

RAQUEL LEITÃO MADUREIRA FERREIRA

**A PERCEÇÃO DOS PROFESSORES DO 1º CICLO
RELATIVAMENTE À TERAPÊUTICA DA
PERTURBAÇÃO DA HIPERATIVIDADE E DÉFICE
DE ATENÇÃO**

Orientadora: Prof.^a Doutora Ana Sofia Fernandes

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde**

Lisboa

2019

RAQUEL LEITÃO MADUREIRA FERREIRA

**A PERCEÇÃO DOS PROFESSORES DO 1º CICLO
RELATIVAMENTE À TERAPÊUTICA DA
PERTURBAÇÃO DA HIPERATIVIDADE E DÉFICE
DE ATENÇÃO**

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 26/ 04 2019), perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação n.º: 27/2019, de 29 de janeiro de 2019, com a seguinte composição:

Presidente:

Prof. Doutor Luís Monteiro Rodrigues

Arguente:

Prof. Doutor João Guilherme Costa

Vogais:

Profª. Ana Mirco (Especialista ULHT)

Profª. Dulce Santos (Especialista ULHT)

Orientadora:

Profª. Doutora Ana Sofia Fernandes

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2019

Agradecimentos

A elaboração desta dissertação não seria possível sem a preciosa ajuda de algumas pessoas. Elas contribuíram para que tudo o que alcancei fosse possível e por isso merecem um agradecimento especial.

Em primeiro lugar, agradeço à minha mãe, sem ela não teria a oportunidade de tirar este curso. Obrigada por estares sempre presente, por me apoiares e por fazeres todos os sacrifícios para eu poder seguir os meus sonhos.

Em segundo lugar, e não menos importante agradeço à minha tia Odete. Nesta minha vinda para Lisboa acolheste-me, apoiaste-me e ajudaste-me em tudo o que necessitei e só te tenho a agradecer toda essa dedicação.

Agradeço também ao resto da minha família. Aos meus avós, tios e primos só tenho a agradecer todo o apoio que me dão.

E em especial agradeço também à minha orientadora, Professora Doutora Ana Sofia Fernandes, por todo o apoio, dedicação, disponibilidade e sabedoria. Foi uma Professora excepcional à qual só tenho a agradecer.

Resumo

A Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é caracterizada por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que afeta cerca de 5% da população em idade escolar. Os psicoestimulantes são os medicamentos de primeira linha e a monitoração da resposta terapêutica deve envolver profissionais de saúde, familiares e professores. Os professores, pelo maior contato com as crianças, podem mais facilmente detetar mudanças comportamentais no início da medicação. No entanto, poucos estudos têm focado o seu papel na gestão da terapêutica da PHDA.

O presente trabalho teve como objetivo caracterizar a perceção de professores do 1º ciclo acerca do impacto da terapêutica da PHDA nos seus alunos. Na ausência de um instrumento adequado para colher esses dados, foi construído um questionário, que focou a formação dos professores em PHDA e sua terapêutica; a experiência com alunos com PHDA e alterações observadas com a medicação; observação de possíveis reações adversas medicamentosas (RAM) e sua possível notificação aos médicos, familiares e ao Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF). A exequibilidade do questionário foi verificada num pré-teste aplicado pessoalmente a uma amostra de conveniência de 12 professores de uma escola da região de Lisboa e Vale do Tejo. Posteriormente, desenvolveu-se uma versão on-line do questionário que foi distribuída aos professores dessa região, tendo-se obtido um total de 107 respostas. Além disso, um pedopsiquiatra foi entrevistado por telefone, a fim de recolher dados sobre a sua interação com os professores na gestão da terapêutica da PHDA.

Os resultados indicam que mais de 40% dos professores inquiridos receberam formação em PHDA, mas na maioria dos casos o tema da terapêutica não foi incluído. Cerca de 87% mencionou a necessidade de ter mais formação. A grande maioria dos professores (91,6%) já teve alunos com PHDA e observou alterações essencialmente benéficas com a medicação. Mais de 60% dos professores responderam conhecer as reações adversas associadas à terapêutica e destes, 24% já as detetaram nos seus alunos. Destes, 93% reportaram a RAM observada aos pais e 28% aos médicos, mas nunca ao SNF. A entrevista ao pedopsiquiatra evidenciou que existe interação com os professores. Este afirmou ainda que não reporta as RAM observadas ao SNF devido à falta de informações sobre o processo de notificação.

Em conclusão, os resultados mostram a necessidade de reforçar a formação de professores em PHDA e sua terapêutica, bem como a necessidade de divulgar o SNF entre professores e médicos.

Palavras-chave: Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção, Professores, Crianças, Formação, Terapêutica farmacológica

Abstract

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is characterized by a persistent pattern of inattention and / or hyperactivity-impulsivity which affects 5% of the school-age population. The Psychostimulants is the first-line drugs and the monitoring of the response to therapy, should involve health professionals, family members and teachers. Teachers have a greater contact with children and can thus easily detect behavioral changes upon the beginning of medication. However, few studies have focused role of teachers in the management of therapeutics ADHD.

The present work had as objective to characterize the perception of 1st cycle teachers regarding the impact of ADHD therapeutics on their students. In the absence of an adequate instrument to collect these data, a questionnaire was constructed focused on teachers' training regarding ADHD and its therapy; the experience with students with ADHD; the changes upon beginning of medication; and the observation of adverse drug reactions (ADR) and possible notification to the physicians, family members and National Pharmacovigilance System (SNF). The feasibility of the questionnaire was verified in a pre-test applied personally to a convenience sample of 12 teachers from a school of Lisboa e Vale do Tejo region. Subsequently, an online version of the questionnaire was developed and distributed to teachers in this region, and a total of 107 responses were obtained. In addition, one pediatric psychiatrist was interviewed by telephone, in order to gather experiences regarding their interaction with teachers in the management of ADHA therapeutics.

The results indicate that more than 40% of the inquired teachers have received training in ADHA, but in most cases the theme of therapeutics was not included. About 87% of the teachers mentioned the need for more training. The vast majority of teachers (91.6%) have had students with ADHD and observed alterations generally in a beneficial with medication. More than 60% of the teachers answered that they are aware of the ADR and of these, 24% have already detected them in their students. The teachers reported the observed ADR to the parents in 93% of the cases and to the doctors in 28% of the cases, but never to the SNF. The interview with the pediatric psychiatrist highlighted the interaction with the teachers. He further stated do not report ADR to the SNF due to lack of information about the notification process.

In conclusion, the results show the need to reinforce teachers' training in ADHD and its therapeutics, as well as the need to spread the SNF amongst teachers and physicians.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Teachers, Children, Training, Pharmacological Therapy

Abreviaturas

APA	American Psychiatric Association
CRS-R	Conners' Rating Scales – Revised
DGEEC	Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais
FDA	U.S. Food & Drug Administration
MTA	Multimodal Treatment
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PHDA	Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção
RAM	Reação adversa medicamentosa
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SNF	Sistema Nacional de Farmacovigilância

Índice Geral

Introdução	10
Capítulo I – Enquadramento teórico	13
1.1. Fatores de Risco e Prognóstico	14
1.2. Prevalência	16
1.3. Critérios de Diagnóstico.....	17
1.4. Tratamento	20
1.5. Contexto escolar e a PHDA	28
Capítulo II – Metodologia	30
Questionário	31
2.1. Desenvolvimento do instrumento de recolha de dados	31
2.2. Recolha de dados.....	32
2.3. Tratamento de dados	32
Entrevista	33
Capítulo III – Resultados e discussão	34
Questionário pré-teste	35
Questionário versão online	37
Formação dos professores em PHDA e sua terapêutica.....	39
Experiência com alunos com PHDA e alterações observadas com a medicação.....	41
Reações adversas observadas	42
Entrevista	45
Papel do Farmacêutico	47
Conclusão	49
Bibliografia	51
Apêndices	i
Apêndice I – Questionário pré-teste.....	ii
Apêndice II – Carta de apresentação questionário pré-teste	iv
Apêndice III – Questionário versão online.....	v
Apêndice IV – Carta de apresentação questionário versão online	viii
Apêndice V – Entrevista a Pedopsiquiatras	ix
Apêndice VI – Resposta da Entrevista ao Pedopsiquiatra.....	x
Apêndice VII – Póster apresentado nas III Jornadas CBIOS e 13º Congresso das Farmácias	xiii

Índice de Tabelas

Tabela 1. Critérios diagnósticos de PHDA relativamente à Desatenção (APA, 2013; p.59).	18
Tabela 2. Critérios diagnósticos de PHDA relativamente à Hiperatividade e Impulsividade (APA, 2013; p.60).	19
Tabela 3. Resposta das professoras relativamente ao seu ano de nascimento (n = 12).....	36
Tabela 4. Resposta das professoras relativamente ao seu número de anos de experiência profissional (n = 12).....	36

Índice de Figuras

Figura 1. Resposta dos professores relativamente ao seu sexo (n = 107)	38
Figura 2. Resposta dos professores relativamente ao seu ano de nascimento (n = 102)	38
Figura 3. Resposta dos professores relativamente ao número de anos de experiência profissional (n = 106)	39
Figura 4. Resposta à pergunta: “Já teve formação sobre esta patologia?” (n = 107)	40
Figura 5. Resposta à pergunta: “Nessa formação estava contemplado o tema da terapêutica?” que foi colocada aos professores com formação em PHDA (n = 46)	40
Figura 6. Resposta à pergunta: “Sente necessidade de obter formação sobre este tema?” (n = 107)	40
Figura 7. Resposta às perguntas: (A) “Existiram alterações no comportamento dos alunos após a instituição da terapêutica”, (B) “Os alunos ficaram mais atentos”, (C) “Os alunos ficaram menos agitados”, (D) “Os alunos ficaram menos distraídos”, (E) “Os alunos ficaram menos impulsivos”, (F) “Os alunos ficaram mais estáveis emocionalmente”, (G) “Os alunos ficaram mais apáticos”, (H) “Existiu benefício com a terapêutica”, estas respostas dadas com base na opinião dos professores relativamente às alterações observadas nos seus alunos na sequência da terapêutica para a patologia (n = 97-98)	41
Figura 8. Resposta à pergunta: “Porque motivo não reportou ao sistema nacional de farmacovigilância?” (n = 31)	44

Introdução

A primeira referência à Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) foi feita em 1775 pelo médico alemão Melchior Adam Weikard num livro onde retratou uma perturbação que apresentava manifestações idênticas às que hoje em dia relacionamos com a doença. Este associava-a a indivíduos desatentos, que se distraíam com facilidade, que apresentavam falta de persistência para realizar tarefas, impulsivos e hiperativos (Barkley & Peters, 2012).

Após esta primeira referência, ao longo da história outras tentativas foram feitas no sentido de a caracterizar, no entanto apenas na segunda edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais, DSM, em 1968 se pode observar o que era a PHDA. Era caracterizada como sendo uma reação hipercinética da infância onde evidenciava principalmente os sintomas de excessiva atividade motora. Em 1980 foi elaborada a terceira edição do DSM, onde o conceito passou a ser chamado de uma forma polémica de Perturbação de Défice de Atenção com e sem Hiperatividade, centrando-se nos problemas relacionados com atenção, impulsividade e hiperatividade. Seguidamente, foi elaborada uma nova versão deste manual, o DSM-III-R. Neste, o conceito de Perturbação de Défice de Atenção sem Hiperatividade foi eliminado e os termos de “PHDA” e “Perturbação de défice de atenção não especificada” foram relatados. Após esta edição, em 1994 foi criado o DSM-IV. Aqui foi mantido o conceito anteriormente desenvolvido com a presença de sintomas excessivos de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade e existiu a inclusão de três subtipos específicos: predominantemente Desatento; predominantemente Hiperativo-Impulsivo; ou a combinação significativa dos dois subtipos anteriormente relatados. Em 2013 foi desenvolvida a última e a mais atual versão do DSM, o DSM-V. Esta versão foi a que apresentou menos alterações às outras versões já existentes mas clarificou de uma forma mais correta a melhor maneira de a diagnosticar (Epstein & Loren, 2013).

Atualmente, e após todas estas alterações, chegou-se à conclusão que a PHDA é um transtorno do neurodesenvolvimento onde ocorre um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que prejudica o doente na sua vida, pois não só o afeta ao nível do seu funcionamento como do seu desenvolvimento (APA, 2013, p. 61). Os indivíduos com esta patologia manifestam comprometimentos ao nível social, profissional e académico (NICE, 2018, p.43). E apesar de ser tipicamente identificada na infância, é considerada uma doença crónica que muitas vezes se continua a manifestar na

idade adulta (French, 2015), sendo frequentemente acompanhada de diagnósticos comórbidos (p.ex., transtorno de oposição desafiante, transtorno da conduta, entre outros) (APA, 2013, p. 65).

Por outro lado, segundo as diretrizes de 2008 do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e baseando-se nas orientações do DSM e no transtorno hipercinético, esta distingue-se em PHDA leve, moderada e grave. Sendo que o transtorno hipercinético corresponde à PHDA grave e é necessário que sejam cumpridas todas as manifestações de desatenção, hiperatividade e impulsividade para que o diagnóstico de PHDA se cumpra. Contudo, pode acontecer que esta necessidade faça com que algumas crianças possam ser negligenciadas aquando da sua avaliação. Por exemplo, “crianças severamente desatentas com hiperatividade moderada ou leve” corresponderão a um subgrupo de crianças com PHDA que são principalmente prejudicadas academicamente, mas que não são perturbadoras na sala de aula ou em casa (Bolea-Alamañac et al., 2014). No caso da classificação da PHDA seguir as diretrizes do DSM, já não existe este problema pois já não é exigido que os três critérios sejam todos preenchidos, sendo o hiperativo/impulsivo ou desatento o suficiente para que exista a patologia (APA, 2013, p. 59).

De outro modo, há que ressaltar que em 2018 foram publicadas novas diretrizes por parte do NICE que afirmam que, ao invés de aplicar os termos de PHDA leve, moderada ou grave, se deve direcionar o foco para a “presença de comprometimento significativo nos diferentes domínios da vida quotidiana e em todos os contextos” (NICE, 2018, p.44) pelo que estas deverão ser tidas em conta aquando do seu diagnóstico. Para além de que, é necessário fazer uma avaliação exaustiva de todas as manifestações da doença para que se conclua acerca da sua existência ou não naquela pessoa, pois nem sempre a mesma é devidamente aceite em todas as populações e, por isso, o diagnóstico não é corretamente realizado. Se isto acontecer, o tratamento pode não ser aplicado da forma mais correta prejudicando a qualidade de vida destes indivíduos (NICE, 2018, p.55).

Para além disso, pelo facto de a doença ser diagnosticada durante a infância, muitas vezes são os professores que alertam os encarregados de educação para a existência de comportamentos por parte dos seus educandos diferentes dos restantes colegas, aconselhando a que devam ser avaliados por um profissional de saúde especializado neste problema (Cunha, 2012). Caso o diagnóstico se confirme, a

medicação é uma forma de controlar os sintomas que advêm da patologia, frequentemente em conjunto com outras terapias. Uma vez iniciada a sua administração, os professores, pelo elevado número de horas que permanecem em contacto com os seus alunos, são os que mais facilmente têm a possibilidade de detetar eventuais alterações comportamentais decorrentes da medicação.

Dado o papel que os professores podem ter na vigilância da eficácia desta terapêutica, importa caracterizar a perceção dos professores de 1º ciclo relativamente ao impacto da terapêutica da PHDA nas crianças, contribuindo assim para mitigar a escassez de evidência científica sobre este tema. A terapêutica farmacológica da PHDA apenas tem indicação para crianças a partir dos seis anos de idade, pois a sua eficácia e segurança não foram ainda estabelecidas para idades inferiores (Resumo das Características do Medicamento (RCM) Concerta, 2018) (RCM Elvanse, 2018) (NICE, 2018, p.34). Por este motivo, faz todo o sentido que os professores aqui analisados sejam os que acompanham esta faixa etária. Em consequência disto existem assim várias questões a que se pretende dar resposta. Através de um questionário online ambiciona-se analisar se estes têm formação acerca de PHDA, que lhes permita estar preparados para conviver com alunos com esta patologia. Deseja-se saber se nesta formação estava incluído o tema da terapêutica medicamentosa. No caso de já terem lidado com alunos com esta patologia, pretende-se saber se denotaram benefícios com a terapêutica e se conhecem e já detetaram algum tipo de reação adversa após a sua utilização. Se isto se confirmar, averiguar a quem foram reportadas, nomeadamente se reportaram ao Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF), e se não, saber porque não o fizeram. Por outro lado, outra das perguntas levantadas é se sentem necessidade de obter mais formação relativamente a toda esta temática.

Outra das vertentes do estudo, consiste em recolher através de entrevistas telefónicas a opinião de pedopsiquiatras também ao nível da terapêutica, percebendo se esta cumpre os objetivos para a qual foi desenvolvida e se estas crianças beneficiam com a mesma no seu percurso ao nível escolar. Sob outra perspetiva, entender se estes possuem contacto com os professores na gestão dos seus doentes. Outra questão a que se pretende dar resposta é se, perante os casos que já tiveram, algum dos professores lhe reportou alguma reação adversa medicamentosa observada nos seus alunos, e se sim, se a divulgou junto do SNF.

Capítulo I – Enquadramento teórico

1.1. Fatores de Risco e Prognóstico

Apesar das causas desta doença ainda não serem exatamente conhecidas (Kelly, 2018) existem alguns fatores de risco que se podem ter em conta na caracterização da mesma. Assim, destacam-se os:

- **Genéticos/hereditários e fisiológicos**

Os genes demonstram ter um grande papel ao nível da etiologia da PHDA e da comorbilidade com outros transtornos (Faraone & Larsson, 2018) apesar de ainda não estar completamente definido o modo pelo qual esta transmissão ocorre (Nigg, 2012). Com efeito, estudos de famílias, de gémeos e crianças adotadas demonstraram que esta tem uma herdabilidade de aproximadamente 74% (Faraone & Larsson, 2018), sendo frequente entre parentes biológicos de primeiro grau com a doença. No entanto, apesar de esta ser substancial, ainda não foi associado nenhum gene específico com efeito significativo para a patologia. Alguns genes específicos foram correlacionados com a mesma, embora não sejam necessários ou suficientes para justificar a sua causa (APA, 2013, p. 62).

Por outro lado, evidências preliminares apontam para que exista uma desregulação dos sistemas de neurotransmissores implicados nas vias da serotonina, dopamina e noradrenalina (French, 2015). E em alguns casos raros verifica-se que basta existir um único defeito genético sem outras variantes do DNA para que a patologia ocorra, ainda que, não seja sequer conhecido quais são estas variantes ou se estas exigem que exista algum estímulo ambiental para que surja a PHDA (Faraone & Larsson, 2018).

Para além disso, constata-se também que a hereditariedade que não pode ser explicada pelas variações raras ou comuns ocorre provavelmente devido a interações gene-gene e interações gene-ambiente (Faraone & Larsson, 2018).

Sob outra perspetiva, é notório que existem doenças que devem ser tidas em conta pela sua capacidade em possivelmente influenciar as manifestações da PHDA. São estas, por exemplo, os transtornos do sono, anormalidades metabólicas, epilepsia e deficiências nutricionais, visuais e auditivas (APA, 2013, p. 62).

Apesar da PHDA não se destacar por apresentar traços físicos característicos, é possível notar pequenas alterações que podem estar um pouco exacerbadas. O palato pode encontrar-se muito arqueado, pode ocorrer hipertelorismo, baixa implantação das orelhas, entre outros (APA, 2013, p. 62).

- **Neurobiologia e neuropsicologia**

Alguns estudos apontam para uma redução do volume cerebral de 3-5% em indivíduos com PHDA em comparação com os grupos controlo e afirmam que esta diminuição pode ser explicada pela redução da massa cinzenta. Por outro lado, verifica-se que ocorrem alterações em termos de volume em regiões cerebrais específicas, nomeadamente em áreas cerebrais anteriores, incluindo o córtex pré-frontal e frontal (Oliveira, Medeiros, & Serrano, 2017).

Salienta-se também, que crianças com esta doença apresentam uma redução da atividade cerebral global que é mais saliente ao nível dos circuitos fronto-estriatal, frontoparietal e ventral da atenção quando submetidas a estudos de neuroimagem funcional que utilizam tarefas relacionadas com a memória de trabalho, controlo inibitório e atenção. Observa-se ainda que lesões ao nível do córtex pré-frontal estão muitas vezes associadas a comportamentos de distrabilidade, impulsividade ou hiperatividade, assim como défices em tarefas que englobam as funções executivas (Oliveira et al., 2017).

Assim, embora a maioria das pessoas que possuem esta doença apresente distúrbios ao nível neurocognitivo, não são todos que os apresentam e é invulgar que os apresentem em todos os domínios (Oliveira et al., 2017);

- **Ambiente**

Verifica-se que a exposição pré-natal ao álcool (no útero) e ao tabaco (com uma forte componente genética associada) constituem uma das exposições que demonstram ser influenciadores da manifestação da doença. O baixo peso ao nascimento (menos de 1.500 gramas) também confere um risco de duas a três vezes maior de desenvolver PHDA, apesar de que o mesmo não é frequente acontecer (APA, 2013, p. 62).

Existem ainda estudos que indicam que a prematuridade, a exposição a metais (p.ex., o chumbo, o zinco), os traumatismos cranianos graves, as infeções do sistema nervoso central e os aditivos alimentares/dietas também podem aumentar a predisposição para a doença. No entanto, relativamente aos metais e aditivos alimentares, a sua associação à PHDA é controversa e são necessários mais estudos para compreender se existe efetivamente uma associação. (Oliveira et al., 2017).

- **Contextuais**

Um elemento que também pode precipitar ou agravar a PHDA é o stress. Estudos referem que este apesar de não ser um fator etiológico primário, pode interferir nas suas manifestações (Oliveira et al., 2017; p.50). Verifica-se assim que ocorre uma interação gene-ambiente, onde por exemplo, ocorre uma interação entre o genótipo 5-HTTLPR (“uma região polimórfica localizada no gene promotor do neurotransmissor da serotonina SLC6A4 – está envolvida nas dimensões da hiperatividade e impulsividade da PHDA em interação com o stress”) e o stress onde demonstra que este “é um mecanismo preditor da gravidade dos sintomas da hiperatividade/impulsividade, e que este é independente da existência de problemas comórbidos de natureza internalizante” (Oliveira et al., 2017; p.51).

O facto de poderem existir também casos de abuso infantil, múltiplos lares adotivos ou negligência, também pode contribuir para uma maior suscetibilidade para a doença (APA, 2013, p. 62).

Por outro lado, verifica-se que o facto de existir uma boa relação a nível familiar e no contexto escolar contribui para melhorar os sintomas da doença. É importante assim que as relações ao nível familiar e escolar sejam de qualidade para que os sintomas da doença não se agravem, pois estas relações podem agravar ou atenuar as manifestações da patologia (Oliveira et al., 2017).

1.2. Prevalência

A PHDA é o transtorno neurocomportamental mais comum na infância (French, 2015) e na maioria das culturas surge em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos (APA, 2013, p. 61). Denota-se que a população do sexo feminino é a que se manifesta primariamente com maior probabilidade de sintomas de desatenção e que o diagnóstico da doença está descrito com maior frequência na população do sexo masculino, este ocorre na proporção de 2:1 nas crianças e 1,6:1 nos adultos (APA, 2013, p. 63).

Neste momento, não se verifica que a sua prevalência esteja a aumentar mas sim cada vez existe um maior acesso aos serviços de saúde e uma maior informação acerca da patologia. Este aspeto contribui para o facto de existir uma maior sensibilidade para que os médicos possam fazer o seu diagnóstico (Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling, & Rohde, 2014).

Sob outra perspetiva, o facto de ao longo dos anos se verificar a alteração constante aos critérios de diagnóstico, também contribui para que haja uma perceção de

aumento do número de casos. Esta dúvida surge pois ao estudar um pouco os questionários usados para retirar conclusões acerca deste assunto, à primeira vista podemos pensar que cada vez mais se denota um aumento dos casos de PHDA. No entanto, isto não é verdade uma vez que há que adaptar os dados que obtemos aos restantes outros questionários para podermos comparar e tirar ilações. Basta as questões ou os critérios de diagnóstico serem formulados de outro modo, tanto para os pais como para os profissionais de saúde, para que existam deduções diferentes para cada pergunta e, com isso, alterar-se também a prevalência relativamente à patologia (Polanczyk et al., 2014). Constata-se que esta discrepância de resultados pode ir de 2% a 18%, pelo que é fulcral que esta adaptação ocorra (Rowland, Lesesne, & Abramowitz, 2002).

1.3. Critérios de Diagnóstico

O diagnóstico de PHDA apenas “deve ser feito por um psiquiatra especialista, pediatra ou outro profissional de saúde adequadamente qualificado com treino e experiência no diagnóstico” desta patologia (NICE, 2018, p.11).

Os sintomas de hiperatividade/impulsividade e/ou desatenção devem estar presentes em duas ou mais regiões importantes, como “ambientes sociais, familiares, educacionais e/ou ocupacionais”, com base numa entrevista deve-se chegar à conclusão que causam “pelo menos um moderado comprometimento psicológico, social e/ou educacional ou ocupacional” e/ou deve-se observar diretamente em múltiplos contextos, deve existir “uma avaliação das necessidades da pessoa, condições coexistentes, circunstâncias sociais, familiares, educacionais ou ocupacionais e saúde física” e no caso de “crianças e jovens, deve haver também uma avaliação da saúde mental dos seus pais ou cuidadores” e devem ainda “satisfazer os critérios diagnósticos do DSM-5 ou do ICD-10 (transtorno hipercinético)” (NICE, 2018, p.11,12).

O ICD-10 foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde em 1992 (Tripp, L. Luk, A. Schaughency, & Singh, 1999) e abrange todas as doenças incluindo os transtornos mentais. O DSM-5 apenas abrange os transtornos mentais (Tyrer, 2014), sendo mais preciso (Linck Graeff & E. Vaz, 2008). Para além de que, o DSM identifica um grupo mais amplo de pessoas que o ICD-10 (Tripp et al., 1999), pelo que quando apenas são diagnosticadas por este, pode acontecer que sejam incorretamente diagnosticados pois os seus critérios não as contemplam.

Segundo a *American Psychiatric Association*, APA, responsável pela quinta edição do DSM, esta é uma patologia que, para ser diagnosticada, devem ser cumpridos alguns critérios. Relativamente ao padrão de desatenção, tem que se verificar a presença de seis ou mais sintomas de uma lista de nove (Tabela 1) e em relação à hiperatividade e impulsividade o mesmo também tem de se confirmar (Tabela 2). Ambos têm de persistir “por pelo menos seis meses num grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e académicas/profissionais” (APA, 2013; p.59).

Tabela 1. Critérios diagnósticos de PHDA relativamente à Desatenção (APA, 2013; p.59).

<p>Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.</p> <ul style="list-style-type: none">a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).

Tabela 2. Critérios diagnósticos de PHDA relativamente à Hiperatividade e Impulsividade (APA, 2013; p.60).

<p>Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.</p> <ol style="list-style-type: none">Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.)Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.Com frequência "não para", agindo como se estivesse "com o motor ligado" (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).Frequentemente fala demais.Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).

Com efeito, impõem-se que o aparecimento de alguns destes sintomas aconteça antes dos doze anos de idade e estes têm de estar presentes em dois ou mais ambientes (por exemplo, na escola, em casa, no trabalho, com parentes ou amigos, ou em outras atividades). Constata-se ainda que os mesmos prejudicam ou reduzem a qualidade do funcionamento profissional, académico ou social, que não se verificam apenas durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são também melhor explicados por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno do humor, transtorno de ansiedade, etc.) (APA, 2013, p. 60).

Há também que apurar qual o subtipo que se trata (apresentação combinada, apresentação predominantemente desatenta ou apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva), especificar se está em remissão parcial e qual a gravidade atual (leve, moderada ou grave) (APA, 2013, p. 60).

Para além disso, há ainda que referir que estas manifestações podem não ser muito claras quando o doente está perante uma situação que mascara esta perturbação. Estas podem ser mínimas ou ausentes, dependendo do ambiente em que se insere. Por exemplo, "quando o indivíduo está a receber recompensas frequentes por comportamento apropriado, está sob supervisão, está em uma situação nova, está envolvido em atividades especialmente interessantes, recebe estímulos externos consistentes (p.ex., através de equipamentos eletrónicos) ou está interagindo em situações individualizadas (p.ex., num consultório)" (APA, 2013; p.61).

- Características associadas que apoiam o diagnóstico

Existem ainda outras características que estão associadas e que muitas vezes apoiam o diagnóstico. Estas incidem na labilidade do humor, frustração, baixa tolerância e irritabilidade. Por outro lado, apesar de não existir um transtorno específico da aprendizagem é frequente que o desempenho ao nível académico ou profissional esteja também afetado (APA, 2013, p. 61).

No início da vida adulta, especialmente quando existe uma comorbidade com transtornos da conduta, do humor ou por uso de substâncias, verifica-se que existe uma maior tendência para tentativa de suicídio.

Também costuma ser comórbido que ocorram atrasos no desenvolvimento motor, linguístico ou social, apesar dos mesmos não serem específicos da patologia (APA, 2013, p. 61).

- Escalas de classificação

As escalas de classificação são um complemento valioso que pode ser utilizado para auxiliar no diagnóstico de PHDA. No entanto, devido ao elevado risco de falsos positivos e negativos e à possibilidade de viés nas avaliações dos informadores, estas não podem ser utilizadas como substituto de uma pormenorizada avaliação clínica. No Reino Unido, as duas escalas de classificação que são mais frequentemente utilizadas são o Conners' Rating Scales – Revised (CRS-R) e o Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), mas outras escalas também estão disponíveis. A versão reduzida do CRS-R está dividida em quatro escalas relacionadas com a hiperatividade, problemas cognitivos/desatenção, comportamento de oposição e um índice de PHDA resumido com scores associados padronizados por idade e sexo. O SDQ oferece informações úteis acerca de conduta comórbida, sintomas emocionais e prejuízo funcional no âmbito da aprendizagem em sala de aula, atividades de lazer, amizades e vida doméstica (Bolea-Alamañac et al., 2014).

1.4. Tratamento

A gestão da patologia e da terapêutica deve envolver profissionais de saúde, família e professores (Romanini, 2012). A maior pesquisa científica realizada até ao momento relativa às melhores linhas de atuação aquando da patologia é o Multimodal Treatment (MTA) que decorreu durante catorze meses e incluiu crianças entre os sete e

os dez anos de idade. Com um sucesso de 68%, chegou à conclusão de que deve existir uma associação de duas estratégias para chegar a um melhor resultado de tratamento. Foi assim demonstrado que devem ser combinadas consultas mensais de farmacoterapia, onde se monitoriza e ajusta a dosagem do fármaco, com um intenso programa comportamental e psicoterapêutico que inclua intervenções em casa e na escola. Por outro lado, naquelas às quais apenas foi aplicado o processo de farmacologia intensiva, verificou-se um sucesso de 56% e as que foram sujeitas à intervenção comportamental e psicoterapêutica obtiveram um sucesso de 34%. Ainda foi realizada a avaliação em crianças que tiveram um tratamento comum, nos serviços de saúde primários, na comunidade, onde foram avaliadas por profissionais que não usavam o MTA e onde puderam obter tratamento medicamentoso em visitas esporádicas. Estas revelaram ter um sucesso de 25%. Relativamente às crianças que realizaram somente o programa de tratamento comportamental verificou-se que 25% teve que ser sujeita a medicação antes de terminar a duração do estudo, pelo que, se constata que a medicação constitui uma arma terapêutica que frequentemente tem de ser utilizada (Hinshaw & Eugene Arnold, 2015). Constata-se até que, em crianças em idade pré-escolar, a terapêutica farmacológica, e nomeadamente o metilfenidato, poderá ter um papel superior do que unicamente a intervenção psicológica. No entanto, ainda existem poucos estudos relativamente a isto e o uso desta medicação antes dos seis anos de idade atualmente é um uso off-label, pois não existem estudos por parte da indústria farmacêutica que comprovem que os medicamentos são eficazes e seguros e que não trarão futuramente a estas crianças complicações ao nível do seu desenvolvimento (Veen-Mulders et al., 2017). Por isso, a decisão de enveredar pelo uso da medicação terá sempre que ser estudada para aquela criança em concreto ponderando todos os riscos inerentes a esta (American Academy of Pediatrics [AAP], 2014).

Nada obstante, há que salientar que a combinação das duas estratégias acima referidas pode contribuir tanto para a redução da dose administrada do medicamento como para a redução da necessidade do número de consultas de psicoterapia (Pelham et al., 2014). Isto torna-se uma necessidade pois atualmente verifica-se que, comparando o número de doentes medicados para a PHDA e a estimativa que se encontra descrita, relativamente ao número que seria espectável de doentes com esta patologia e que se deveriam encontrar medicados, é inferior ao perspectivado no Reino Unido e em outros países ocidentais. O não tratamento está associado a baixos resultados académicos, a uma alta taxa de desemprego e ao uso de drogas ilícitas e alcoolismo. Com uma baixa

evidência, verifica-se também que está ainda associado a elevadas taxas de baixa adaptação social e conflito conjugal e familiar e a aumento da criminalidade (Bolea-Alamañac et al., 2014).

Estas crianças têm assim muitos problemas, pelo que a combinação de intervenções psicológicas, a mudança educacional, a medicação e a dieta muitas vezes devem ser combinadas para que se chegue a um tratamento o mais correto possível para aquele indivíduo. Deste modo, podem ser realizadas várias abordagens. O terapeuta pode entrevistar os pais, a criança e, idealmente, o professor ou enfermeiro, no sentido de lhe facultar medidas psicoeducativas para lidar com estes indivíduos. No caso de a criança possuir idade suficiente, deve ser educada sobre a auto-observação e a sua auto-gestão. Pode-se atuar junto dos pais no sentido de os treinar para obterem ferramentas para lidarem de uma forma mais correta com os seus filhos e realizar intervenções ao nível comportamental na família. Podem realizar-se ações ao nível do comportamento no jardim de infância, pré-escola ou na escola, o que também permitirá reduzir o comportamento hiperativo, facilitando o ajuste social. E por outro lado, realizar uma terapia cognitivo-comportamental na criança ou fazer tratamento psicofarmacológico são outras das intervenções que podem ser realizadas. A abordagem ao nível nutricional constitui igualmente uma intervenção, que há quem defenda que poderá trazer benefícios para estes doentes. No entanto, são necessárias mais estudos pois não há evidências científicas suficientes para que se construam indicações para que este tratamento possa ser aplicado (Taylor et al., 2004). Assim, todas estas abordagens são possíveis mas quando se constroi um plano de tratamento para um indivíduo tem sempre de se ter em conta as suas preferências e também as dos pais (Bolea-Alamañac et al., 2014).

Terapêutica Farmacológica

Atualmente existem no mercado várias classes de medicamentos que são usados na tentativa de controlar a PHDA. A U.S. Food & Drug Administration (FDA) aprovou como medicação de primeira linha de atuação os psicoestimulantes. Como segunda linha, foram aprovados os fármacos não estimulantes e em terceira e quartas linhas os anti-hipertensores. Por outro lado, existem outros fármacos sugeridos para o tratamento desta patologia, mas que não são aprovados pela FDA. São estes alguns antidepressivos tricíclicos, que são a quinta linha de tratamento, e outros antidepressivos que são a sexta linha de tratamento (Moura-Ribeiro, Ferreira & Schmutzler, 2018).

Antes da sua prescrição há que reunir um conjunto de dados referentes ao doente. No caso de fármacos psicoestimulantes ou a atomoxetina é necessário recolher o histórico completo do doente realizando também um exame físico básico. Este inclui medir a altura, o peso, a pressão arterial, o pulso e realizar auscultação cardíaca e pulmonar. Deve verificar-se se existe risco de autoagressão e, no caso de existir história pessoal ou familiar de doença cardíaca ou se o exame cardiovascular for anormal, recomenda-se a realização de um eletrocardiograma. Relativamente aos psicoestimulantes, em adultos e adolescentes tem ainda de se averiguar se pode haver tendência para desvio e uso indevido de substâncias. No que diz respeito à atomoxetina é necessário estudar a história de doença hepática e no caso de ser receitada a bupropiona tem de ser considerada a história prévia de transtorno bipolar e epilepsia (Bolea-Alamañac et al., 2014).

Psicoestimulantes

Os psicoestimulantes apresentam uma eficácia de tratamento de 70 a 80% (Moura-Ribeiro et. al., 2018) e são geralmente receitados o metilfenidato, o dexmetilfenidato, dextroanfetamina (Troksa, Kovacich, Moro, & Chavez, 2018), lisdexanfetamina (Moura-Ribeiro et. al., 2018) e sais mistos de anfetamina (Troksa et al., 2018). Em Portugal, está disponível o metilfenidato (RCM Concerta, 2018) e o Dimesilato de lisdexanfetamina (RCM Elvanse, 2018). Todos estes atuam de uma forma semelhante e têm como objetivo aumentar a dopamina e a norepinefrina ao nível sináptico. Com efeito, ligam-se às proteínas transportadoras da captação destas catecolaminas no neurónio pré-sináptico, o que faz com que não exista a sua recaptação por parte da célula. No caso dos derivados da anfetamina, estes associam-se à proteína de transporte da dopamina “para prevenir a recaptação da dopamina sendo subsequentemente transportados para a célula pré-sináptica em troca de uma molécula de dopamina citoplasmática, aumentando diretamente a produção de dopamina na sinapse”.

Para além disso, habitualmente são bem tolerados e as reações adversas que lhes estão mais associadas são a insónia e a anorexia, sendo estas ambas dose-dependentes. Parece haver também uma correlação entre a toma de estimulantes e o baixo peso e baixo Índice de Massa Corporal. Isto pode ser explicado pelo facto de a toma de medicamentos estimulantes originar falta de apetite e, por isso, as crianças não comem tanto o que faz com que as mesmas também ganhem menos peso do que aquelas que não tomam estes medicamentos. Verifica-se até que, mesmo com doses mais pequenas destes fármacos, a

falta de apetite contínua a ser notória. Quanto maior a duração do tratamento mais se denotará esta diferença relativamente às outras crianças (Troksa et al., 2018).

Por outro lado, existe uma preocupação com o uso destes fármacos e com os seus efeitos futuros, que tem a ver com o risco de atraso no crescimento das crianças que os tomam. De acordo com os estudos realizados até ao momento, não existem resultados conclusivos acerca da administração destes medicamentos (Troksa et al., 2018). E é de realçar que no caso de existir uma administração intravenosa e intranasal irá ocorrer um aumento significativo e rápido de dopamina, o que confere a estes medicamentos um potencial de abuso. Contudo, as formulações orais e as de libertação prolongada têm um risco menor deste potencial (Papaseit, García-Algar, Simó, Pichini, & Farré, 2013).

Assim, a primeira vez que é prescrito um medicamento, deve-se optar por um psicoestimulante. Se este não tiver o resultado pretendido, um segundo deve ser receitado e se mais uma vez este não for eficaz, deve-se partir para uma segunda ou terceira linha de tratamento (Moura-Ribeiro et. al., 2018).

- Metilfenidato

O metilfenidato é o fármaco que deve ser usado como tratamento farmacológico de primeira linha no tratamento de crianças com mais de cinco anos e jovens que possuam PHDA. Para além da lisdexanfetamina também é considerado o fármaco de primeira linha que deve ser utilizado em adultos (NICE, 2018, p.23,24). Já demonstrou resultados benéficos no tratamento dos sintomas inerentes à doença permitindo diminuir a presença de impulsividade, hiperatividade e desatenção. O comportamento ao nível social, o desempenho académico, a concentração e a memória, e particularmente a memória de trabalho, também ficam melhorados nestes doentes (Papaseit et al., 2013).

É um derivado da piperidina que está estruturalmente relacionado com a anfetamina e que possui o nome químico de éster metílico do ácido 2-fenil-2-(2-piperidil) acético. Possui dois centros quirais que originam quatro possíveis isómeros. O seu mecanismo de ação não é exatamente conhecido, mas vai ao encontro do já descrito para os restantes estimulantes (Papaseit et al., 2013).

Com efeito, os medicamentos atualmente existentes no mercado são de libertação imediata ou prolongada e estão disponíveis em diferentes dosagens. A sua escolha é feita pelo médico que acompanha o indivíduo, mas verifica-se muitas vezes que as pessoas respondem a doses baixas. No entanto, esta decisão tem de ser pensada para aquela pessoa em concreto, pois a resposta à medicação é um processo bastante

individualizado. (Papaseit et al., 2013). Em Portugal apenas estão disponíveis as formas farmacêuticas de comprimidos de libertação normal e libertação prolongada e cápsulas de libertação modificada (Prontuário Terapêutico on-line, 2018). Contudo, nos Estados Unidos além destas formas farmacêuticas existem na forma de comprimidos mastigáveis, adesivos transdérmicos de libertação prolongada e preparados contendo somente o isómero d-treo-Metilfenidato de libertação imediata e prolongada (Papaseit et al., 2013).

As reações adversas podem depender do tipo de formulação. A mistura racémica dos isómeros [d,l]-treo-Metilfenidato origina efeitos anoréxico e cardiovasculares e o isómero d-treo-Metilfenidato garante exclusivamente os efeitos psicoestimulantes terapêuticos. A diminuição do apetite, o nervosismo, a irritabilidade, insónias, início ou agravamento de transtornos psiquiátricos, síndrome de Gilles de la Tourette ou outros tiques são da mesma forma outras das reações que também se observam (Papaseit et al., 2013).

Por outro lado, para além dos efeitos a longo prazo já relatados anteriormente relativamente ao nível do crescimento, também os efeitos cardiovasculares suscitam algumas dúvidas. Com efeito, a este nível verifica-se um aumento da pressão arterial bem como outros distúrbios ao nível do ritmo. O prolongamento do intervalo QT corrigido, aumento da frequência cardíaca e morte súbita podem surgir, pelo que, para além de ser recomendável realizar um exame cardiovascular antes do início do tratamento, também é necessário que após o seu início se continue a sua monitorização (Papaseit et al., 2013).

Outro dos efeitos indesejáveis que por vezes acontece é o efeito *rebound*. Este ocorre em pediatria após a interrupção do tratamento, durante a tarde ou já à noite, e uma das soluções que existem para fazer face a isto passa pelo uso de formulações de libertação prolongada. De outro modo, a administração de uma dose baixa a meio da tarde também minorizará o seu aparecimento (Papaseit et al., 2013).

Não Estimulantes

Os fármacos não estimulantes são prescritos quando a toma de um estimulante não foi eficaz ou quando este demonstra algum efeito incómodo decorrente da toma. O médico também pode optar por receitar um não estimulante em combinação com um estimulante para que exista um aumento de eficácia do tratamento (National Institute of Mental Health [NIH], 2016).

- Atomoxetina

A atomoxetina é um fármaco aprovado em Portugal na forma de cápsulas e solução oral, que é usado no tratamento de crianças, adolescentes e adultos (Prontuário Terapêutico on-line, 2018). Atua impedindo a recaptação noradrenérgica e é considerada o tratamento de primeira linha em indivíduos com ansiedade comórbida, tiques, problemas de abuso de substâncias ou que apresentam efeitos colaterais graves após a toma de estimulantes (Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues, 2007).

Apresenta como reações adversas a sedação, náuseas ou algum desconforto gastrointestinal, que podem ser minimizadas com um ajuste da dose. Por vezes, denota-se até que com o passar de algum tempo estes efeitos se reduzem. Outros sintomas, como dores de cabeça, ocasionalmente mantêm-se. No entanto, há que ter em atenção que, se surgirem sintomas de doença hepática, o fármaco deve ser descontinuado. De outro modo, existe ainda um pequeno risco de pensamento suicida, pelo que este deve ser falado com os familiares e com os doentes que tomam a atomoxetina. Assim, no caso de se optar por este tratamento durante os primeiros meses, as crianças devem ser monitorizadas relativamente a este aspeto (Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues, 2007).

Anti-Hipertensores

- Guanfacina e Clonidina

A Guanfacina é a terceira linha de tratamento da PHDA (Moura-Ribeiro et. al., 2018). e também possui aprovação para ser usada em Portugal (RCM Intuniv, 2018). Relativamente à Clonidina, esta constitui-se como a quarta linha de tratamento (Moura-Ribeiro et. al., 2018) e não possui aprovação para tratamento em Portugal, sendo a sua utilização na PHDA *off-label*.

As suas formulações de libertação prolongada estimulam os receptores inibitórios pré-sinápticos de norepinefrina no locus ceruleus reduzindo a atividade deste neurotransmissor. Permitem melhorar os sintomas de desatenção, impulsividade, excitabilidade e hiperatividade e, como a norepinefrina está associada à resposta de luta ou fuga, pensa-se que podem ser benéficos em transtornos de ansiedade, tendo deste modo um efeito ansiolítico (Mattes, 2016). Estima-se também que tenham possíveis efeitos sedativos, mas estes ainda têm de ser provados. Além disso, existem estudos que afirmam que a formulação de libertação prolongada pode beneficiar o tratamento em crianças e adolescentes que apresentam apenas uma resposta parcial ao tratamento com

estimulantes. Contudo, apesar destas formulações estarem aprovadas para esta doença, há poucas razões para pensar que estas sejam claramente preferíveis (Mattes, 2016).

A título de curiosidade, a clonidina foi usada pela primeira vez em meados dos anos 80 em crianças com sintomas de PHDA com tiques e com síndrome de Tourette, apresentando melhorias nas suas manifestações. Estudos realizados em crianças com e sem este síndrome concluíram assim que a clonidina apresenta resultados benéficos no tratamento dos sintomas de PHDA, mas com um menor resultado do que os estimulantes (Mattes, 2016).

Antidepressivos

Alguns antidepressivos por vezes são usados no tratamento da PHDA. Estes podem ser utilizados sozinhos ou em combinação com um estimulante. Permitem minorar os sintomas que surgem na sequência da toma dos estimulantes ou, uma vez combinados, permitem intervir junto do doente quando este apresenta outras condições que não só a PHDA, como por. ex. a depressão, o transtorno de humor ou ansiedade (NIH, 2016).

Os antidepressivos tricíclicos sugeridos para tratamento são a desipramina, a imipramina e a nortriptilina. A desipramina apenas é indicada para uso acima dos doze anos, a imipramina apenas pode ser utilizada acima dos cinco anos e a nortriptilina só está aprovada para uma idade superior a dezoito anos. Os restantes antidepressivos são a bupropiona e a venlafaxina. Estes também unicamente podem ser usados acima dos dezoito anos (Moura-Ribeiro et. al., 2018).

Apesar da medicação ser uma forma de terapêutica recomendada, por vezes têm de se criar estratégias para que possa existir uma adesão eficaz à mesma. Desta forma, segundo as diretrizes do NICE, algumas medidas podem ser tomadas. Entre elas, destaca-se o facto de informar as pessoas relativamente ao seu tratamento, falando-lhe dos seus riscos e benefícios, para garantir que não existem equívocos. Pode-se, por exemplo, referir que a medicação não muda a personalidade e com isto até conseguir clarificar melhor a patologia para que exista uma maior concordância e adesão. No caso de crianças e jovens, os pais e cuidadores devem supervisionar a medicação, sendo motivados para esta prática, pois a criança pode-se esquecer de a tomar. Existem estratégias que podem ajudar, como os lembretes visuais, que incluem relógios, alarmes, aplicações, calendários

ou outros. Podem também ser colocadas, por exemplo na lateral da caixa de comprimidos, instruções claras em formato de imagem ou escrita relativas à dose, duração ou outros. Por outro lado, este processo deve ser incluído como parte da sua rotina diária, fazendo com que a criança tome, por exemplo, o fármaco antes das refeições ou depois de lavar os dentes. E sob outra perspectiva, tanto as crianças, como os seus cuidadores e família podem frequentar grupos de apoio, pois será benéfico para todos que o façam (NICE, 2018, p.30,31).

1.5 Contexto escolar e a PHDA

A criança com PHDA apresenta algumas características que a distinguem das outras que não possuem a doença. Em contexto escolar, verifica-se muitas vezes que estas não cumprem as regras, não permanecem concentradas - principalmente em tarefas que exigem um esforço mental durante mais tempo, têm dificuldade em responder na sua vez e em seguir indicações mesmo quando estas lhe são dirigidas diretamente, não permanecem sentadas e sossegadas quando necessário, não cumprem as regras, têm dificuldade em persistir nas tarefas e terminá-las e não lhes é fácil preservar a informação que vêm adquirindo à medida que vão realizando uma tarefa. Tudo isto “pode conduzir a dificuldades nas habilidades de organização e planeamento, bem como a um maior número de erros cometidos nas respostas dadas”, pode ser difícil “antecipar consequências e ajustar o comportamento às situações/contexto” e solicitarem ajuda quando necessário, devido ao facto de não terem a perceção para esperarem ou inibirem as suas ações. Por outro lado, é fácil de entender que frequentemente as mochilas, cadernos, cacifos, espaços próprios e secretárias se encontram desarrumados e desorganizados e os “materiais dispersos e perdidos” (Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil [CADIn], 2018).

Com efeito, todos estes obstáculos contribuem para que surjam perturbações no seu desempenho académico. Constata-se que, devido a tudo isto, estas crianças apresentam mais problemas de relação com os pares tendo mais dificuldade em manter os seus amigos, têm baixa auto-estima e sentem-se ansiosas, pelo que lhes é mais difícil realizar as tarefas escolares (Escola Saudávelmente, 2018).

Deste modo, sendo os professores quem contacta um maior número de horas diariamente com as crianças, torna-se fulcral saber qual o conhecimento que os mesmos possuem a cerca deste transtorno, para que possam acompanhar com mais informação e

consciência os seus alunos. Neste sentido, vários estudos se têm focado nesta problemática. Estes têm documentado que habitualmente os professores têm mais conhecimento sobre o diagnóstico e sintomas mais comuns de PHDA do que em relação ao seu tratamento (Sciutto et al., 2016) (Blotnicky-Gallant, Martin, McGonnell, & Corkum, 2015). Afirmam que, quanto mais contacto existiu entre os professores e estes alunos, mais entendimento estes possuíram acerca desta doença. Estes estudos sugerem também que quanto maior este contacto, mais confiança os docentes possuem. Possuindo mais confiança, maior sucesso se obtém nas estratégias pedagógicas e gerenciamento do comportamento que têm de implementar nas crianças (Sciutto et al., 2016).

Assim, este é um bom ponto de partida, pois permite entender que os professores já possuem alguma informação acerca da PHDA. No entanto, como os estudos indicam, não existe assim tanto conhecimento em relação ao tratamento. É importante saber se em Portugal este paradigma também se mantém ou se é diferente. Nessa perspetiva, definiram-se os objetivos do estudo. O objetivo geral consiste em entender qual a perceção que os professores do 1º ciclo do ensino básico na região de Lisboa e Vale do Tejo têm acerca do seu conhecimento de PHDA e sua terapêutica. Neste sentido, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- 1) Compreender se os professores sentem necessidade de adquirir mais formação sobre este tema;
- 2) Perceber se já contactaram com alunos que possuem PHDA e, no caso de os mesmos tomarem medicação, se sentiram que estes beneficiaram com a sua toma;
- 3) Averiguar se denotaram alguma reação adversa que tenha surgido com a medicação da PHDA. Caso isto se tenha verificado, saber que reação foi esta e se a comunicaram ao encarregado de educação/pais, médico do aluno ou SNF;
- 4) Contactar alguns pedopsiquiatras com o intuito de reunir as suas experiências acerca da sua interação com professores na monitorização da terapêutica da PHDA.

Capítulo II – Metodología

Para a realização deste trabalho, foi levado a cabo um estudo observacional descritivo, que visou recolher informação acerca do conhecimento dos professores de primeiro ciclo relativamente à terapêutica da PHDA e reunir a opinião de pedopsiquiatras a cerca deste tema.

Neste sentido, foram elaborados um questionário e uma entrevista para obter informação sobre as questões levantadas.

Questionário

2.1. Desenvolvimento do instrumento de recolha de dados

O objetivo de proceder ao desenvolvimento de um questionário incidiu em encontrar respostas para algumas questões que se pretendia entender. A pesquisa bibliográfica indicou não existir um instrumento de recolha de dados adequado ao objetivo deste trabalho, ou seja, que permitisse caracterizar o conhecimento dos professores de primeiro ciclo relativamente à terapêutica da PHDA. Como tal, foi construído um inquérito para este estudo, contendo questões abertas e fechadas, dicotómicas e em escala de Lickert, que tinham como base avaliar: a formação dos professores em PHDA e sua terapêutica; experiência com alunos com PHDA; alterações observadas nos alunos com a medicação; reações adversas observadas e sua notificação ao médico, encarregado de educação/pais e SNF. Para verificar a adequabilidade do questionário desenvolvido, foi realizado um pré-teste (Apêndice I), em que o registo das respostas seria realizado na folha do questionário em papel entregue a cada um dos professores inquiridos. Foi também estabelecido que todos os dados recolhidos seriam confidenciais e seriam usados exclusivamente na realização deste trabalho.

O pré-teste foi aplicado presencialmente no dia 18 de maio de 2018 numa amostra de conveniência de doze professores de primeiro ciclo do ensino básico, após apreciação positiva por parte do diretor do agrupamento escolar respetivo (Apêndice II). O pré-teste permitiu confirmar a aplicabilidade do questionário e demonstrou que o seu preenchimento teria a duração média de cinco minutos. Para além disso, os professores foram inquiridos acerca de qual o formato que para si seria a melhor opção para responder ao questionário. As opções que poderiam ser escolhidas eram em versão de papel ou online. Uma vez que não se observou uma preferência clara por um dos formatos, por motivos de conveniência, optou-se pela realização do questionário em versão online

(Apêndice III). Aqui foram mantidas todas as questões elaboradas anteriormente para o questionário pré-teste e foi acrescentada mais uma questão que se considerou pertinente. A construção do questionário e a recolha das respostas foram feitas utilizando uma ferramenta do Google denominada Google Forms. Cada resposta foi guardada de forma individual, tendo-se assim acesso ao conjunto de respostas de cada um dos inquiridos.

2.2. Recolha de dados

Foi definido que a população envolvida no estudo seriam os professores de primeiro ciclo pertencentes aos Agrupamentos Escolares de Lisboa e Vale do Tejo (rede pública) em Portugal continental. O período de recolha de dados teve o seu início no dia 17 de julho de 2018 e o seu fim dia 15 de setembro de 2018 possuindo a duração de sensivelmente dois meses.

A partir do momento em que este se iniciou, procedeu-se ao envio de um e-mail ao diretor ou diretora de cada agrupamento de escolas dos agrupamentos escolares desta região, pedindo que após a sua análise, o enviasse aos professores de primeiro ciclo do agrupamento que dirige (Apêndice IV).

Posteriormente a isto, foi obtida uma amostra de cento e sete docentes correspondentes ao número de respostas obtidas neste questionário.

2.3. Tratamento de dados

A análise estatística dos dados foi realizada em programa Excel.

Entrevista

O objetivo de realizar uma entrevista seria averiguar qual a interação entre pedopsiquiatras e professores na monitorização da terapêutica nestas crianças. Para além disso, pesquisar se os professores reportaram alguma reação adversa dos seus alunos decorrente da toma de medicação ao médico pedopsiquiatra. E se sim, se os pedopsiquiatras as reportaram ao SNF. Entender também, se consideram que a terapêutica atualmente estabelecida atinge os objetivos para os quais foi desenvolvida e se os doentes melhoram o seu desempenho na escola após a sua instituição.

Neste sentido, foi definido que a entrevista seria realizada telefonicamente, seria garantido o anonimato destes profissionais, seria composta por questões abertas e teria uma duração prevista de dez minutos (Apêndice V). O registo das respostas seria efetuado em folha de papel.

Foram contactados três pedopsiquiatras e explicado em que consistia o estudo. No entanto, apenas um pedopsiquiatra se mostrou disponível para a entrevista. Após a sua aceitação, foi realizada uma entrevista telefónica, que decorreu no dia 13 de junho de 2018.

Capítulo III – Resultados e discussão

O principal propósito deste estudo foi entender qual é atualmente a percepção dos professores de primeiro ciclo relativamente à terapêutica medicamentosa da PHDA.

É importante que sejam estes e não outros os professores estudados, pois muitas vezes o diagnóstico é realizado antes dos doze anos de idade e a terapêutica farmacológica só pode ser usada a partir dos seis anos. Deste modo, as crianças diagnosticadas encontram-se vulgarmente no primeiro ciclo do ensino básico pelo que estes são os professores que contactam com elas.

Para a realização do estudo foi assim elaborado um questionário pré-teste que deu origem a um questionário final em versão online, para que se recolhessem dados acerca deste assunto. Foi ainda preparada uma entrevista direcionada a pedopsiquiatras, para recolher a sua opinião a cerca deste tema.

Questionário pré-teste

Após a aplicação do questionário pré-teste verificou-se que os doze questionários foram respondidos por professores do sexo feminino. Isto vai ao encontro da prevalência de professores do sexo feminino em Portugal continental pois, de acordo com a Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência, DGEEC, mais de 80% dos docentes do 1º ciclo do ensino básico em Portugal continental no ano letivo de 2016/2017 é mulher (Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência [DGEEC] & Direção de Serviços de Estatísticas da Educação [DSEE], 2018). Assim, não é motivo de surpresa que todos os professores que participaram no questionário pré-teste sejam também mulheres.

Para além disso, estas professoras nasceram entre 1960 e 1980 (Tabela 3), apresentando assim entre 58 e 38 anos. A idade média dos docentes de 1º ciclo em Portugal continental no ano letivo de 2016/2017 foi de 46 (DGEEC & DSEE, 2018). Uma vez que, a média da idade das professoras que responderam ao questionário se situa nos 48 anos, isto significa que não existe, também neste caso, uma diferença muito díspar relativamente às estatísticas descritas.

Tabela 3. Resposta das professoras relativamente ao seu ano de nascimento (n = 12)

Ano de nascimento	Número de respostas
1960	1
1961	1
1964	1
1965	2
1970	1
1975	1
1976	1
1977	1
1978	1
1979	1
1980	1
Total	12

Percebeu-se ainda que as docentes possuem entre quatro e trinta e cinco anos de experiência profissional (Tabela 4), pelo que se conclui que existem professores com elevada experiência profissional e outros que não possuem tanta.

Tabela 4. Resposta das professoras relativamente ao seu número de anos de experiência profissional (n = 12)

Número de anos de experiência profissional	Número de respostas
4	1
5	1
16	1
18	1
19	2
20	2
29	1
30	1
31	1
35	1
Total	12

Verificou-se também, que aproximadamente 60% das professoras tiveram formação em PHDA e destas, apenas 30% na sua terapêutica. Mais de 80% referiu ter necessidade de mais formação. A maioria das docentes já teve alunos com PHDA e reconhece terem existido alterações, essencialmente benéficas, com a medicação. As professoras referiram conhecer reações adversas associadas à terapêutica, sendo que 30%

já as detetaram nos seus alunos. Nestes casos, reportaram-nas aos pais ou encarregado de educação do aluno e, por vezes ao médico, mas não ao SNF. Assim, conclui-se que, existe a necessidade de reforçar a formação dos professores em PHDA e sua terapêutica, bem como a necessidade de divulgar o SNF.

Para além disso, as professoras foram ainda inquiridas acerca de qual o formato que para si seria a melhor opção para responder ao questionário. As opções que poderiam ser escolhidas eram em versão de papel ou online. Uma vez que não se observou uma preferência clara por um dos formatos, por motivos de conveniência, optou-se pela realização do questionário em versão online.

Por outro lado, quando questionadas se “gostaria de adicionar algum comentário ou sugestão”, apenas existiu uma resposta: “A prescrição de terapêutica deverá ser bem avaliada com a família porque frequentemente estão associadas a falta de rotinas”. Desta afirmação, conclui-se que é um comentário que tem de ser tido em conta, mas a prescrição da terapêutica deverá ser sempre realizada de acordo com a opinião médica (NIH, 2018, p.11) perante o diagnóstico que é feito pelos critérios que já estão definidos (APA, 2013; p.59).

De salientar que os resultados obtidos no questionário pré-teste apenas foram utilizados como resultados preliminares, não sendo posteriormente incluídos juntamente com os dados obtidos com o questionário em versão online nos resultados do estudo.

Questionário versão online

Caracterização da amostra

Após terminado o tempo de abertura para ser respondido o questionário versão online, constatou-se que 89,7% das respostas foram dadas por professores do sexo feminino (Figura 1). Mais uma vez, isto está de acordo com a DGEEC que revela que mais de 80% dos docentes do 1º ciclo do ensino básico em Portugal continental no ano letivo de 2016/2017 é mulher (DGEEC & DSEE, 2018).

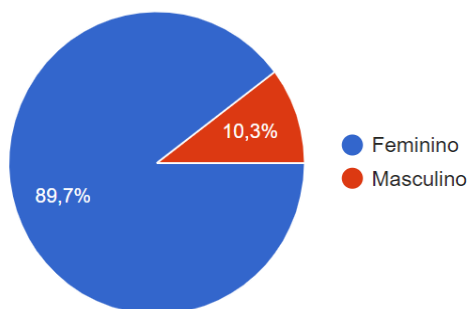


Figura 1. Resposta dos professores relativamente ao seu sexo (n = 107)

Por outro lado, de todos os professores que responderam ao questionário, verificou-se que os mesmos nasceram entre 1952 e 1987 (Figura 2) pelo que possuem entre 31 e 66 anos, correspondendo a uma idade média de 47 anos. Novamente, este valor está dentro do expectável pois a idade média dos docentes de 1º ciclo em Portugal continental no ano letivo de 2016/2017 foi de 46 anos (DGEEC & DSEE, 2018), sendo este valor muito próximo dos 47 anos de média que se constatou.

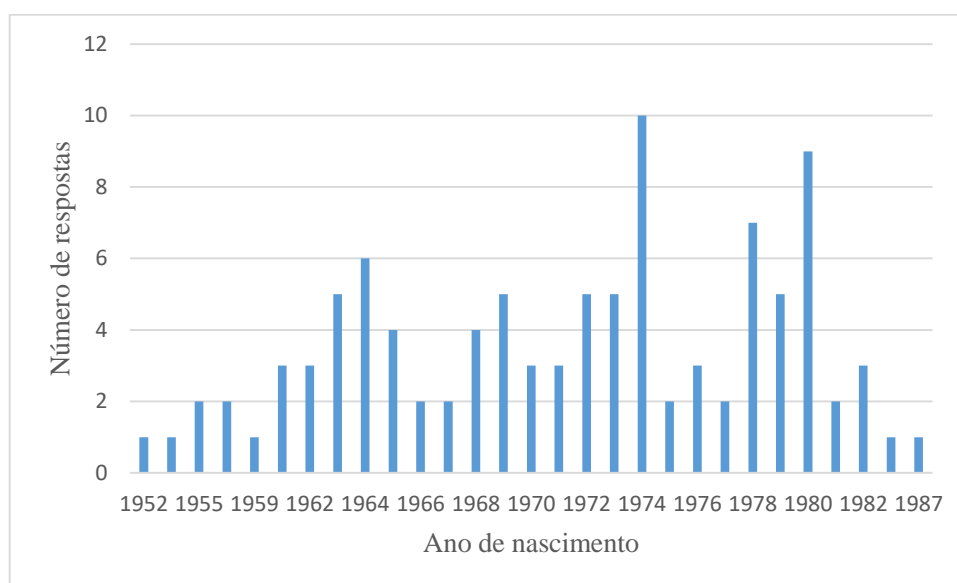


Figura 2. Resposta dos professores relativamente ao seu ano de nascimento (n = 102)

Relativamente ao número de anos de experiência profissional, estes profissionais possuem entre dois e quarenta e quatro anos de experiência profissional (Figura 3), o que faz deduzir que existem professores com elevada experiência profissional e outros que não possuem tanta.

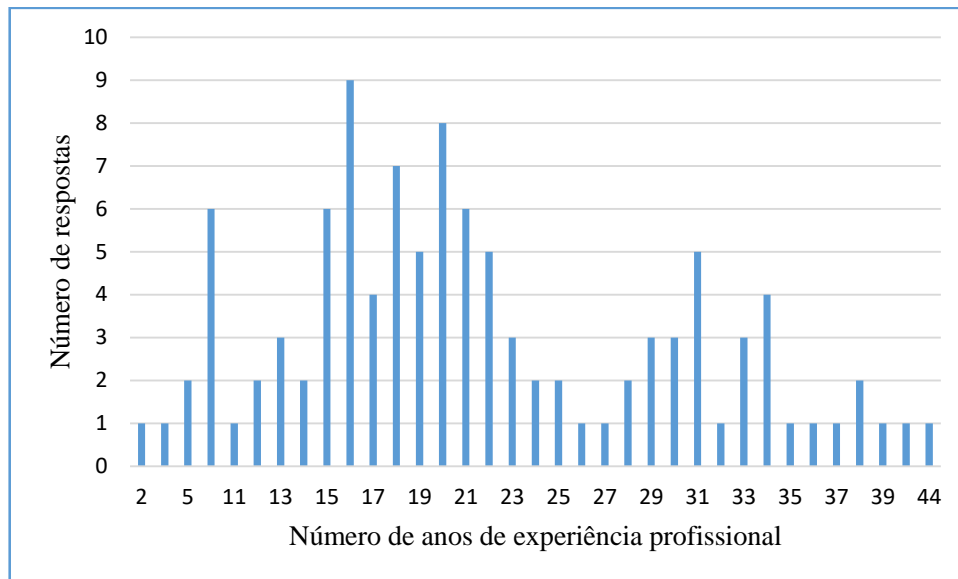


Figura 3. Resposta dos professores relativamente ao número de anos de experiência profissional (n = 106)

Uma limitação do presente estudo é o fato de não se poder aferir a taxa de resposta ao questionário. Apesar do questionário ter sido enviado à direção de todos os Agrupamentos Escolares de Lisboa e Vale do Tejo, não houve forma de verificar em que agrupamentos o questionário foi efetivamente distribuído pelos professores do 1º ciclo. Ainda assim, como acima explanado, a amostra obtida está em linha com os dados nacionais de caracterização dos docentes do 1º ciclo.

Formação dos professores em PHDA e sua terapêutica

Quando os professores foram questionados acerca da sua formação em PHDA e a sua terapêutica, apurou-se que 42,1% já teve formação em PHDA (Figura 4). Destes, em apenas 34,8% essa formação incluiu o tema da terapêutica (Figura 5). É de realçar que 86,9% dos inquiridos referiu ter necessidade de mais formação (Figura 6).

Deste modo, conclui-se que menos de 50% dos professores apresentam formação nesta patologia e na sua terapêutica e mais de 80% refere precisar de ter mais formação, pelo que, existe a necessidade de reforçar a formação dos professores ao nível da PHDA e da terapêutica correspondente.

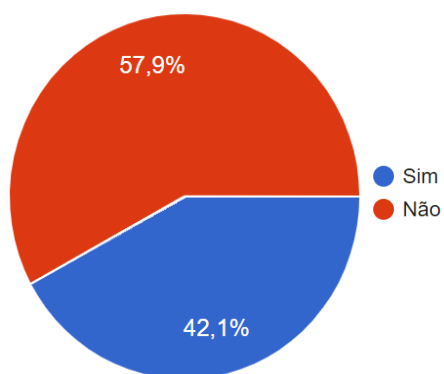


Figura 4. Resposta à pergunta: “Já teve formação sobre esta patologia?” (n = 107)

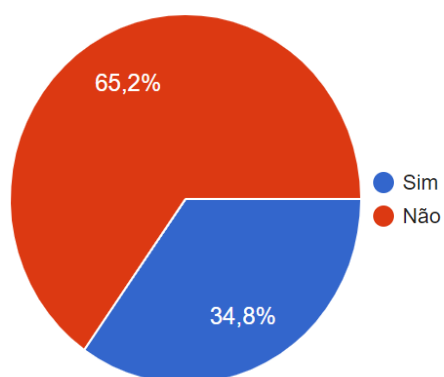


Figura 5. Resposta à pergunta: “Nessa formação estava contemplado o tema da terapêutica?” que foi colocada aos professores com formação em PHDA (n = 46)

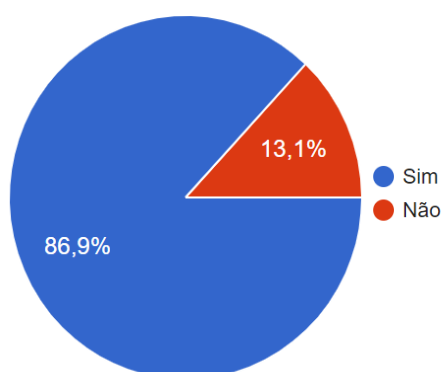


Figura 6. Resposta à pergunta: “Sente necessidade de obter formação sobre este tema?” (n = 107)

Experiência com alunos com PHDA e alterações observadas com a medicação

Uma vez questionados relativamente à sua experiência com alunos com PHDA e alterações observadas com a medicação, verificou-se que nos 107 questionários respondidos, 91,6% dos professores inquiridos já tiveram alunos com esta patologia. Destes, 76,8% referiram que algum dos seus alunos foi medicado para a PHDA após entrar em contacto consigo (n = 99).

Posteriormente a isto, foi perguntado qual a opinião dos professores relativamente às alterações que observaram nos seus alunos na sequência da administração de terapêutica para a hiperatividade e défice de atenção. Das respostas obtidas, constatou-se que mais de 50% concorda que existiram alterações no comportamento dos alunos após a instituição da terapêutica e que estes ficaram mais atentos, menos agitados, menos distraídos, menos impulsivos e mais estáveis emocionalmente. Com uma percentagem menor, 35% concorda que estes ficaram mais apáticos e 49 % que existiu benefício com a terapêutica (Figura 7).

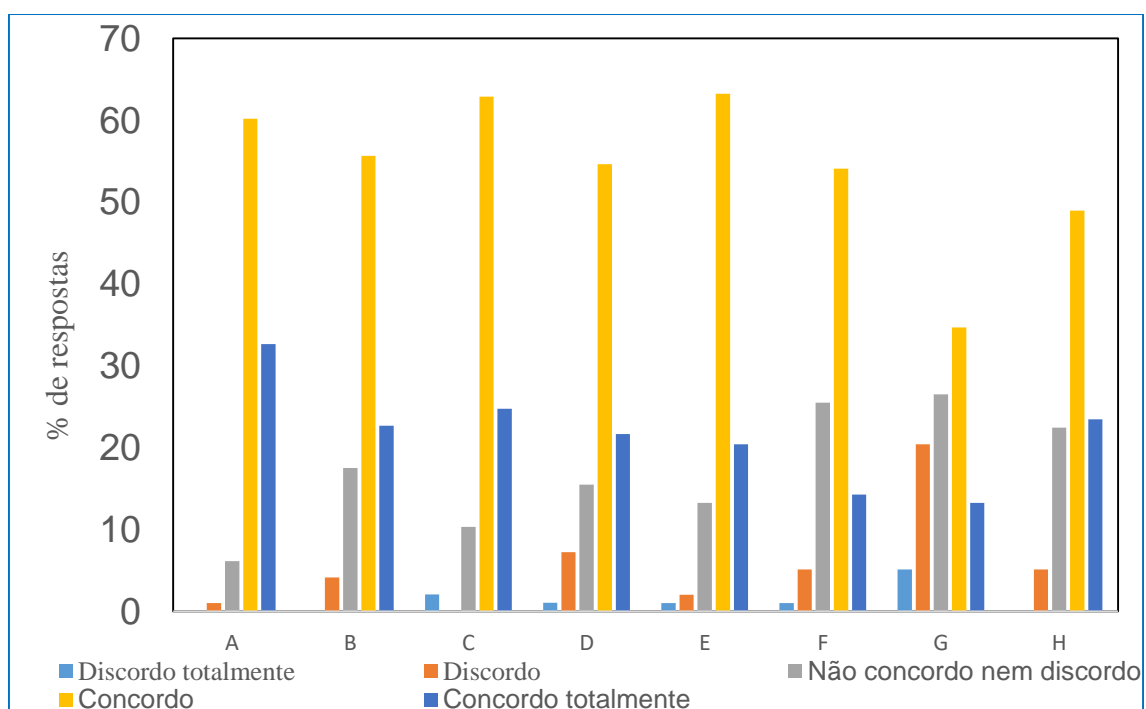


Figura 7. Resposta às perguntas: (A) “Existiram alterações no comportamento dos alunos após a instituição da terapêutica”, (B) “Os alunos ficaram mais atentos”, (C) “Os alunos ficaram menos agitados”, (D) “Os alunos ficaram menos distraídos”, (E) “Os alunos ficaram menos impulsivos”, (F) “Os alunos ficaram mais estáveis emocionalmente”, (G)

“Os alunos ficaram mais apáticos”, (H) “Existiu benefício com a terapêutica”, estas respostas dadas com base na opinião dos professores relativamente às alterações observadas nos seus alunos na sequência da terapêutica para a patologia (n = 97-98)

Com efeito, depreende-se que quase todos os professores já contactaram com alunos nesta condição e que aproximadamente 50% considera que os mesmos apresentam alterações essencialmente benéficas com a toma da medicação. A maioria sente que os alunos ficaram mais atentos, menos agitados, menos distraídos, menos impulsivos e mais estáveis emocionalmente, pelo que a medicação acaba por solucionar os propósitos para a qual foi desenvolvida, pois estes são muitas vezes os sintomas associados à doença e que levam à toma da medicação. Para além disso, relativamente à questão de se “Os alunos ficaram mais apáticos” verificou-se que esta pergunta foi a que teve respostas mais dispersas, não havendo uma tendência de concordância tão clara como nas restantes afirmações.

Reações adversas observadas

Quando foram estudadas as reações adversas medicamentosas (RAM) observadas pelos docentes, aferiu-se que 63,6% dos professores manifestam ter conhecimento acerca das possíveis reações adversas associadas à terapêutica (n = 107) e destes, 24% já as detetou nos seus alunos (n = 104).

As reações adversas indicadas pelos professores foram as seguintes (n=23):

- “Falta de apetite”;
- “Mau estar físico nomeadamente dores de barriga”;
- “Falta de apetite, dores de cabeça e de barriga”;
- “Apatia e indiferença”;
- “apatia, isolamento e baixa auto estima”;
- “A falta de apetite e má disposição”;
- “Diminuição do apetite; apatia”;
- “Problemas digestivos, falta de apetite, apatia”;
- “Desinteresse”;
- “Aumento de peso e apatia”;

- “Sonolência”;
- “O aluno ficou muito apático”;
- “Angustia, tristeza e depressão”;
- “Dependendo dos casos e da dosagem prescrita denotou-se alguma apatia em alguns dos alunos sujeitos à terapêutica.”;
- “Maior apatia em sala de aula e no recreio”;
- “apatia, sonolência, ausências.....”;
- “Demasiada apatia”;
- “Síndrome da privação, apatia (em algumas situações);
- “apatia e prostração”;
- “Apatia, sonolência”.

Com estes dados, pode-se concluir que “Apatia” foi a reação adversa que mais vezes foi nomeada, sendo mencionada treze vezes. “Falta de apetite” foi referida quatro vezes e “Diminuição do apetite” e “Má disposição” uma vez. “Dores de barriga” duas vezes e “Problemas digestivos” uma vez. “Dores de cabeça” uma vez. “Sonolência” três vezes e “Síndrome da privação” uma vez. Todas estas estão descritas nos RCM dos medicamentos aprovados para a PHDA. Apesar da “Apatia”, neste estudo, ser a reação adversa que mais vezes foi percebida pelos professores, isso não quer dizer que corresponda à reação adversa mais frequente. Apenas treze pessoas num universo de cento e sete inquiridos a indicaram e quando os medicamentos são investigados muitos mais dados de indivíduos são incluídos para que se chegue a esta conclusão (RCM Concerta, 2018).

O “Aumento de peso” também foi referido uma vez. Este sinal não está descrito como sendo uma reação adversa presumível. Contudo, uma possível explicação para a mesma, como já referido anteriormente, assenta no facto de alguns destes doentes, quando iniciam esta medicação, terem uma diminuição de apetite. Por não comerem da mesma forma, existe um atraso do seu ritmo de crescimento em relação ao peso e altura. No entanto, após algum tempo, a tendência é que a perda de peso e atraso no crescimento inicialmente registados sejam repostos. Assim, não existe um aumento de peso associado à toma da medicação, mas existe sim uma reposição, passado algum tempo, do peso inicialmente perdido (RCM Atomoxetina, 2018) (Michelson et al., 2004).

Para além disso, sinais de “Indiferença”, “Isolamento”, “Baixa auto-estima”, “Desinteresse”, “Angustia, tristeza e depressão”, “Ausências” e “Prostração” foram individualmente citados uma vez. Estes, individualmente, não estão descritos como sendo reações adversas expectáveis. No entanto, quando são agregados, chega-se à conclusão que descrevem manifestações características da depressão, reação adversa esta descrita para alguns destes medicamentos para tratamento da PHDA. De realçar também que a perda ou ganho de peso e a sonolência também podem estar associados à depressão, pelo que, cada caso tem de ser analisado para cada pessoa estudada (APA, 2013; p.161).

Verificou-se ainda que 93% dos professores que detetaram RAM nos seus alunos reportaram as mesmas ao encarregado de educação ou aos pais e 28% reportaram-nas ao médico do aluno. No entanto, os professores inquiridos nunca notificaram uma RAM detetada nos seus alunos ao SNF.

Quanto ao motivo pela qual este reporte não foi feito ao SNF, 48,4% respondeu que desconhece a existência do mesmo (Gráfico 8). No entanto, é possível que a percentagem de professores que desconhece a existência do SNF seja superior, mas que estes tenham escolhido outra opção como razão principal para o não reporte de RAM ao SNF.

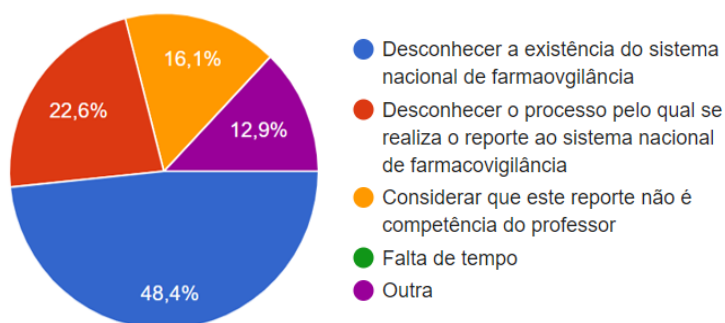


Figura 8. Resposta à pergunta: “Porque motivo não reportou ao sistema nacional de farmacovigilância?” (n = 31)

Considerando a soma das percentagens dos professores que selecionaram as opções “Desconhecer a existência do SNF” e “Desconhecer o processo pelo qual se

realiza o reporte ao SNF”, obtém-se um total de 71% de respostas que justificam a não notificação ao SNF por falta de conhecimento acerca do mesmo.

Deste modo, à semelhança dos resultados obtidos no pré-teste, evidencia-se a necessidade de divulgação do SNF, pois os professores até têm conhecimento acerca das possíveis reações adversas que podem surgir decorrentes da toma de medicação e até já as detetaram, mas acabam por as reportar apenas ao encarregado de educação/pais ou ao médico do aluno. A comunicação das reações observadas pelos professores também ao SNF iria contribuir para manter a segurança dos medicamentos em defesa do utente e da Saúde Pública.

Entrevista

Para a realização de entrevistas, foi contactado um diverso número de pedopsiquiatras e explicado em que consistia o estudo. No entanto, apenas um profissional aceitou responder à mesma.

Na sequência desta resposta, salienta-se o facto de o pedopsiquiatra considerar que a terapêutica atualmente existente no mercado cumpre os objetivos para a qual foi desenvolvida e que a mesma possui um início de ação bastante rápido comparando com os restantes psicofármacos disponíveis para outras patologias. Para além disso, este afirma que, quando a patologia ocorre isoladamente é mais fácil que cumpra os seus objetivos para a qual foi proposta, existindo melhorias no desempenho dos alunos na escola após a sua instituição. No entanto, quando existem comorbilidades torna-se mais difícil que a terapêutica cumpra os objetivos para a qual foi desenvolvida.

Por outro lado, quando questionado acerca do contacto com os professores dos alunos que acompanha, reconhece que sim, mas não tantas vezes como idealmente seria necessário. Porém, apesar disto, considera que os professores têm até conhecimento para identificar a patologia e remeter isso aos encarregados de educação/pais dos seus alunos para que possam ser encaminhados para o profissional habilitado ao correto diagnóstico da doença. Relata que estes fazem algumas formações que lhes permitem estar mais elucidados acerca deste assunto, possuindo também conhecimento relativamente à terapêutica dos seus alunos. Por vezes, são os professores que administram a medicação e isto é uma mais valia para que o tratamento possa decorrer. Comparando isto com as respostas dadas pelos professores no questionário relatado anteriormente, pode-se chegar

à conclusão, que sim, estes professores já possuem algum conhecimento acerca deste tema, como eles próprios afirmaram, mas assumem que necessitariam de mais. Havendo deste modo necessidade, como já foi sugerido, que se realize um pouco mais de ações neste sentido.

Sob outra perspectiva, quando foi questionado relativamente a se os professores lhe reportam a si ou ao encarregado de educação do aluno alguma reação adversa decorrente da toma de medicação, afirmou que sim. No entanto, afirmou não reportar ao SNF as RAM que lhe são transmitidas, acrescentando que:

“Acho até que não o fazemos por falta de informação, e de não nos dizerem como é que isso se faz. Devia de haver por exemplo no nosso sistema de prescrição um link que dissesse “reportar ao Sistema Nacional de Farmacovigilância”, e ser uma forma muito simples de o fazer.”

Deduz-se assim que deve existir a divulgação deste sistema junto destes profissionais para que, quando for relevante, os mesmos tenham mais informação que lhes permita reportar convenientemente algo que possa ajudar a compreender o perfil de risco/segurança dos medicamentos. Deve ainda ter-se em atenção a sugestão referida, para que se possa melhorar este sistema de comunicação.

No Apêndice VI apresentam-se as respostas integrais à entrevista.

Sob outra perspectiva, inerente a todo o estudo, existem algumas limitações que podem afetar os resultados. Relativamente ao questionário online, está claro que podem sempre existir vieses associados ao mesmo. Estes podem incidir no facto da não interpretação correta das perguntas. O professor não tem a oportunidade de questionar relativamente a alguma dúvida que possa possuir, o que pode influenciar a sua resposta. Por outro lado, pode não responder de forma sincera às questões que lhe são colocadas, por ex. quando é questionado relativamente ao SNF, pode-se sentir pressionado a responder que o conhece. A verdade é que nenhum docente afirmou reportar as reações adversas a este sistema pelo que se levanta a questão se realmente têm conhecimento em relação ao mesmo. Para além disso, relativamente à entrevista realizada, uma das grandes limitações do estudo prende-se com o facto de apenas um pedopsiquiatra ter respondido

à mesma, pelo que os dados conseguidos são em pouca quantidade, dando-nos apenas a ideia da opinião de um entrevistado.

No entanto, e apesar destas limitações, foi possível recolher informações que deram respostas às questões levantadas inicialmente, permitindo assim, cumprir os objetivos que estavam estipulados, refletir sobre os dados recolhidos e identificar aspetos que podem ser melhorados para beneficiar o acompanhamento das crianças com esta patologia.

Papel do Farmacêutico

Verificou-se ao longo do estudo que os professores admitem a necessidade de possuírem mais formação. Para que esta possa ser transmitida, o farmacêutico pode e deve atuar para que se chegue a um melhor resultado. É o profissional que melhor entende o medicamento e por isso pode facultar da maneira mais correta indicações para que, quando é necessário que a sua administração seja realizada, os professores tenham pleno conhecimento acerca do fármaco. Os docentes têm de possuir formação que lhes permita identificar se o mesmo está a fazer o efeito pretendido e se não surgem manifestações que não são expectáveis com a sua toma. Isto é fundamental que seja realizado, pois uma pessoa desinformada não consegue distinguir o que é expectável do que não é expectável. Assim, uma sugestão passa por ações de formação dadas por vários profissionais, consoante a necessidade dos professores. A equipa de formadores pode ser constituída por médicos com formação nesta área, farmacêuticos e outros profissionais de interesse para permitir que a formação seja o mais completa possível.

Outra das medidas que poderão ser tidas em conta passa por o farmacêutico integrar a equipa de profissionais que segue estas crianças, podendo eventualmente ir até à escola, falar com o professor, com o médico, observar o aluno, falar com o encarregado de educação/pais e com outros profissionais que possuam contacto com a criança. Tendo um grande conhecimento acerca do medicamento, pode posteriormente reunir-se com o médico dando a sua avaliação e contribuir para que se possa entender se a terapêutica receitada está ou não a fazer efeito, ou está a criar alguma reação indesejável e assim, dar o seu contributo para que se possa, em caso de necessidade, fazer um ajuste de dose, mudar a classe do fármaco e ter desta forma um papel interventivo e até formativo relativamente à terapêutica em questão. Após o trabalho de pesquisa e observação, poderiam até ser realizadas com a periodicidade necessária, outras reuniões onde os

profissionais e encarregado de educação estivessem presentes, para obter a melhor solução para aquele jovem.

Por outro lado, constatou-se a necessidade de divulgar o SNF. Com efeito, mais uma vez o farmacêutico pode contribuir para a sua divulgação, para que os profissionais, quando for adequado, tenham uma ferramenta útil para reportar observações que ajudem a estabelecer o perfil de risco/segurança dos medicamentos. Este poderia deslocar-se à escola, ir ter com os médicos e até com os encarregados de educação/pais destes alunos para que, quando necessitarem, possam realizar o reporte de alguma reação adversa de uma forma informada e consciente.

Conclusão

A PHDA está cada vez mais a ser reconhecida como uma patologia que afeta crianças, adolescentes e adultos. Existe mais conhecimento e maior acesso aos cuidados de saúde, o que conseqüentemente permite ao médico ter uma maior capacidade para a diagnosticar (Polanczyk et al., 2014). De acordo com as recomendações do NICE de 2018 é fulcral que todos os pais e responsáveis por crianças e jovens com esta patologia recebam informações e apoio focados na PHDA (NICE, 2018, p.44). Nesse sentido, sendo os professores de primeiro ciclo os profissionais que diariamente possuem um maior número de horas de contacto com as crianças, torna-se importante também saber se realmente estes possuem o conhecimento acerca da patologia e da sua terapêutica que lhes permita lidar com estes indivíduos.

Com efeito, foi realizado um estudo que permitia entender se estes profissionais sentiam que o possuíam. Neste sentido, verificou-se que a grande maioria dos professores admitiu que necessitava de mais formação, pelo que, se conclui, que é necessário que sejam realizadas ações junto destes docentes para que estes possam contribuir mais para uma melhor gestão da patologia dos seus alunos com PHDA.

Para além disso, percebeu-se que mais de 90% dos professores já contactaram com alunos que possuíam PHDA e que, denotaram alterações essencialmente benéficas aquando da instituição da medicação. Entende-se assim que um grande número de docentes já tem experiência com estes alunos e que, para eles, a terapêutica traz melhorias para estas crianças. Por outro lado, verificou-se que os professores até conhecem algumas reações adversas associadas à toma dos medicamentos para esta patologia. No entanto, quando as reconhecem nos seus alunos, apenas as reportam ao encarregado de educação/pais e ao médico, mas não ao SNF. O mesmo se verifica com o pedopsiquiatra. Este até afirmou que tem alguma interação com os professores dos seus doentes, mas quando estes ou outros lhe transmitem, ou quando deteta alguma reação adversa associada à toma de medicação, não tem por hábito a reportar ao SNF. Chega-se assim à conclusão, que é importante existir a divulgação deste sistema junto dos profissionais para que, quando necessário, possa ser utilizado. Há que ter sempre em atenção que apenas existiu uma resposta de um pedopsiquiatra, pelo que os dados recolhidos na entrevista poderão não corresponder à realidade existente na globalidade entre todos estes médicos.

Com efeito, considera-se que todos os objetivos propostos para este trabalho foram cumpridos. Como perspetiva futura, sugere-se uma continuidade deste estudo para que se consiga uma amostra representativa de toda a população portuguesa.

Bibliografia

- American Academy of Pediatrics [AAP]. (2014). Off-Label Use of Drugs in Children. *Pediatrics*, 133(3), 563–567. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-4060>
- APA - American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^a ed.). Washington, DC: Autor
- Barkley, R. A., & Peters, H. (2012). The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard’s Description in 1775 of “Attention Deficit” (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *Journal of Attention Disorders*, 16(8), 623–630. <https://doi.org/10.1177/1087054711432309>
- Blotnicky-Gallant, P., Martin, C., McGonnell, M., & Corkum, P. (2015). Nova Scotia Teachers’ ADHD Knowledge, Beliefs, and Classroom Management Practices. *Canadian Journal of School Psychology*, 30(1), 3–21. <https://doi.org/10.1177/0829573514542225>
- Bolea-Alamañac, B., Nutt, D. J., Adamou, M., Asherson, P., Bazire, S., Coghill, D., Young, S. J. (2014). Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: Update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 28(3), 179–203. <https://doi.org/10.1177/0269881113519509>
- Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil [CADIn]. (2018). <https://www.cadin.net/saber-mais-phda/102-phda-idade-escolar>. Acedido a 30 de dezembro de 2018 de CADIn IPSS em <https://www.cadin.net/>
- Cunha, A. C. T. (2012). Importância das atividades lúdicas na criança com Hiperatividade e Défice de Atenção segundo a perspectiva dos professores. Escola Superior de Educação João de Deus. Dissertação de Mestrado.
- Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência [DGEEC] & Direção de Serviços de Estatísticas da Educação [DSEE]. (2018). *Perfil do Docente 2016/2017*. Lisboa: Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência.
- Epstein, J. N., & Loren, R. E. A. (2013). Changes in the definition of ADHD in DSM-5: Subtle but important. *Neuropsychiatry*, 3(5), 455–458. <https://doi.org/10.2217/npv.13.59>

- Escola Saudávelmente. (2018). <http://escolasaudavelmente.pt/professores/problemas-de-saude-psicologica/defice-de-atencao-e-hiperatividade>. Acedido a 30 de dezembro de 2018 de Escola Saudávelmente em <http://escolasaudavelmente.pt/>
- Faraone, S. V., & Larsson, H. (2018). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 1–14. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>
- French, W. P. (2015). Assessment and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Part 1. *Pediatric Annals*, 44(3), 114–120. <https://doi.org/10.3928/00904481-20150313-13>
- Hinshaw, S. P., & Eugene Arnold, L. (2015). ADHD, Multimodal Treatment, and Longitudinal Outcome: Evidence, Paradox, and Challenge. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci*, 6(1), 39–52. <https://doi.org/10.1002/wcs.1324>
- Kelly, B. D. (2018). Attention-deficit hyperactivity disorder: a clinical review of the concept, diagnosis and management. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 35(03), 157–161. <https://doi.org/10.1017/ipm.2017.62>
- Linck Graeff, R., & E. Vaz, C. (2008). Evaluation and Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psicologia USP*, 19(3), 341–361. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000300005>
- Mattes, J. A. (2016). Treating ADHD in Prison: Focus on Alpha-2 Agonists (Clonidine and Guanfacine). *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 44(2), 151–7.
- Michelson, D., Buitelaar, J. K., Danckaerts, M., Gillberg, C., Spencer, T. J., Zuddas, A., Biederman, J. (2004). Relapse Prevention in Pediatric Patients With ADHD Treated With Atomoxetine: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(7), 896–904. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000125089.35109.81>
- Moura-Ribeiro, M., Ferreira, L. & Schmutzler, K. (2018). *Conduitas em Neurologia Infantil*. Thieme Revinter Publicações LTDA
- National Institute for Mental Health [NIH]. (2016). https://www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/index.shtml#part_145449. Acedido a 7 de novembro, 2018 de NIH em <https://www.nih.gov/institutes-nih>
- NICE - National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Attention deficit*

- hyperactivity disorder: diagnosis and management*. London: Autor
- Nigg, J. T. (2012). Future Directions in ADHD Etiology Research. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 41(4), 524–533. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.686870>.
- Oliveira, L., Medeiros, M., & Serrano, A. (2017). PHDA: Afinal, qual a sua origem? uma revisão dos fatores etiológicos. *Revista Portuguesa Da Pedagogia*, 51(1), 43–61.
- Papaseit, E., García-Algar, O., Simó, S., Pichini, S., & Farré, M. (2013). Metilfenidato en el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pediatría: monitorización en matrices biológicas. *An Pediatr (Barc)*, 78(2), 123.e1-123.e10. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.08.015>
- Pelham, W. E., Burrows-maclean, L., Gnagy, E. M., Fabiano, G. A., Coles, E. K., Wymbs, B. T., Waschbusch, D. A. (2014). A Dose-Ranging Study of Behavioral and Pharmacological Treatment for Children with ADHD. *J Abnorm Child Psychol*, 42(6), 1019–1031. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9843-8>.
- Pliszka, S., & AACAP Work Group on Quality Issues. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry.*, 46(7), 894–921. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318054e724>
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (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>
- Prontuário Terapêutico on-line. (2018). <http://app10.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=metilfenidato&x=13&y=3&rb1=0>. Acedido a 20 de dezembro de 2018
- Prontuário Terapêutico on-line. (2018). <http://app10.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=atomoxetina&x=0&y=0&rb1=0>. Acedido a 20 de dezembro de 2018
- Romanini, L. S. M. (2012). Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção : Importância do envolvimento parental no percurso escolar - estudo de caso comparativo. Castelo Branco : IPCB. Escola Superior de Educação. Dissertação de Mestrado.

- RCM Atomoxetina - Resumo das Características do Medicamento, disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=619907&tipo_doc=rcm, acessado a 20 de dezembro de 2018
- RCM Concerta - Resumo das Características do Medicamento, disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=34285&tipo_doc=rcm, acessado a 20 de dezembro de 2018
- RCM Elvanse - Resumo das Características do Medicamento, disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=597162&tipo_doc=rcm, acessado a 20 de dezembro de 2018
- RCM Intuniv - Resumo das Características do Medicamento, disponível em https://www.ema.europa.eu/documents/product-information/Intuniv-epar-product-information_pt.pdf, acessado a 28 de dezembro de 2018
- Rowland, A. S., Lesesne, C. A., & Abramowitz, A. J. (2002). The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A public health view. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8(3), 162–170. <https://doi.org/10.1002/mrdd.10036>
- Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., Kučerová, A., Michalová, Z., Schmiedeler, S., Antonopoulou, K., Rossouw, J. (2016). Cross-national comparisons of teachers' knowledge and misconceptions of ADHD. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 5(1), 34–50. <https://doi.org/10.1037/ipp0000045>
- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Zuddas, A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder - First upgrade. *European Child and Adolescent Psychiatry, Supplement*, 13(1). pág.17-30, <https://doi.org/10.1007/s00787-004-1002-x>
- Tripp, G., L. Luk, S., A. Schaugency, E., & Singh, R. (1999). DSM-IV and ICD-10: A Comparison of the Correlates of ADHD and Hyperkinetic Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(2), 156–164. <https://doi.org/10.1097/00004583-199902000-00014>
- Troksa, K., Kovacich, N., Moro, M., & Chavez, B. (2018). Impact of Central Nervous System Stimulant Medication Use on Growth in Pediatric Populations with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review. *Pharmacotherapy, in press*

<https://doi.org/10.1002/phar.2192>

Tyrer, P. (2014). A comparison of DSM and ICD classifications of mental disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20, 280–285.
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.113.011296>

Veen-Mulders, L., van den Hoofdakker, B. J., Nauta, M. H., Emmelkamp, P., & Hoekstra, P. J. (2017). Methylphenidate Has Superior Efficacy Over Parent–Child Interaction Therapy for Preschool Children with Disruptive Behaviors. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 28(1), 66–73.
<https://doi.org/10.1089/cap.2017.0123>

Apêndices

Apêndice I – Questionário pré-teste

Questionário

Raquel Leitão Madureira Ferreira, a frequentar o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias pede a sua colaboração no preenchimento de um questionário fechado realizado no âmbito da dissertação deste mestrado com o tema **“O conhecimento dos professores do 1º ciclo relativamente à terapêutica da hiperatividade e défice de atenção”** sob a orientação da Professora Doutora Ana Sofia Fernandes. Todos os dados recolhidos são confidenciais e serão usados exclusivamente na realização deste trabalho. A resposta a este questionário demora cerca de 5 minutos.

Sexo: () Feminino () Masculino

Ano de nascimento: _____

Nº de anos de experiência profissional: _____

1. Já teve formação sobre esta patologia? () Sim () Não

1.1. Se respondeu sim, nessa formação estava contemplado o tema da terapêutica?
() Sim () Não

2. Sente necessidade de obter formação sobre este tema? () Sim () Não

3. Já teve algum aluno com esta patologia? () Sim () Não () Não sei

(Se respondeu “não” ou “não sei” a esta questão responda apenas à pergunta 4)

3.1. Se respondeu sim, algum dos seus alunos foi medicado para esta patologia após entrar em contacto consigo? () Sim () Não

3.2. Na tabela abaixo, indique a sua opinião relativamente às alterações que observou nos seus alunos na sequência da terapêutica para a hiperatividade e défice de atenção.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
3.2.1. Existiram alterações no comportamento dos alunos após a instituição da terapêutica					
3.2.2. Os alunos ficaram mais atentos					
3.2.3. Os alunos ficaram menos agitados					
3.2.4. Os alunos ficaram menos distraídos					
3.2.5. Os alunos ficaram menos impulsivos					
3.2.6. Os alunos ficaram mais estáveis emocionalmente					
3.2.7. Os alunos ficaram mais apáticos					
3.2.8. Existiu benefício com a terapêutica					

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Raquel Ferreira
raquel.lmf@live.com.pt

4. Tem conhecimento das possíveis reações adversas que podem ocorrer com os medicamentos utilizados no tratamento desta patologia? () Sim () Não

5. Observou nos seus alunos alguma reação adversa? () Sim () Não

5.1. Se respondeu sim, qual(ais)? _____

5.2. Se respondeu sim, reportou a reação adversa observada:

5.2.1. Ao encarregado de educação ou pais do aluno? () Sim () Não

5.2.2. Ao médico do aluno? () Sim () Não

5.2.3. Ao sistema nacional de farmacovigilância? () Sim () Não

Agradeço o tempo dispensado e pergunto qual o formato que para si seria a melhor opção para responder a este questionário?

() Papel () Online

Gostaria de adicionar algum comentário ou sugestão?

Muito obrigada pela sua colaboração

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Raquel Ferreira
raquel.lmf@live.com.pt

Apêndice II – Carta de apresentação questionário pré-teste

Exm^o (a). Sr(a). Dr(a). _____

Diretor(a) do Agrupamento de Escolas _____

Eu, Raquel Leitão Madureira Ferreira, aluna do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, ministrado na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, encontro-me a realizar a minha dissertação de mestrado com o tema **“O conhecimento dos professores do 1º ciclo relativamente à terapêutica da hiperatividade e défice de atenção”** sob a orientação da Professora Doutora Ana Sofia Fernandes.

Neste sentido, venho a solicitar a Vossa Excelência autorização para a aplicação de um questionário aos professores de 1º ciclo deste agrupamento escolar com o intuito de recolher informação a cerca do conhecimento dos mesmos relativamente à terapêutica desta doença. Todos os dados recolhidos são confidenciais e serão usados exclusivamente na realização deste trabalho.

Na esperança da concordância de Vossa Exa. com este meu pedido, agradeço antecipadamente enviando um exemplar do mesmo para sua apreciação e análise.

Com os melhores cumprimentos,

Raquel Leitão Madureira Ferreira

Apêndice III – Questionário versão online

Questionário

Raquel Leitão Madureira Ferreira, a frequentar o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias pede a sua colaboração no preenchimento de um questionário fechado realizado no âmbito da dissertação deste mestrado com o tema "A perceção dos professores do 1º ciclo relativamente à terapêutica da hiperatividade e défice de atenção" sob a orientação da Professora Doutora Ana Sofia Fernandes. Todos os dados recolhidos são confidenciais e serão usados exclusivamente na realização deste trabalho. A resposta a este questionário demora cerca de 5 minutos.

*Obrigatório

Sexo *

- Feminino
- Masculino

Ano de nascimento *

A sua resposta _____

Nº de anos de experiência profissional *

A sua resposta _____

1. Já teve formação sobre esta patologia? *

- Sim
- Não

1.1. Se respondeu sim, nessa formação estava contemplado o tema da terapêutica?

- Sim
- Não

2. Sente necessidade de obter formação sobre este tema? *

- Sim
- Não

3. Já teve algum aluno com esta patologia? *

(Se respondeu "não" ou "não sei" a esta questão responda apenas à pergunta 4)

- Sim
- Não
- Não sei

3.1. Se respondeu sim, algum dos seus alunos foi medicado para esta patologia após entrar em contacto consigo?

- Sim
- Não

3.2. Na tabela abaixo, indique a sua opinião relativamente às alterações que observou nos seus alunos na sequência da terapêutica para a hiperatividade e défice de atenção.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
3.2.1. Existiram alterações no comportamento dos alunos após a instituição da terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2.2. Os alunos ficaram mais atentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2.3. Os alunos ficaram menos agitados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2.4. Os alunos ficaram menos distraídos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2.5. Os alunos ficaram menos impulsivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2.6. Os alunos ficaram mais estáveis emocionalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2.7. Os alunos ficaram mais apáticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2.8. Existiu benefício com a terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Tem conhecimento das possíveis reações adversas que podem ocorrer com os medicamentos utilizados no tratamento desta patologia? *

- Sim
- Não

5. Observou nos seus alunos alguma reação adversa?

- Sim
- Não

5.1. Se respondeu sim, qual(ais)?

A sua resposta

5.2. Se respondeu sim, reportou a reação adversa observada:

	Sim	Não
5.2.1. Ao encarregado de educação ou pais do aluno?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.2.2. Ao médico do aluno?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.2.3. Ao sistema nacional de farmacovigilância?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.3. Caso tenha respondido não à pergunta 5.2.3. qual foi o motivo pelo qual não reportou ao sistema nacional de farmacovigilância?

- Desconhecer a existência do sistema nacional de farmacovigilância
- Desconhecer o processo pelo qual se realiza o reporte ao sistema nacional de farmacovigilância
- Considerar que este reporte não é competência do professor
- Falta de tempo
- Outra

SUBMETER

Apêndice IV – Carta de apresentação questionário versão online

Exm^o (a). Sr(a). Dr(a). _____

Diretor(a) do Agrupamento de Escolas _____

Eu, Raquel Leitão Madureira Ferreira, aluna do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, ministrado na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, encontro-me a realizar a minha dissertação de mestrado com o tema **“A percepção dos professores do 1º ciclo relativamente à terapêutica da hiperatividade e défice de atenção”** sob a orientação da Professora Doutora Ana Sofia Fernandes.

Neste sentido, venho a solicitar a Vossa Excelência autorização para a aplicação de um breve questionário online aos professores de 1º ciclo deste agrupamento escolar com o intuito de recolher informação a cerca da percepção dos mesmos relativamente à terapêutica desta doença. Todos os dados recolhidos são confidenciais e serão usados exclusivamente na realização deste trabalho.

Na esperança da concordância de Vossa Exa. com este meu pedido, agradeço antecipadamente enviando o link do mesmo para sua apreciação e análise.

https://docs.google.com/forms/d/1XcUeiu_jYBSfkJdXTv2ZRz3TYoJCgIRs2n5db2JNNV0/edit

Caso autorize, solicito a distribuição do link do questionário pelos professores do primeiro ciclo do agrupamento que coordena. Agradeço desde já a sua colaboração neste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Raquel Leitão Madureira Ferreira

Apêndice V – Entrevista a Pedopsiquiatras

Entrevista

Raquel Leitão Madureira Ferreira, a frequentar o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, pede a sua colaboração para a realização de uma entrevista telefónica no âmbito da dissertação deste mestrado com o tema **“O conhecimento dos professores do 1º ciclo relativamente à terapêutica da hiperatividade e défice de atenção”** sob a orientação da Professora Doutora Ana Sofia Fernandes. Esta entrevista tem como intuito recolher a opinião de pedopsiquiatras acerca deste tema. Caso seja do seu interesse colaborar será assegurado o seu anonimato e todos os dados recolhidos serão confidenciais sendo apenas publicadas as suas respostas à entrevista. Esta demora cerca de 10 minutos.

- 1) De acordo com a sua experiência clínica, considera que a terapêutica atualmente instituída para esta patologia atinge os objetivos para a qual foi desenvolvida?
- 2) Possui contacto com os professores dos doentes que acompanha/acompanhou?
- 3) Considera que esses professores têm conhecimento suficiente sobre a patologia que lhes permita acompanhar estes doentes?
- 4) Considera que os doentes melhoram o seu desempenho na escola após instituição da terapêutica?
- 5) Considera que os professores têm conhecimento acerca da terapêutica dos seus alunos?
- 6) Dos casos com os quais contactou considera que os professores têm por hábito reportar-lhe algum tipo de reação adversa que observaram nos seus alunos ou reportaram ao encarregado de educação do aluno ou ao Sistema Nacional de Farmacovigilância?
- 7) Caso os professores lhe tenham reportado alguma reação adversa, reportou a mesma ao Sistema Nacional de Farmacovigilância?

Agradeço o tempo dispensado e pergunto se gostaria de adicionar mais algum comentário?

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Raquel Ferreira
raquel.lmf@live.com.pt

Apêndice VI – Resposta da Entrevista ao Pedopsiquiatra

1) Das medicações da psicofarmacologia, os psicofármacos que nós usamos para as diferentes patologias em pedopsiquiatria, esta acho que é a que melhor conseguiu atingir os seus objetivos. Muitas vezes na pedopsiquiatria e na psiquiatria não há efeitos imediatos, isto é, meia hora após a toma do fármaco e, aqui frequentemente os efeitos são imediatos. Administra-se o fármaco e há o efeito. O próprio não reconhece tanto, a não ser quando são mais adolescentes ou miúdos com maior maturidade que conseguem reconhecer este efeito imediato mas muitas vezes são mais os pais e os professores que reconhecem esse efeito imediato na remissão da patologia quando o fármaco é administrado. E por isso acho que atingiu perfeitamente os seus objetivos, no entanto mais nos meninos que não tem múltiplos diagnósticos e sim um diagnóstico único de PHDA porque há muitos miúdos que têm comorbilidades com perturbação de ansiedade, com perturbações de comportamento que não é assim tão linear atingir os objetivos.

2) Na população que eu sigo muitas vezes são os professores que são os referenciadores para a consulta de pedopsiquiatria. Às vezes são os professores que pedem para falar com os pais e comunicam as preocupações, os achados deles, e os pais vão ao médico de família e pedem o seguimento em consulta de pedopsiquiatria. Depois frequentemente obtemos os relatórios dos professores ou mesmo os psicólogos escolares fazem uma prévia avaliação passando alguns testes que podem sugerir esta patologia, mas depois o diagnóstico somos sempre os pedopsiquiatras que fazemos.

Seguidamente o contacto com os professores ou fazemos idealmente de forma telefónica ou nos casos não tão simples, com meninos com comorbilidades, com absentismo, com casos mais complicados muitas vezes ou reunimos presencialmente, ou eles vêm à clínica da juventude, ou nós vamos às escolas. Isto devia acontecer mais vezes mas como são muitos pacientes acontece muito menos vezes do que idealmente.

Para além disso, no início deste acompanhamento passo também sempre os questionários, como a escala de Conners que envio aos professores para objetivar quais são as queixas. E passado seis meses volto a encaminhar esse questionário pelos pais para saber qual foi a evolução. Mas sim possuímos contacto com os professores dos doentes.

- 3) Eles sabem que existe este diagnóstico e numa turma de trinta crianças e adolescentes eles conseguem identificar aqueles que têm comportamentos mais problemáticos e pensar nesta patologia, no entanto conhecimento suficiente para acompanhar muitas vezes não. Têm sim frequentemente para eventualmente identificar. Regularmente, também não temos professores de ensino especial ou os psicólogos dos agrupamentos a conseguir que estes professores também tivessem mais conhecimento para acompanhar estas crianças e adolescentes, ou seja, que tivessem estratégias dentro da sala de aula ou estratégias cognitivo-comportamentais. Nós próprios pedopsiquiatras fazemos mais um acompanhamento terciário, em termos de prevenção e de trabalho em campo não temos tempo disponível para nos deslocarmos à escola e fazer este tipo de intervenção com as escolas. Nos cuidados de saúde primários também os psicólogos não conseguem fazer este tipo de trabalhos não conseguindo trabalhar com os professores. Muitas vezes os professores têm especial interesse e fazem formações específicas para este tipo de patologias.
- 4) Na globalidade sim, mais estes adolescentes e crianças que têm um diagnóstico único de PHDA. Quando há comorbidades muitas vezes há outros fatores que influenciam o desempenho, nomeadamente as perturbações de ansiedade, as perturbações de oposição, as perturbações disruptivas do comportamento, perturbações da relação pais-filhos e que têm outros fatores da linha emocional que influenciam o seu desempenho, ou que têm perturbações específicas da linguagem que também é uma comorbidade frequente, o seu desempenho é de alguma forma melhorado mas não tanto como aqueles que têm apenas PHDA. Ou seja, quando não melhoram é porque têm outras comorbidades associadas ou pode até ser outro diagnóstico, pelo que se tem de ter muito cuidado em diagnosticar PHDA. Na segunda infância, entre os cinco e os doze anos pode parecer um diagnóstico de PHDA, mas depois com a evolução pode ser um diagnóstico diferente, como uma perturbação de humor por exemplo. Isto não é um mau diagnóstico, mas a evolução e a maturidade faz com que estes sintomas de inquietude, ou de desatenção, afinal são uma outra coisa, e aí percebemos que eles não melhoravam porque com o crescimento os sintomas significavam outro diagnóstico.
- 5) Eu achava que não, ao início havia pais que tinham mais recato que hoje em dia em informar os professores acerca da terapêutica e agora vejo que a maioria dos

professores tem conhecimento. Os pais muitas vezes dizem que não vão dizer logo ao professor para ver se este nota alguma coisa e depois acabam por lhe dizer, mas fazem isto no sentido do professor não ficar logo sugestionado. Mas a maioria têm todos conhecimento para este tipo de medicação para PHDA. Muitas vezes em relação a outras medicações os pais preferem omitir mas para este tipo de medicação sim. Até porque há medicações que duram quatro ou oito horas e muitas vezes são os professores os únicos que se apercebem do efeito da terapêutica, e então para os pais conseguirem perceber esse efeito tem que ser através de terceiros, através dos professores. Até nos casos em que por exemplo os miúdos se levantam muito cedo, ou que são miúdos muito pequeninos à hora de almoço também são os professores ou os auxiliares a dar a medicação. Apesar de não ser o ideal, porque o ideal é a colaboração com os pais e os pais se tornem competentes na administração da medicação, quando achamos que os pais podem não ser muito capazes de administrar a medicação ou porque se esquecem, ou por outros motivos e, para garantirmos a toma da medicação muitas vezes são também os professores que também a administram.

- 6) Sim os encarregados de educação o que nos costumam reportar mais é que os seus filhos ficam com dores de cabeça ou há uma diminuição do seu apetite há hora de almoço. Alterações do sono é menos frequente. Os professores costumam nos reportar mais frequentemente que os seus alunos ficam muito parados, e que no intervalo não querem brincar.

Contudo, os professores reportam mais ao encarregado de educação. Ao Sistema Nacional de Farmacovigilância não.

- 7) Não não reporte ao Sistema Nacional de Farmacovigilância. Acho até que não o fazemos por falta de informação, e de não nos dizerem como é que isso se faz. Devia de haver por exemplo no nosso sistema de prescrição um link que dissesse “reportar ao Sistema Nacional de Farmacovigilância”, e ser uma forma muito simples de o fazer.

Agradeço o tempo dispensado e pergunto se gostaria de adicionar mais algum comentário?

Só a sugestão de haver uma forma prática de reportarmos ao Sistema Nacional de Farmacovigilância.

Apêndice VII – Póster apresentado nas III Jornadas CBIOS e 13º Congresso das Farmácias



A percepção dos professores do 1º ciclo relativamente à terapêutica da perturbação de hiperatividade e défice de atenção

Ferreira, Raquel.; Mendes, Liliana; Fernandes, Ana

CBIOS, Universidade Lusófona Research Center for Biosciences & Health Technologies, Campo Grande 376, Lisboa 1749-024, Portugal; 912894296, raquel.lmf@live.com.pt

Introdução e Objetivo

A Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) afeta 5 % das crianças [1]. A gestão da patologia e da terapêutica deve envolver profissionais de saúde, família e professores [2]. Os professores, pelo maior contacto com as crianças, podem facilmente detetar alterações comportamentais decorrentes da medicação. Contudo, poucos estudos focam o papel dos professores, sobretudo no contexto da terapêutica. Este trabalho visa caracterizar a percepção dos professores de 1º ciclo relativamente ao impacto da terapêutica da PHDA nas crianças.

Metodologia

Foi construído um questionário para avaliar:

- A formação dos professores em PHDA e sua terapêutica
- Experiência com alunos com PHDA
- Alterações observadas nos alunos com a medicação
- Reações adversas observadas e sua notificação ao médico, pais e Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF)

A aplicabilidade do questionário foi confirmada num pré-teste aplicado presencialmente numa amostra de conveniência de 12 professores

Desenvolveu-se uma versão online do questionário, que foi distribuída pelos agrupamentos escolares de Lisboa e Vale do Tejo

Obtiveram-se **107** questionários respondidos

Foram realizadas entrevistas telefónicas abertas a pedopsiquiatras para averiguar a sua interação com professores na monitorização da terapêutica da PHDA

Resultados



Figura 1. Resposta à pergunta: "Já teve formação sobre esta patologia?" (n = 107)



Figura 2. Resposta à pergunta: "Nessa formação estava contemplado o tema da terapêutica?" (n = 46)



Figura 3. Resposta à pergunta: "Sente necessidade de obter formação sobre este tema?" (n = 107)

Experiência com alunos com PHDA e alterações observadas com a medicação

91,6 %

dos professores inquiridos já tiveram alunos com esta patologia



Figura 4. Resposta às perguntas: (A) "Existiram alterações no comportamento dos alunos após a instituição da terapêutica", (B) "Os alunos ficaram mais atentos", (C) "Os alunos ficaram menos agitados", (D) "Os alunos ficaram menos distraídos", (E) "Os alunos ficaram menos impulsivos", (F) "Os alunos ficaram mais estáveis emocionalmente", (G) "Os alunos ficaram mais apáticos", (H) "Existiu benefício com a terapêutica" (n = 97-98)

Reações adversas observadas

63,6 % dos professores

- Têm conhecimento acerca das possíveis reações adversas associadas à terapêutica

24 %

- Já as detetou nos seus alunos

93% reportaram a RAM aos pais e 28% ao médico, mas nunca ao SNF



Figura 5. Resposta à pergunta: "Porque motivo não reportou ao sistema nacional de farmacovigilância?" (n = 31)

Conclusões

- Há necessidade de reforçar a formação junto dos professores acerca desta patologia e da sua terapêutica;
- A grande maioria dos professores já tiveram alunos beneficiários com esta patologia e admitem que os seus alunos detetaram algumas reações adversas após a toma da medicação;
- Resultados preliminares das entrevistas a pedopsiquiatras indicam a existência de interação com os professores e o facto dos médicos não reportarem reações adversas ao SNF por falta de informação;
- Este estudo evidencia ainda a necessidade de divulgar o SNF junto de professores e pedopsiquiatras.

Bibliografia

[1] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Washington, DC.

[2] Romani, L. S. M. (2012). *Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção: importância do envolvimento parental no percurso escolar – estudo de caso comparativo*. Castelo Branco: IPCB. Escola Superior de Educação. Dissertação de Mestrado.