication. In P. E. Nathan & L. J. Pfiffner (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 55-84). Oxford University Press.
- Polanczyk, G., Willcutt, E., Salum, G., Kieling, C., & Rohde, L. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434-442. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- Safer, D., & Zito, J. (2000). Pharmacoeconomics of methylphenidate and other stimulants for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. In L. Greenhill & B. Osman (Eds.), *Ritalin: Theory and practice* (2nd ed., pp. 7-26). Mary Ann Liebert.
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2017). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0)
- Sax, L., & Kautz, K. J. (2003). Who first suggest the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder? *Annals of Family Medicine*, 1(3), 171-174. <https://doi.org/10.1370/afm.3>
- Spencer, T. J., Brown, A., Seidman, L. J., Valera, E. M., Makris, N., Lomedico, A., Faraone, S.V., & Biederman, J. (2013). Effect of psychostimulants on brain structure and function in ADHD: A qualitative literature review of MRI-based neuroimaging studies. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(9), 902-917. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r08287>
- Stockl, K., Hughes, T., Jarrar, M., Secnik, K., & Perwien, A. (2003). Physician Perceptions of the Use of Medications for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 9(5), 416-23. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2003.9.5.416>
- Triguero Veloz Teixeira, M. C., de Freitas Marino, R. L., & Rodrigues Carreiro, L. R. (2015). Associations between inadequate parenting practices and behavioral problems in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *The Scientific World Journal*, 2015, 1-6. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/683062>
- Timimi, S., & Taylor, E. (2004). ADHD is best understood as a cultural construct. *British Journal of Psychiatry*, 184(1), 8-9. <http://doi.org/10.1192/bjp.184.1.8>
- Thomas, R., Mitchell, G. K., & Batstra, L. (2013) Attention-deficit/hyperactivity disorder: Are we helping or harming? *Bmj*, 347, f6172. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6172>
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994-e1001. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482>
- Walter, H. J., Gouze, K., & Lim, K. G. (2006). Teachers' beliefs about mental health needs in inner city elementary schools. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(1), 61-68. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000187243.17824.6c>
- Wilens, T. (2009). *Straight talk about psychiatric medications for kids*. The Guildford Press.
- Young, S., & Amarasinghe, J. (2010). Practitioner review: non-pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 51, 116-133. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02191.x>
- Zhou, Z., Betts, K. A., Bocharova, I., Kinrich, D., & Spalding, W. M. (2020). Concomitant use of psychotropic medication with stimulants for the treatment of ADHD in children and adolescents: A retrospective insurance claims study in the United States. *Journal of Attention Disorders*, 24(2), 336-347. <https://doi.org/10.1177/1087054718784668>

Historial do artigo

Recebido 02/2021
Aceite 06/2021
Publicado 12/2021