



ORDEM DOS MÉDICOS

COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DA PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

PARECER SOBRE O TRATAMENTO DA PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO

O Relatório do Gabinete de Informação e Planeamento Estratégico do INFARMED sobre "Medicamentos para a Hiperatividade com Déficit de Atenção" de 2015 revelou uma tendência crescente da prescrição destes fármacos em Portugal.

Esta constatação revelou a tendência que já era conhecida mas ainda não quantificada e suscitou algumas reações que carecem de enquadramento e análise.

Enquadramento

- 1- Um pressuposto básico subjacente à atividade médica e que é devidamente defendido pela Especialidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência é a do correto diagnóstico das situações, avaliação de todas as estratégias de intervenção disponíveis, o seu estadiamento por fases e, a todo o momento, a avaliação da razão Risco / Benefício para o doente de todas estas intervenções nas quais incluímos as farmacológicas;
- 2- Estudos (2015) (1) desenvolvidos na Europa, América do Norte, Ásia e Austrália têm revelado grandes aumentos de diagnóstico clínico de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) acompanhados de incrementos paralelos de utilização de medicamentos no seu tratamento. Outros estudos têm revelado que não haverá aumento de incidência da patologia mas sim um melhor reconhecimento e um alargamento dos critérios de diagnóstico (2015) (2).

Relativamente a opções terapêuticas em saúde mental infantil há um conjunto de intervenções disponíveis que, tal como diz o documento do INFARMED contemplam opções psicoterapêuticas, psicopedagógicas e psicofarmacológicas.

Em Psiquiatria da Infância e Adolescência as boas práticas têm consistido em:

- A- Aperfeiçoar mecanismos de diagnóstico em que são tidos em consideração os aspetos da relação familiar, as informações dos professores, a avaliação da criança ou jovem e todas as hipóteses de diagnósticos diferenciais.
- B- Considerar e discutir com os pais e jovem todas as formas de intervenção baseadas na evidência e que constam nas melhores referências da literatura (3,4,5,6,7,8);
- C- Diferenciar a intervenção em fases, iniciando pelas intervenções educativas, pedagógicas, parentais, psicoterapêuticas e intervir farmacologicamente quando as perturbações são relevantes e persistentes apesar do empenho nas fases anteriores (3).

Há espaços próprios de debate em relação às mais diversas opções nas reuniões e nas revistas científicas.

Nas revistas da área quer da vertente da psicologia, da pediatria ou da psiquiatria da infância tem havido um diálogo construtivo relativamente a indicações terapêuticas, vantagens e efeitos indesejáveis e estudos de risco / benefício das várias terapias.

Na generalidade, sabemos que os médicos portugueses têm uma boa noção das situações em que as crianças e adolescentes beneficiam da utilização de psicofármacos e que os utilizam nas doses que melhor servem a relação risco/ benefício. Também pensamos que os profissionais envolvidos na prescrição desses fármacos colocam em primeiro lugar a abordagem psicoterapêutica e pedagógica utilizando a psicofarmacologia da forma mais cuidadosa tal como se faz também no adulto; perante os dados disponíveis e as referências científicas não é possível fazer afirmações no sentido de que se esteja a prescrever em excesso ou inadequadamente em Portugal.

As polémicas entre médicos acerca da prescrição de fármacos não ajudam os utentes, lançam a suspeição nas famílias, criam insegurança quanto às opções terapêuticas iniciadas, prejudicam a adesão e reduzem a confiança das populações na classe médica em geral.

Especificamente em relação aos problemas de oposição, da conduta e de hiperatividade e défice de atenção deve dizer-se que há medidas e intervenções pedagógicas e psicoterapêuticas, centradas na criança e na relação familiar e educativa, de grande relevo e há intervenções psicofarmacológicas que são igualmente cruciais.

Os três tipos de intervenção devem ser conjugados e adaptados a cada caso de acordo com as circunstâncias e a sua gravidade.

Em benefício das crianças não devemos excluir nenhuma destas opções estratégicas e é errado tentar diabolizar os fármacos porque, tal como as outras opções, eles também desempenham um papel importante na promoção do equilíbrio psico-afetivo das crianças e jovens em muitas situações.

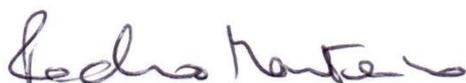
Dizer que se receita demais é generalizar uma acusação que não tem alvo definido e acaba por pairar, no subconsciente das famílias, sobre todos os casos que estão medicados.

Outro aspeto que devemos realçar é o facto de haver uma pressão crescente na sociedade no sentido da melhoria do sucesso escolar, do comportamento das crianças na escola e que se pode refletir numa pressão sobre os médicos no sentido de ajudar a conter farmacologicamente os problemas que não são contidos pela adequada relação familiar e educativa e por intervenções pedagógicas nas escolas onde se tem optado por menos professores, menos psicólogos e mais alunos por turma.

A DIRECÇÃO DO COLÉGIO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Dr. Pedro Monteiro
Dr. Juan Sanchez
Dr. Pedro Pires
Dr^a Olga Cordeiro
Dr. Nuno Farela Neves
Dr. José Garrido

Pela Direção



Bibliografia

1-Collishaw, S. (2015), Annual Research Review: Secular trends in child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56: 370–393. doi: 10.1111/jcpp.12372

2-Ruth Sellers, Barbara Maughan, Andrew Pickles, Anita Thapar and Stephan Collishaw (2015); Trends in parent- and teacher-rated emotional, conduct and ADHD problems and their impact in prepubertal children in Great Britain: 1999–2008, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Volume 56, Issue 1, pages 49–57, January 2015

3-Coghill and Seth (2015) Effective management of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) through structured re-assessment: The Dundee ADHD Clinical Care Pathway, *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*

4-Wolraich M, Brown L, Brown RT, DuPaul G, Earls M, Feldman HM, et al. (2011) ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2011;128:1007–22.

5-Pliszka SR, Crismon ML, Hughes CW, Corners CK, Emslie GJ, Jensen PS, et al. (2006) The Texas Children's Medication Algorithm Project: revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45:642–57.

6-Hill P, Taylor E. (2001) An auditable protocol for treating attention deficit/hyperactivity disorder. *Arch Dis Child*. 2001;84:404–9.

7-NICE. Methylphenidate, atomoxetine and dexamfetamine for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. Technology Appraisal 98. (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11572/33225/33225.pdf>).

8-NICE. Guidance on the use of methylphenidate (Ritalin, Equasym) for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in childhood. NICE technology appraisal guidance No 13. London, UK; 2000