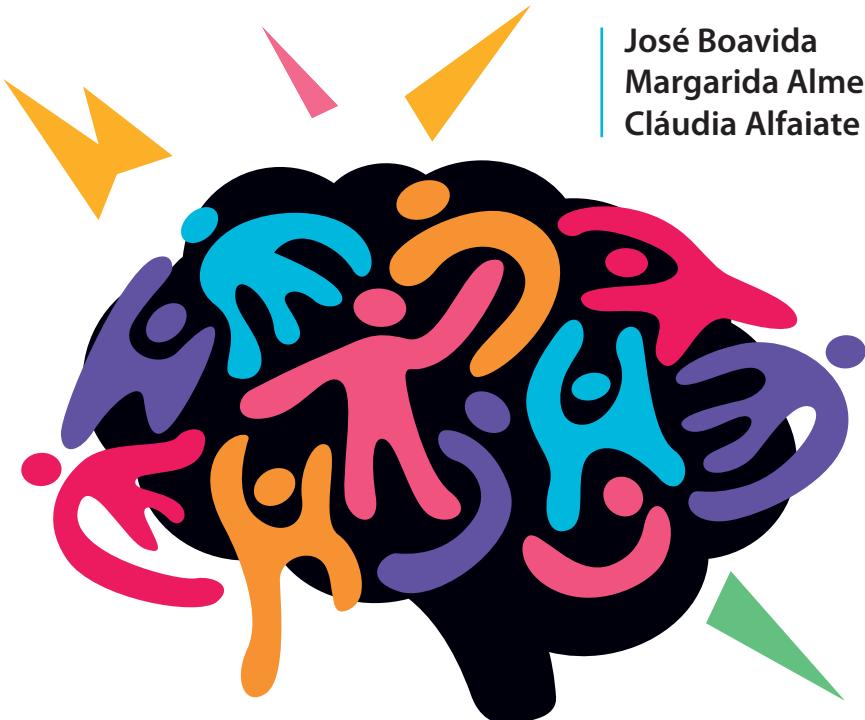


3.^a
Edição

Compreender a PHDA

Perturbação de Hiperatividade
e Défice de Atenção

José Boavida
Margarida Almeida
Cláudia Alfaiate



Índice

Autores	IX
Prefácio à 1.ª edição	XV
<i>Luís Borges</i>	
Nota introdutória	XVII
Siglas e acrónimos.....	XXI

PARTE I – PHDA: O que é, diagnóstico, avaliação, intervenção e prognóstico

1 O que é a PHDA?	3
2 A PHDA é uma entidade recente?	7
3 A PHDA é um problema comum?.....	11
4 Qual é a causa da PHDA?	13
5 Como se manifesta a PHDA?	23
6 Como é feito o diagnóstico?	27
7 Quais são os aspetos importantes da avaliação?.....	31
8 Que outros problemas podem estar associados à PHDA?	43
9 Quais são os aspetos gerais da terapêutica?	49
10 A intervenção envolve sempre fármacos?	51
11 Quais são os fármacos mais usados?.....	59
12 Evolução e prognóstico?.....	75

13 Resumindo o que foi dito até aqui.....	79
-------------------------------------------	----

PARTE II – Casos práticos e preconceitos

PHDA: Casos práticos	83
PHDA: Do preconceito à ciência.....	117
Referências bibliográficas.....	135
Bibliografia consultada	139
Índice remissivo	149

Autores

José Boavida

Concluiu a Licenciatura em Medicina na Universidade de Coimbra, em junho de 1978, e a especialização em Pediatria, em janeiro 1988, passando, a partir dessa data e até 2022, a desempenhar funções de pediatra do neurodesenvolvimento no Centro de Desenvolvimento da Criança Luís Borges do Hospital Pediátrico de Coimbra. Atualmente, é pediatra do neurodesenvolvimento do Hospital CUF Coimbra, do Hospital CUF Viseu, do Centro Pediátrico e Juvenil de Coimbra e do CAIPeD – Centro de Avaliação e Intervenção Pediátrica e do Desenvolvimento, Leiria.

Tem mantido essencialmente duas grandes áreas de interesse: a intervenção precoce na infância; e a perturbação de hiperatividade e défice de atenção.

Relativamente à intervenção precoce na infância, foi fundador e elemento da coordenação do Projeto Integrado de Intervenção Precoce do Distrito de Coimbra, como representante do Hospital Pediátrico de Coimbra desde o seu início, de outubro de 1989 até dezembro de 2000. Foi sócio fundador e vogal da direção da Associação Portage entre 1994 e 1996 e sócio fundador da Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP) em 1998, sendo presidente da direção desta última no período de 1998 a 2008. Integra a Eurlyaid (Associação Europeia de Intervenção Precoce na Infância) desde 1993. É membro fundador da European Association on Early Childhood Intervention (EAECI) desde a sua criação, em 2006.

Tem desenvolvido atividade docente no Curso de Mestrado em Intervenção Precoce da Universidade do Minho, em Braga, Instituto de

Estudos da Criança, na unidade curricular Aspetos Clínicos das Perturbações do Desenvolvimento, desde o ano letivo 2001/2002.

Foi representante do Ministério da Saúde, entre 1994 e 2007, nos diferentes Grupos Interdepartamentais de Intervenção Precoce, para preparação e avaliação do quadro legislativo na área.

Desde 2010, tem sido comissário nacional do Ministério da Saúde nas diferentes Comissões de Coordenação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), no âmbito do Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro.

Coordenou o Grupo de Trabalho SNIPI – ANIP/Im², que levou ao desenvolvimento do manual *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais*. Este guia está traduzido para inglês, búlgaro, polaco, eslovaco, húngaro, ucraniano, russo, turco, espanhol, grego, sérvio e albanês.

Participa desde 2014 em projetos de apoio à implementação de sistemas de intervenção precoce na infância em países do leste europeu, na qualidade de perito internacional, no âmbito da Eurlyaid.

No que concerne à perturbação de hiperatividade e défice de atenção, criou a primeira consulta formal de hiperatividade do país em janeiro 1989, com equipa estabelecida (dois pediatras, um psicólogo da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e um professor de educação especial).

Foi o responsável pela Unidade de Défice de Atenção do Hospital Pediátrico de Coimbra até 2022.

É membro da Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA) desde outubro de 2013, membro n.º 359 da World Federation of ADHD desde agosto de 2015 e membro do grupo europeu Eunethydis.

Tem organizado múltiplos cursos e congressos sobre perturbação de hiperatividade e défice de atenção, nomeadamente o maior evento

nacional dedicado ao tema, “Simpósio de PHDA”, que conta com a presença de grandes clínicos e investigadores internacionais.

É membro do Conselho de Fundadores e da direção da Sociedade Portuguesa de Défice de Atenção (SPDA), criada em outubro de 2016.

Na área do neurodesenvolvimento, tem largas centenas de participações em conferências nacionais e internacionais, bem como múltiplos artigos científicos e capítulos de livros publicados em Portugal e no estrangeiro.

Margarida Almeida

Concluiu, em 1979, o Curso Normal de Educadoras de Infância pela Escola do Magistério Infantil de Coimbra. No ano de 1996, licenciou-se em Psicologia, ramo de Psicologia do Desenvolvimento, pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Em 2002, concluiu a Pós-graduação em Tratamento Psicológico: Manuais Terapêuticos Empiricamente no Colégio Universitário de Altos Estudos, no Porto. Em 2007, concluiu o Mestrado em Psicologia, na área de especialização em avaliação psicológica, pela Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra. Em 2013, é-lhe atribuído o grau de líder certificada no programa “Anos Incríveis”. É sócia fundadora e membro da direção da Sociedade Portuguesa de Défice de Atenção (SPDA). É membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses (especialidade em Psicologia Clínica e da Saúde, especialidade avançada em Necessidades Educativas Especiais).

De setembro de 1979 a abril de 1982, desenvolveu a sua atividade profissional como educadora de infância em jardim de infância da rede pública, no distrito de Coimbra.

Em abril de 1982, toma posse no Centro Hospitalar de Coimbra e integra a equipa multidisciplinar do Centro de Desenvolvimento da Criança Luís Borges do Hospital Pediátrico de Coimbra. De 1992 a 1994, integra a equipa multidisciplinar do Projeto Integrado de Intervenção Precoce do Núcleo de Coimbra, como elemento do Hospital

Pediátrico, e apoia no domicílio famílias/crianças com problemas de desenvolvimento. De 1996 a 2023, exerceu funções de psicóloga no Centro de Desenvolvimento da Criança Luís Borges do Hospital Pediátrico de Coimbra, em particular na Unidade de Défice de Atenção do referido centro, tendo a seu cargo a avaliação psicológica/neuropsicológica e a intervenção em crianças e adolescentes.

Tem colaborado em vários projetos de investigação, nomeadamente, no projeto “Prevenção/Intervenção Precoces em Distúrbios de Comportamento: Eficácia de Programas Parentais e Escolares” (2010 a 2013, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia – FCT: PTDC/PSI-PED/102556/2008). Desde 2008, tem dinamizado grupos de treino parental com o programa “Anos Incríveis” e é uma das responsáveis pela implementação do referido programa no Centro de Desenvolvimento da Criança Luís Borges do Hospital Pediátrico de Coimbra. Tem vários artigos publicados em revistas nacionais e internacionais, assim como apresentações orais e comunicações-póster (nacionais e internacionais).

Atualmente, é psicóloga do Centro Cirúrgico de Coimbra, cujas principais áreas de interesse são o aconselhamento parental, a avaliação/intervenção do desenvolvimento em idade pré-escolar e escolar, a avaliação e a intervenção na PHDA em crianças e jovens, bem como a avaliação psicológica e neuropsicológica em crianças e adolescentes.

Cláudia Alfaiate

Concluiu, em 2004, a Licenciatura em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, pré-especialização em Avaliação Psicológica, Defectologia e Reabilitação. Em 2009, concluiu o Mestrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia do Desenvolvimento, pela mesma Faculdade, com a dissertação *O impacto da perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) (subtipo combinado) no funcionamento neuropsicológico: Estudos de validade com a Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (BANC)*.

Em termos profissionais, colaborou, entre 2004 e 2008, nas consultas de desenvolvimento e neuropediatria do Centro de Desenvolvimento da Criança Luís Borges do Hospital Pediátrico de Coimbra, em particular na Unidade de Défice de Atenção do referido centro, onde fez parte integrante da equipa responsável pelo projeto de investigação “A perturbação de hiperactividade e défice de atenção na criança: Impacto nas funções cognitivas e neuropsicológicas, no comportamento e na aprendizagem – Avaliação com e sem metilfenidato”. Entretanto, entre 2008 e 2011, exerceu as funções de psicóloga nas equipas locais de intervenção precoce e na equipa técnica da Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP). Posteriormente, entre 2011 e 2016, retomou consultas de desenvolvimento e de neuropediatria no Centro de Desenvolvimento da Criança do Hospital Pediátrico de Coimbra, onde, entre outras consultas, continuou a colaborar na atividade da Unidade de Défice de Atenção do Hospital Pediátrico de Coimbra: consultas; projetos de investigação; organização do simpósio anual de PHDA.

Exerce, desde 2004, atividade em contexto privado, sendo, atualmente, diretora clínica do Crescer Melhor – Espaço de Formação e Promoção do Desenvolvimento Infantil.

Desde 2008, tem igualmente dinamizado grupos de treino parental, no decurso da formação *Parent Group Leader Training – The Incredible Years*.

Tem artigos publicados em coautoria e apresentações orais e comunicações-póster nacionais e internacionais.

Membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses (especialidade em Psicologia Clínica e da Saúde, especialidades avançadas em Neuropsicologia, Intervenção Precoce e Necessidades Educativas Especiais).

Formadora certificada na área e domínio A47 Psicologia/Psicossociologia (registo CCPFC/RFO-28867/11) pelo Conselho Científico-Pedagógico da Formação Contínua de Professores.

Prefácio à 1.ª edição

O Centro de Desenvolvimento da Criança do Hospital Pediátrico de Coimbra foi a primeira instituição de saúde a organizar, em 1989, a primeira consulta de défice de atenção/hiperatividade/impulsividade.

Apesar de ser uma situação clínica que afeta 7-10% das crianças e adolescentes e 4% dos adultos e de ser uma situação crónica que vai criar grandes dificuldades ao nível social, de aprendizagem, de formação profissional e emprego, com uma comorbilidade frequente, continua a ser relativamente desconhecida do público, em geral, e das famílias, dos professores e dos profissionais de saúde, em particular.

Por esta razão, senti imenso orgulho em prefaciar um livro que considero muito útil e necessário, em que elementos da equipa da consulta de hiperatividade do Centro de Desenvolvimento do Hospital Pediátrico, de modo simples, facilmente comprehensível para todos os que se interessam por este problema, escrevem com base numa longa experiência de observação de crianças e adolescentes com perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) e de contacto com as famílias.

Depois de ler este interessante livro, estou seguro de que terá o êxito que merece, por ser baseado num saber feito de experiência.

Luís Borges
Neuropediatra

Fundador do Centro de Desenvolvimento da Criança
do Hospital Pediátrico da Unidade Local de Saúde de Coimbra, EPE

Nota introdutória

A perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) tem sido amplamente abordada na literatura médica, educativa, psicológica e social, sendo também um tema recorrente na comunicação social.

Descrita pela primeira vez no século xviii, a PHDA é, atualmente, a perturbação de saúde mental pertencente ao grupo das perturbações do neurodesenvolvimento (PND) mais estudada, com o maior número de publicações científicas e trabalhos de investigação.

Trata-se de uma perturbação de base neurobiológica, um problema real que afeta indivíduos de todas as idades, de ambos os sexos, bem como de qualquer nível cognitivo, ambiente socioeconómico ou etnia.

O diagnóstico da PHDA é um processo complexo, que exige a presença de uma série de sintomas e a demonstração de dificuldades significativas nos aspetos fundamentais da vida diária (como a escola, o trabalho ou as relações) durante um período prolongado. Para tornar o diagnóstico ainda mais desafiante, muitos dos sintomas podem ser confundidos com formas extremas de comportamentos normais, sendo que várias outras condições de saúde mental partilham sintomas semelhantes. Não existe qualquer teste ou exame complementar que confirme ou exclua o diagnóstico de PHDA; este depende exclusivamente da observação e da análise criteriosa dos sinais clínicos.

A PHDA raramente se apresenta isolada, sendo com frequência associada a outros problemas de saúde mental.

Contrariamente ao que algumas pessoas possam pensar, a PHDA não é um problema benigno. Quando não diagnosticada e tratada

adequadamente, pode resultar numa série de consequências negativas, como:

- Insucesso educativo;
- Problemas no emprego, na produtividade e na qualificação;
- Dificuldades relacionais e familiares;
- Maior incidência de acidentes e maior mortalidade;
- Aumento das dependências e da criminalidade.

Os custos sociais da PHDA são substanciais, sendo considerada uma das doenças crónicas mais dispendiosas. De acordo com diversos especialistas internacionais, avaliar, diagnosticar e tratar este problema não só melhora a qualidade de vida de uma parte significativa da população, como também pode gerar uma poupança considerável para a sociedade, em termos económicos.

É, hoje, amplamente reconhecido pela comunidade científica mundial que a PHDA não é, como se acreditava anteriormente, o resultado de fracassos morais, deficiências nas capacidades parentais, excesso de televisão, alergias alimentares, consumo excessivo de açúcar ou refrigerantes. Trata-se, antes, de uma condição de base genética, com origem no cérebro.

Torna-se cada vez mais relevante distinguir entre percepções equívocadas, preconceitos e mitos e a crescente evidência científica que, de forma sólida, esclarece a PHDA como uma das condições do neurodesenvolvimento e da saúde mental mais investigadas, sob diversas perspetivas: clínica; psicológica; neurobiológica; genética; e social. Reduzir a distância entre o conhecimento científico comprovado e as ideias preconcebidas veiculadas socialmente é fundamental para um entendimento mais preciso desta condição.

Este livro tem como objetivo fornecer informação cientificamente fundamentada, apoiada numa vasta gama de estudos, com o intuito de promover uma mudança de paradigma na compreensão desta condição de elevada incidência e prevalência.

Esta obra está estruturada em duas partes. A primeira aborda tópicos teóricos como a história da PHDA, a sua etiologia, diagnóstico, avaliação, abordagens farmacológica e não farmacológica, evolução e prognóstico. A segunda parte apresenta e discute casos clínicos, proporcionando uma perspetiva mais prática, ao mesmo tempo que confronta preconceitos populares com os dados da mais avançada evidência científica. Por fim, apresenta-se com uma extensa bibliografia usada e consultada.

Este livro destina-se não apenas a profissionais da área (médicos, psicólogos, educadores, professores, entre outros interessados), mas também a pais de crianças e jovens com PHDA ou até aos próprios indivíduos que convivem com esta condição.

Para todos os que se interessam pela PHDA, é importante mencionar a criação, em outubro de 2016, da Sociedade Portuguesa de Défice de Atenção (SPDA)ⁱ. Esta sociedade científica reúne um vasto leque de especialistas e investigadores interessados em desenvolver atividades na área da PHDA, com o objetivo de apoiar profissionais que prestam cuidados a indivíduos de todas as idades com esta condição e às suas famílias, bem como promover boas práticas e investigação. A SPDA é responsável pela organização anual do Congresso Nacional de PHDA e por ações de formação na área.

Os Autores

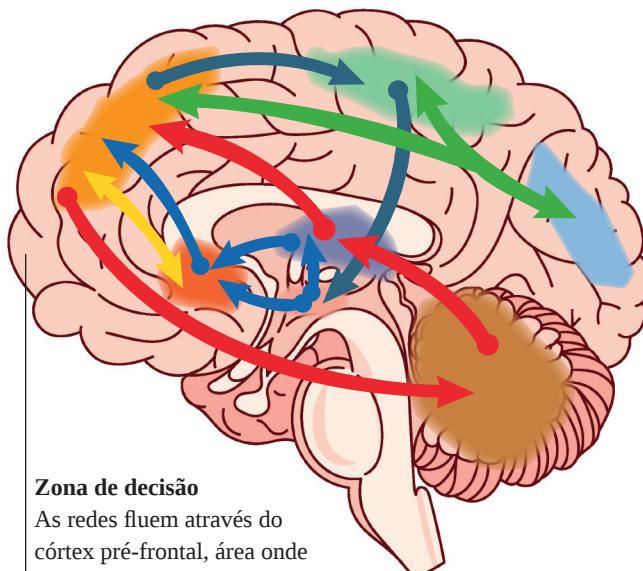


Adaptado de Brown (2013).

Figura 4.1 – Funções executivas afetadas na PHDA

A investigação imagiológica estrutural e funcional mostra diferenças nos cérebros dos indivíduos com PHDA, sendo algumas das mais significativas as seguintes:

- Atraso de 3-5 anos na maturação cerebral em certas áreas;
- Espessura cortical e volume cerebral ligeiramente inferiores;
- Regiões subcorticais do cérebro menores (redução bilateral dos volumes da amígdala, do núcleo *accumbens* e do hipocampo, do caudato e do putâmen);
- Regiões corticais: Superfície menor no frontal, no temporal e no cingulado. Polo temporal e giros fusiforme mais finos;
- Subativação consistente e replicável em regiões típicas de controlo inibitório, como o córtex frontal inferior direito, a área motora suplementar e os gânglios da base;



Regiões cerebrais

- Núcleo *accumbens*
- Cortex pré-frontal
- Tálamo
- Núcleos da base
- Cerebelo
- Cortex motor suplementar
- Cortex parietal

Redes neuronais

- → Rede de recompensa
- → Rede de função executiva
- → Rede frontocerebelosa
- → Rede frontoestriada
- → Rede atencional

Adaptado de Purper-Ouakil et al. (2011). Ilustração: © Bulgakova Kristina.

Figura 4.2 – O cérebro PHDA

As cinco redes neuronais envolvidas são:

- **Rede de recompensa:** Envolve o cortex pré-frontal, o núcleo *accumbens*, o tálamo e os núcleos da base. É essencial para a consolidação e a evocação da memória, o processamento sensorial espacial e contextual, a integração de associações estímu-lo-recompensa, os comportamentos guiados por recompensa e a regulação do humor. Esta rede desempenha um papel crucial

na seleção do que é importante e digno de atenção. Notavelmente, o núcleo *accumbens*, considerado o centro da recompensa, está subestimado em indivíduos com PHDA;

- **Rede de função executiva:** Compreende o córtex pré-frontal, o córtex motor suplementar e os núcleos da base. Esta rede é vital para a alocação do controlo cognitivo. Após decidir o que fazer, ela determina como realizar essa ação. As funções executivas incluem planeamento, organização e memória de trabalho. Como mencionado anteriormente, a maioria das pessoas com PHDA apresenta disfunção nas funções executivas;
- **Rede frontocerebelosa:** Conecta as regiões corticais frontais ao cerebelo, e vice-versa, passando pelo tálamo. Recentemente, demonstrou-se que o cerebelo contribui para a organização das funções corticais superiores. Esta rede é responsável pela execução eficiente das tarefas, aumentando a coordenação, a precisão e a eficácia do movimento e do pensamento. O cerebelo também pode atuar como um relógio interno, e a disfunção desta rede pode resultar em dificuldades na gestão do tempo;
- **Rede frontoestriada:** Engloba o córtex pré-frontal e o estriado. É importante para iniciar a atenção, facilitar a transição suave entre tarefas, filtrar distrações e recolher informações do ambiente;
- **Rede atencional:** Inclui o córtex pré-frontal, o córtex motor suplementar e o córtex parietal na superfície do hemisfério direito. O corpo caloso, que é responsável pela transferência de informações entre os hemisférios para as áreas parietal, temporal e occipital, assim como os núcleos talâmicos, desempenha um papel fundamental na atenção. Esta rede é essencial para a manutenção da atenção nas tarefas. É importante notar que nem todas as crianças com PHDA são hiperativas: muitas apresentam apenas desatenção, distraem-se facilmente, são esquecidas, desorganizadas e têm dificuldade em focar.

A interação entre genes e ambiente é crucial no desenvolvimento do fenótipo da PHDA, sendo que fatores não genéticos desempenham um papel determinante. Entre estes, a exposição pré-natal a substâncias

no funcionamento social, académico ou ocupacional (Quadros 6.1 e 6.2);

- B.** Alguns dos sintomas que causam disfunção estão presentes antes dos 12 anos, embora possam ser reconhecidos apenas mais tarde;
- C.** Os sintomas estão presentes em duas ou mais situações (por exemplo, em casa, na escola ou no trabalho, com amigos ou familiares e noutras atividades);
- D.** Deve haver clara evidência de disfunção clinicamente significativa no funcionamento social, académico ou ocupacional;
- E.** Os sintomas não ocorrem exclusivamente no decurso de esquizofrenia ou outro surto psicótico e não são mais bem explicados por outras doenças mentais (por exemplo, perturbação do humor, de ansiedade, dissociativa ou da personalidade).

Quadro 6.1 – Critério A1: sintomas de desatenção

A1	Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção, presentes há pelo menos 6 meses, de forma inconsistente com o nível de desenvolvimento e com impacto direto no funcionamento social, académico ou ocupacional
(a)	Não dá atenção aos detalhes ou comete erros por desatenção, no trabalho escolar ou outras atividades (por exemplo, perde detalhes, trabalho impreciso)
(b)	Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (por exemplo, dificuldade em se manter focado em aulas, conferências, conversas ou na leitura de textos longos)
(c)	Parece não escutar quando lhe falam diretamente (por exemplo, parece ter a mente noutro local, mesmo na ausência de uma distração óbvia)
(d)	Não segue instruções e tem dificuldade em terminar trabalhos de casa ou tarefas no local de trabalho (por exemplo, inicia tarefas mas rapidamente “desliga” e muda de atividade e não acaba trabalhos de casa, atividades domésticas ou tarefas no local de trabalho)
(e)	Dificuldade em organizar tarefas e atividades (por exemplo, dificuldade em gerir tarefas sequenciais e em manter os materiais e os pertences organizados, é desarrumado e desorganizado, faz má gestão do tempo e tem dificuldade em cumprir prazos)
(f)	Evita, não gosta ou é relutante em iniciar tarefas que requeiram esforço mental prolongado (por exemplo, realizar trabalhos escolares ou, em adulto, elaborar relatórios, preencher formulários ou rever artigos grandes)

(continua)

(continuação)

(g)	Perde facilmente o material necessário para tarefas e atividades (por exemplo, material escolar, lápis, borrachas, régua, chaves, óculos, telemóveis, etc.)
(h)	Distraí-se facilmente com estímulos extrínsecos (em adolescentes e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados com a atividade)
(i)	Esquece-se com facilidade das tarefas diárias (por exemplo, trabalhos de casa; em adolescentes e adultos, pode incluir devolver chamadas, pagar contas, falhar reuniões)

Quadro 6.2 – Critério A2: sintomas de hiperatividade/impulsividade (DSM-5-TR)

A2	Seis (ou mais) sintomas de hiperatividade/impulsividade, presentes há pelo menos 6 meses, de forma inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tem impacto direto no funcionamento social, académico ou ocupacional
(a)	Mexe excessivamente mãos e pés ou mexe-se no assento
(b)	Não se mantém sentado quando deve (por exemplo, levanta-se do lugar na sala de aula, ou no local de trabalho ou noutras situações em que deve permanecer sentado)
(c)	Corre e trepa de forma excessiva em situações inapropriadas (em adolescentes e adultos, pode limitar-se a sentir-se impaciente)
(d)	Dificuldade em se envolver em atividades de jogo ou lazer de forma calma
(e)	Está sempre pronto a mudar ou atua como se estivesse ligado a um motor (por exemplo, incapaz ou desconfortável por ter de ficar quieto durante muito tempo, como em restaurantes e reuniões; pode ser percecionado por outros como sendo inquieto e difícil de acompanhar)
(f)	Fala demasiado
(g)	Responde a questões que não foram concluídas (por exemplo, completa as frases dos outros e salta nas conversas, não consegue esperar pela vez nas conversas)
(h)	Dificuldade em esperar pela vez (por exemplo, em filas)
(i)	Interrompe ou perturba os outros (por exemplo, intromete-se em conversas, jogos ou atividades, pode usar as coisas de outros sem pedir autorização; adolescentes e adultos podem intrometer-se no que os outros estão a fazer)

No final da adolescência e idade adulta (17 ou mais anos), apenas são necessários cinco critérios de desatenção e/ou de hiperatividade/impulsividade.

O Quadro 6.3 apresenta os aspetos a especificar, nomeadamente os relacionados com a forma de apresentação clínica e com a gravidade.

fazer-se uma pesquisa detalhada acerca de cada um dos 18 sintomas de PHDA listados na classificação do DSM-5 (APA, 2013), conforme modelo apresentado na Tabela 7.1.

Tabela 7.1 – Entrevista estruturada para obtenção de critérios do DSM-5: idade escolar

	Não	Sim
A. Sintomas de desatenção, presentes há pelo menos 6 meses, de forma que é claramente mal-adaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento		
Frequentemente, não presta atenção a detalhes ou comete erros por não estar atento?		
Frequentemente, tem dificuldade em manter a atenção no que está a fazer?		
Frequentemente, não parece escutar quando lhe falam diretamente?		
Frequentemente, tem dificuldade em seguir instruções ou em terminar os trabalhos de casa ou outras tarefas?		
Tem frequentemente dificuldade em organizar tarefas e atividades?		
Frequentemente, evita e não gosta de se envolver em atividades que requeiram um esforço mental prolongado (como trabalhos escolares)?		
Frequentemente, perde material necessário para as atividades (lápis, livros, canetas, trabalhos de casa, brinquedos, etc.)?		
Distraí-se com muita facilidade com estímulos exteriores?		
Frequentemente, esquece-se das tarefas diárias?		
B. Sintomas de hiperatividade/impulsividade, presentes há pelo menos 6 meses, de forma que é claramente mal-adaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento		
Mexe excessivamente as mãos e os pés?	Não	Sim
Levanta-se do lugar na sala de aula ou noutras situações em que deveria permanecer sentado?		
Frequentemente, corre e trepa em excesso, em situações em que não o devia fazer?		
Frequentemente, tem muita dificuldade em se envolver em atividades em que tem de estar sossegado?		
Está sempre a mudar de atividade ou atua como se tivesse um motor?		
Frequentemente, fala em excesso?		
Frequentemente, responde antes de ouvir a pergunta toda?		
Tem muita dificuldade em esperar pela sua vez?		
Frequentemente, interrompe ou intromete-se nas atividades dos outros?		

Formulações e posologia

Em Portugal, está disponível o metilfenidato em várias formulações – de curta, média e longa ação –, com os nomes comerciais Rubifen®, Ritalina LA® e Concerta®, respetivamente. Além disso, existe uma anfetamina, o dimesilato de lisdexanfetamina, comercializado como Elvanse®.

Além dos fármacos mencionados na Tabela 11.1, estão disponíveis vários genéricos do Concerta® e da Ritalina LA®. No entanto, o *feedback* de algumas famílias, jovens e adultos nem sempre é positivo. As principais queixas referem-se ao tempo de ação e à forma de liberação dos medicamentos ao longo do dia. Em pelo menos dois dos genéricos do Concerta®, o mecanismo de liberação não utiliza o *Osmotic Release Oral System (OROS®)*, e, apesar de na bula referir que os comprimidos devem ser tomados inteiros, são ranhurados, o que pode levar à divisão indevida. Embora sejam apresentados como bioequivalentes, existem diferenças clínica e estatisticamente significativas entre os genéricos e o Concerta®.

Tabela 11.1 – Medicação estimulante disponível em Portugal

	Nome comercial			
	Rubifen®	Ritalina LA®	Concerta® e genéricos	Elvanse®
Apresentação	5, 10 e 20 mg (comprimido)	20, 30, 40 e 60 mg (cápsula)	18, 27, 36 e 54 mg (comprimido)	30, 50 e 70 mg (cápsula)
Início do tratamento	5-10 mg	20 mg	18 mg	30 mg
Dosagem diária	5-60 mg	20-60 mg	18-72 mg	30-70 mg
Duração	3-4 horas	6-8 horas	10-12 horas	10-13 horas

Segundo alguns autores, as formulações de longa duração devem ser consideradas como a primeira opção, pois reduzem o número de doses diárias, aumentam a adesão à medicação e melhoram a cobertura dos sintomas, além da resposta terapêutica. Ao requererem apenas uma administração diária, estas formulações evitam a necessidade de doses durante o período escolar, o que ajuda a prevenir a

A transição pode ser feita imediatamente, sem necessidade de desmame, devendo o novo estimulante ser iniciado com doses baixas e aumentos graduais. Além disso, a evidência científica sobre os benefícios da associação de atomoxetina a um estimulante é limitada e não robusta.

Fármacos não estimulantes

A atomoxetina é o primeiro, e único, fármaco não estimulante aprovado para o tratamento da PHDA em Portugal. Trata-se de um simpaticomimético de ação central que bloqueia a recaptação da norepinefrina, sendo comprovadamente eficaz e seguro.

A utilização da atomoxetina está indicada nas seguintes situações:

- Contraindicações ao uso de estimulantes;
- Agravamento de tiques, ansiedade ou problemas de sono;
- Pouca resposta terapêutica após 6 semanas de tratamento com metilfenidato e lisdexanfetamina em doses adequadas;
- Intolerância aos efeitos do metilfenidato ou ao perfil de longa duração da lisdexanfetamina;
- Necessidade de cobertura contínua de 24 horas;
- Perturbações concomitantes relativas ao uso de substâncias ou risco de uso indevido.

A atomoxetina deve ser administrada numa dose única diária, com o início recomendado de 0,5 mg/kg, aumentando a partir da segunda semana para 1,2-1,4 mg/kg, até um máximo de 100 mg em adolescentes ou adultos. É importante informar os pais de que o medicamento deve ser tomado sem interrupções e de que os primeiros efeitos podem demorar a aparecer, tornando-se significativos apenas a partir da terceira ou quarta semanas e evidentes até à 12.^a semana (Quadro 11.2).

Caso prático 3

Não há bela sem senão

Descrição

O Ricardo veio pela primeira vez à consulta aos 15 anos. Frequentava o 9.º ano e não há registo de retenções, embora nos últimos 2 anos as dificuldades tenham crescido e tenha baixado as notas. No ano anterior, teve as primeiras negativas da vida, embora sem compromisso significativo do sucesso.

O Ricardo considera que sempre foi impulsivo e, em termos comportamentais, sempre houve referência a umas atitudes menos adequadas dentro da sala de aula. É um jovem muito falador e bem-disposto, falando com frequência com os colegas e, por este facto, perturbando o funcionamento da aula.

Relativamente à história pessoal e familiar, não há dados significativos, embora o pai ache que em criança era parecido e alvo de algumas queixas comportamentais. Ambos os progenitores concluíram cursos superiores e a irmã de 13 anos não apresentava queixas semelhantes.

A avaliação comportamental e psicológica efetuada evidenciou dificuldades com a atenção, até aí pouco significativas. A resposta à medicação com estimulante de longa duração foi excelente, com melhoria

importante do rendimento e na redução dos comportamentos impulsivos, embora não desprovida de efeitos secundários. O Ricardo sentia-se menos comunicativo e sem vontade de socializar quando estava medicado.

Durante uma consulta de acompanhamento aos 17 anos, o Ricardo apresentou-se com uma disposição significativamente melhor do que o habitual. Confessou que, a pedido dos colegas, não tomou a medicação naquele dia, já que tinha uma festa de aniversário e lhe foi solicitado que não a utilizasse para poder participar de forma mais animada e natural.

Brinquei com ele, comentando que realmente parecia outra pessoa sem a medicação. Estava sorridente, brincalhão, bem-disposto e até mais simpático. Em tom provocatório, perguntei-lhe: “Se te sentes melhor sem a medicação, porque a tomas?”. Ele respondeu que, embora tivesse uma disposição e um sentido de humor diferentes e melhores, saía das aulas da mesma forma como tinha entrado, sem conseguir prestar atenção ao que se passava e, muito frequentemente, até tinha faltas disciplinares por estar sempre a conversar com os colegas.

Neste momento, o Ricardo já teve alta da consulta, concluiu um curso de psicologia e manteve a necessidade da medicação durante a sua frequência.

Em resumo

A situação

O Ricardo era um jovem adolescente com PHDA, com boa resposta aos estimulantes.

O problema

Os efeitos secundários do metilfenidato tiravam-lhe a boa-disposição.

A solução

Foi encontrada pelo próprio adolescente, interrompendo a medicação em situações em que se queria divertir.

Preconceito 1

**O principal problema das crianças com PHDA
é o comportamento hiperativo e impulsivo,
o que, por sua vez, leva ao défice de atenção!**

Em Portugal, a designação oficial desta perturbação do neurodesenvolvimento ficou “refém” de uma má tradução. PHDA é a designação oficial das versões portuguesas do DSM. Contrariamente ao termo em inglês, *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD), à denominação espanhola, *trastorno por déficit de atención e hiperactividad* (TDAH), e à designação do Brasil, “transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), a tradução portuguesa coloca toda a ênfase na hiperatividade e secundariza o défice de atenção, claramente o aspeto mais importante desta síndrome. A investigação mostra, hoje, que a hiperatividade é secundária ao défice de atenção, e não o oposto, como se pensava até há pouco.

O problema principal e mais persistente da PHDA é o défice de atenção.

Preconceito 2

**A PHDA é essencialmente um problema
comportamental!**

Durante muito tempo, a PHDA foi considerada um problema de rapazes nos primeiros anos de escolaridade, hiperativos, incapazes de

Compreender a PHDA

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

Compreender a PHDA pode bem ser um primeiro passo para apoiar, acolher e, quem sabe, transformar vidas. PHDA são quatro letras que dizem muito, mas confundem muita gente. Significam perturbação de hiperatividade e défice de atenção. Em termos simples, é uma forma diferente de o cérebro funcionar. Pessoas com PHDA podem ter dificuldade em manter a atenção, controlar impulsos e manter-se quietas – mas isso não significa que sejam menos inteligentes, menos capazes ou “mal-educadas”. É apenas uma maneira diferente de viver o mundo, mas que pode ter um impacto significativo no funcionamento do indivíduo e dos seus próximos.

Este livro foi escrito para quem quer entender a PHDA de forma simples, direta e humana: sem linguagem técnica muito complicada, sem julgamentos e com alguns exemplos do dia a dia.

Se é **profissional de saúde, mãe, pai, educador ou alguém que vive com PHDA**, encontrará aqui explicações claras, estratégias práticas e, acima de tudo, informação e alguma empatia. Fala-se sobre o que é a PHDA, como se manifesta em diferentes idades, como é feito o diagnóstico e quais são as opções de tratamento. Este é assim um guia essencial para quem quer ajudar, apoiar ou simplesmente compreender melhor o que é viver com PHDA.

José Boavida

Pediatra do neurodesenvolvimento responsável pela Consulta de PHDA do Hospital Pediátrico de Coimbra de 1989 a 2022. Atualmente, é pediatra do neurodesenvolvimento do Hospital CUF Coimbra, do Hospital CUF Viseu, do Centro Pediátrico e Juvenil de Coimbra e do CAIPeD – Centro de Avaliação e Intervenção Pediátrica e do Desenvolvimento, Leiria. Fundador da Sociedade Portuguesa de Défice de Atenção.

Margarida Almeida

Psicóloga da Consulta de Desenvolvimento do Centro de Desenvolvimento da Criança do Hospital Pediátrico de Coimbra de 1996 a 2023. Atualmente, faz consultas de Psicologia no Centro Cirúrgico de Coimbra na área da avaliação psicológica e neuropsicológica em crianças e adolescentes. É líder certificada do programa “Anos Incríveis”.

Cláudia Alfaiate

Psicóloga da Consulta de PHDA do Hospital Pediátrico de Coimbra entre 2004 e 2016. Diretora clínica do Crescer Melhor – Espaço de Formação e Promoção do Desenvolvimento Infantil. Dinamizadora de grupos de treino parental, no decurso da formação *Parent Group Leader Training – The Incredible Years*.



ISBN 978-989-752-987-0



9 789897 529870

www.lidel.pt