

RECOMENDAÇÕES DE BASE EMPÍRICA PARA A PRÁTICA CLÍNICA RELACIONADA COM O ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM PERTURBAÇÃO DE DÉFICE DE ATENÇÃO/HIPERACTIVIDADE EM IDADE PEDIÁTRICA

RELATOR:

Artur Sousa

CONCEPÇÃO DOS ALGORITMOS DE DIAGNÓSTICO E DE INTERVENÇÃO:

Miguel Palha

CONSULTORES:

Ana Branco
Ana Catarina Prior
Ana Fritz
Ana Medeira
Daniela Couto
David Casimiro de Andrade
Fátima Trindade
Francisca de Castro Palha
Gabriela Pereira
Helena Almeida
Helena Lourenço
Lia Mano
Luísa Cotrim
Manuela Baptista
Maria João Palha
Miguel Palha
Mónica Pinto
Paula Pires de Matos
Raquel Barateiro
Raquel Nascimento
Sónia Domingos
Susana Jorge
Susana Martins
Teresa Guterres
Tiago Santos
Volker Dieudonné

O processo de produção de recomendações da Rede DIFERENÇAS para a prática clínica integra um período de discussão durante o qual as sociedades científicas, peritos das diferentes áreas e a sociedade civil poderão manifestar as suas posições relativas ao documento colocado sobre escrutínio público, sendo esses contributos posteriormente analisados e, merecendo a concordância dos consultores do projecto, incluídos no texto das referidas recomendações.

Lisboa, 2 de Fevereiro de 2017.

PERTURBAÇÃO DE DÉFICE DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE EM IDADE PEDIÁTRICA

Introdução

A perturbação de défice de atenção / hiperatividade (PDAH), tradução que nos parece mais precisa do original americano do DSM-5 *attention deficit / hyperactivity disorder*, é uma perturbação do neurodesenvolvimento de elevada prevalência, constituindo o principal motivo de referenciação a consultas de neurodesenvolvimento ou de saúde mental infantil e juvenil.

Indivíduos com esta perturbação apresentam manifestações de défice de atenção, hiperatividade e/ou impulsividade, por um período prolongado de tempo, com início antes dos 12 anos de idade, em múltiplos contextos e interferindo de forma significativa com o seu desempenho académico, social e/ou laboral. Tais sintomas não são melhor explicados por outras perturbações do neurodesenvolvimento ou psiquiátricas.

Descrições de pessoas com esta perturbação estão disponíveis desde há longa data. Cerca de 1613, William Shakespeare, na peça “Henrique VIII”, cria uma personagem que parecia ter problemas de atenção. Em 1775, Melchior Adam Weikard, um proeminente médico alemão, na sua obra *Der Philosophische Arzt*, fez aquela que é considerada a primeira descrição de uma pessoa com PDAH na literatura médica. Em 1798, Sir Alexander Crichton, descreve o que ele chamou de “irrequietude mental”. Em 1844, Heinrich Hoffmann escreve um interessante poema, *Zappelphilip*, sobre uma cena da vida familiar de uma criança com provável PDAH. Em 1902, Sir George Frederick Still, considerou o quadro clássico de PDAH como um “defeito da consciência moral” de algumas crianças. Em 1917, quadros semelhantes foram considerados como “perturbação do comportamento pós-encefálica”. Em 1932 foi introduzida a terminologia “doença hipercinética da infância”. Em 1937, Charles Bradley, quase por acidente, descobriu o efeito dos estimulantes na PDAH, nomeadamente da benzedrina. Em 1944, foi introduzido o metilfenidato, por Leandro Panizzon. Curiosamente, o primeiro DSM (AAP) não contemplava esta perturbação. Já o segundo, DSM-II, em 1968, introduziu a terminologia “Reacção hipercinética da infância”, substituindo o conceito de “Disfunção cerebral mínima”, anteriormente existente. Apenas em 1970, com os trabalhos de Virginia Douglas e colaboradores, se começou a colocar ênfase no défice de atenção e dificuldade de controlo de impulsos, em lugar da hiperactividade, na explicação da maior parte dos défices observáveis nesta perturbação. Em 1980, a importância desta corrente tornou-se bem evidente no DSM-III, ao reclassificar a perturbação como perturbação de défice de atenção, que se apresentaria com ou sem hiperactividade associada. Mas esta conceptualização colocava alguns problemas de diagnóstico diferencial, análise e valorização dos resultados da intervenção e por não explicar toda a fenomenologia comportamental da perturbação. Assim, no DSM-III-R, em 1987, surge a nomenclatura perturbação de défice de atenção e hiperactividade, semelhante à que ainda hoje é usada no DSM-5 (2013).

CrITÉRIOS de inclusão e de exclusão

Tanto a ICD-10 (OMS) como o DSM-5 (AAP) propõem critérios bem definidos para esta perturbação.

Por serem mais actuais e abrangentes, têm-se utilizado mais frequentemente, na prática clínica e entre nós, os critérios do DSM-5 que traduzimos do original em inglês.

A. Indivíduos com PDAH exibem um padrão persistente de desatenção e/ou hiperactividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento, caracterizado por 1 e/ou 2:

1. Desatenção: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas, persistindo por 6 ou mais meses num grau que é inconsistente com o nível desenvolvimental e com impacto negativo directo nas actividades sociais e académicas ou ocupacionais:

Nota: Os sintomas não são apenas manifestação de comportamentopositor, desafiante, hostilidade ou dificuldade em compreender as tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (com 17 ou mais anos de idade), pelo menos 5 sintomas são necessários.

- a) Frequentemente, não dá atenção suficiente aos detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos escolares, no trabalho ou noutras actividades (por exemplo, não repara ou escapam-lhe detalhes, trabalho impreciso).
- b) Frequentemente, tem dificuldade em manter atenção em tarefas ou actividades recreativas (por exemplo, tem dificuldade em manter-se atento nas aulas, em conversas ou ao ler prolongadamente).
- c) Frequentemente, parece não ouvir quando lhe falam directamente (por exemplo, parece que tem a cabeça noutro lugar, mesmo na ausência de qualquer distractor óbvio).
- d) Frequentemente, não segue as instruções e não termina tarefas escolares, domésticas ou profissionais (por exemplo, começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e diverge da actividade).

- e) Frequentemente, tem dificuldade em organizar tarefas ou actividades (por exemplo, dificuldade em realizar tarefas sequenciais, dificuldade em manter os materiais e os seus pertences em ordem; trabalho confuso e desorganizado; dificuldade na gestão do tempo; não cumprir prazos).
 - f) Frequentemente, evita, não gosta ou está relutante em iniciar tarefas que exigem um esforço mental mantido (por exemplo, trabalhos escolares ou de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparar relatórios, preencher formulários, rever documentos extensos).
 - g) Frequentemente, perde objectos necessários para tarefas ou actividades (por exemplo, material escolar, lápis, livros, carteiras, chaves, papéis, óculos, telemóveis).
 - h) Distrai-se facilmente com estímulos estranhos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).
 - i) Esquece-se frequentemente de actividades da vida diária (por exemplo, tarefas, recados; para adolescentes e adultos, devolver chamadas, pagar contas e lembrar-se dos compromissos).
2. Hiperactividade e impulsividade: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas, persistindo por 6 ou mais meses num grau que é inconsistente com o nível desenvolvimental e com impacto negativo directo nas actividades sociais e académicas ou ocupacionais:

Nota: Os sintomas não são apenas manifestação de comportamentopositor, desafiante, hostilidade ou dificuldade em compreender as tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (com 17 ou mais anos de idade), pelo menos 5 sintomas são necessários.

- a) Frequentemente, mexe demais as mãos e os pés ou mexe-se no lugar quando está sentado.
 - b) Frequentemente, levanta-se em situações em que se esperaria que permanecesse sentado (por exemplo, levanta-se na sala de aula, no escritório ou noutro local de trabalho ou em situações em que deveria permanecer sentado).
 - c) Frequentemente, corre ou trepa em situações onde isso não é apropriado (nota: em adolescentes ou adultos, pode limitar-se a sentir-se inquieto).
 - d) Frequentemente, não é capaz de brincar ou dedicar-se a actividades de lazer tranquilamente.
 - e) Está frequentemente “pronto a ir”, agindo como se estivesse “ligado a um motor” (por exemplo, é incapaz de estar quieto ou sente-se desconfortável se estiver quieto por um período prolongado de tempo, como em restaurantes, reuniões; pode ser interpretado pelos outros como sentir-se inquieto ou por dificuldade em continuar).
 - f) Frequentemente, fala excessivamente.
 - g) Frequentemente, responde antes da pergunta ter acabado (por exemplo, completa as frases dos outros; não consegue esperar pela sua vez de falar).
 - h) Frequentemente, tem dificuldade em esperar pela sua vez (por exemplo, numa fila).
 - i) Frequentemente, interrompe ou interfere com outras pessoas (por exemplo, intromete-se nas conversas, jogos ou actividades; pode utilizar os objectos dos outros sem pedir permissão; adolescentes e adultos podem-se intrometer ou tomar conta do que os outros estão a fazer).
- B. Vários sintomas de défice de atenção ou hiperactividade-impulsividade estão presentes antes dos 12 anos de idade.
- C. Vários sintomas de desatenção ou hiperactividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais contextos (por exemplo, em casa, na escola ou no trabalho; com amigos ou familiares; noutras actividades).
- D. Existe uma clara evidência de que os sintomas interferem com ou reduzem a qualidade do funcionamento social, académico ou ocupacional.
- E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente ao longo do curso de uma esquizofrenia ou outra perturbação psicótica e não são melhor explicados por outra perturbação mental (por exemplo, por uma perturbação do humor, de ansiedade, dissociativa, de personalidade, intoxicação ou abstinência de uma substância).

Especificar:

Apresentação combinada: se cumpre os critérios A1 (desatenção) e A2 (hiperactividade-impulsividade) nos últimos 6 meses.

Apresentação predominantemente desatenta: se cumpre o critério A1, mas não o A2 nos últimos 6 meses.

Apresentação predominantemente hiperactiva/impulsiva: se cumpre o critério A2, mas não o A1 nos últimos 6 meses.

Especificar se:

- em remissão parcial: Quando no passado já cumpriu critérios completos e nos últimos 6 meses não cumpre totalmente os critérios, mas os sintomas resultam em disfunção social, académica ou ocupacional.

Especificar gravidade actual:

Ligeira: poucos ou nenhuns sintomas para além daqueles requeridos para fazer o diagnóstico estão presentes e os sintomas resultam em não mais que ligeira incapacidade no funcionamento social ou ocupacional.

Moderada: Sintomas ou incapacidade entre o grau ligeiro e grave de gravidade.

Grave: Quando estão presentes muitos sintomas para além dos requeridos para o diagnóstico ou vários sintomas de particular gravidade ou que resultem em prejuízo importante do funcionamento social ou ocupacional.

Epidemiologia

A prevalência estimada da PDAH é de 5,3% a 7,1% em crianças e adolescentes, o que a torna uma das perturbações mais frequentes em idade pediátrica. Está descrita em todo o mundo, embora com diferenças de prevalência entre os vários países, provavelmente relacionadas com diferentes interpretações culturais do significado clínico dos comportamentos que a definem, diferentes características populacionais, ambientais ou culturais ou variabilidade metodológica dos estudos de prevalência.

É mais frequente no sexo masculino, embora esta diferença de frequência se esbata um pouco quando se trata de uma apresentação predominantemente desatenta (rácio M:F - 4:1 na apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva vs 2:1 na apresentação predominantemente desatenta).

Das três formas de apresentação consagradas pelo DSM-5, a mais frequente é a predominantemente desatenta, seguida da combinada e posteriormente a predominantemente hiperativa/impulsiva. Apenas na idade pré-escolar é mais frequente a apresentação predominantemente hiperactiva/impulsiva.

A perturbação persiste na idade adulta em 50 a 66% dos casos, com uma prevalência estimada de 3,4% no adulto, embora os sintomas de hiperatividade tenham tendência a diminuir, mantendo-se os sintomas de défice de atenção e impulsividade.

Etiologia

A PDAH tem uma etiologia não inteiramente esclarecida, multifatorial, com influência de factores biológicos, que parecem ter um papel principal e explicar 70-80% da sua variabilidade fenotípica, e de factores ambientais que explicam 20-30% da sua variabilidade fenotípica.

Trata-se de uma perturbação com elevada heritabilidade (calculada em 76%), com elevada concordância em gémeos monozigóticos (92%) e dizigóticos (33%).

Indivíduos com PDAH têm alterações na morfologia e funcionamento cerebral, comprovadas por diversos estudos, incluindo estudos de ressonância magnética morfológica e funcional e electroencefalográficos. Verifica-se também que algumas das alterações funcionais são normalizadas pela administração de metilfenidato. No entanto, as alterações nestes exames não têm ainda valor diagnóstico e não são utilizadas na prática clínica.

Existem também diversos genes candidatos de susceptibilidade identificados para a PDAH, que codificam proteínas como receptores e transportadores dopaminérgicos e serotoninérgicos, um receptor acetilcolinérgico ou proteínas envolvidas no desenvolvimento do sistema nervoso central.

Para além dos factores genéticos, diversos factores de risco têm sido identificados para a PDAH:

- Prematuridade
- Muito baixo peso à nascença (neste grupo a prevalência de PDAH pode chegar aos 30%),
- Exposição ao álcool ou tabaco na vida fetal,
- Factores dietéticos como dieta pobre em ferro, zinco ou ácidos gordos essenciais $\Omega 3$ ou exposição excessiva a corantes, aromatizantes, conservantes, açúcar refinado, presença de alergia ou intolerância alimentar (podem agravar os sintomas da PDAH e explicar os sintomas numa minoria de casos)
- Traumatismo crânio-encefálicos
- Influência de factores sócio-familiares – a PDAH é mais frequente em meios sócio-económicos mais desfavorecidos e a disfunção familiar pode agravar os seus sintomas e contribuir para o aparecimento de problemática comportamental secundária.

Clínica

O diagnóstico da PDAH é clínico e deve ser feito, na situação actual do nosso país, por um médico com experiência nesta situação, como, idealmente, por pediatras do neurodesenvolvimento (dada a comorbilidade nesta área), mas também por pedopsiquiatras, neuropediatras ou psiquiatras. Para tal, é necessária a elaboração de uma história clínica cuidadosa e detalhada, incluindo um exame objectivo e desenvolvimental exaustivo, a fim de se caracterizar a situação e de se reflectir sobre os possíveis

diagnósticos diferenciais, procurando identificar, também, a comorbilidade, que é a regra. Não existe no momento um marcador biológico diagnóstico para a PDAH.

Em idade pré-escolar, as crianças com PDAH são referenciadas à consulta mais frequentemente pelos seus sintomas de hiperactividade e impulsividade, causadores de disfunção social, familiar ou problemas de comportamento no jardim de infância. Verifica-se na prática clínica que sintomas comportamentais típicos da PDAH são muitas vezes motivo para ponderação do adiamento escolar por parte dos agentes educativos, atitude que não nos parece defensável.

Já em idade escolar, as famílias procuram consulta mais frequentemente pelas dificuldades escolares associadas ao défice de atenção, mas também por problemas comportamentais na escola ou noutros contextos.

Existem 3 formas de apresentação clínica desta perturbação:

- Apresentação predominantemente desatenta - predominam os sintomas de défice de atenção, como frequentemente cometer erros por descuido e desatenção nas tarefas que tem de desempenhar, ter dificuldade em manter a atenção nas tarefas ou actividades, parecer não ouvir quando se lhe dirigem directamente, esquecer-se de tarefas da vida diária que se tem de desempenhar (recados, pedidos, compromissos) -, não terminar as tarefas, ter dificuldade em organizar tarefas ou actividades, evitar tarefas que exijam um esforço mental mantido, perder coisas, distrair-se com estímulos irrelevantes,
- Apresentação predominantemente hiperactiva/impulsiva – predominam os sintomas de hiperactividade frequentes, como mexer demais as mãos e os pés ou mexer-se no lugar quando está sentado, levantar-se em situações em que se esperaria que permanecesse sentado, correr ou trepar em situações onde isso não é apropriado (em adolescentes ou adultos, pode limitar-se a sentir-se inquieto), não ser capaz de brincar ou dedicar-se a actividades de lazer tranquilamente, estar frequentemente “pronto a ir”, agindo como se estivesse “ligado a um motor” (por exemplo, ser incapaz de estar quieto ou sentir-se desconfortável se estiver quieto por um período prolongado de tempo, falar excessivamente, ou de impulsividade como responder antes da pergunta ter acabado, ter dificuldade em esperar pela sua vez, interromper ou interferir com outras pessoas (por exemplo, intrometer-se nas conversas, jogos ou actividade; utilizar os objectos dos outros sem pedir permissão; intrometer-se ou tomar conta do que os outros estão a fazer).
- Apresentação combinada – quando estão presentes sintomas de défice de atenção e de hiperactividade/impulsividade sem predominância.

Em qualquer uma das formas de apresentação, tem que estar presente um défice clinicamente significativo do funcionamento social (como dificuldade de relacionamento com os pares, pelo seu comportamento, conflitos significativos com os prestadores de cuidados, castigos frequentes, críticas negativas constantes, desvalorização da criança), do funcionamento académico (como resultados escolares negativos, reprovações, mau comportamento, dificultando a normal dinâmica da sala de aula e a aprendizagem dos pares) ou laboral (como instabilidade laboral, desorganização, trabalho pouco cuidado) e os sintomas têm que estar presentes em múltiplos contextos para se estabelecer o diagnóstico. Se os sintomas estiverem presentes apenas num contexto, são mais prováveis os problemas relacionais como causa dos sintomas.

Nunca é demais salientar que na maior parte das crianças com PDAH predominam os sintomas de défice de atenção e que podem mesmo não ter qualquer sintoma de hiperactividade ou impulsividade.

Secundariamente, muitas crianças e adolescentes com PDAH apresentam-se com problemas de autoestima e problemas comportamentais mais complexos, incluindo oposição, desafio, recusas das tarefas, agressividade, por vezes correspondentes à comorbilidade muito frequente com perturbações pedopsiquiátricas.

É também frequente que pessoas com PDAH tenham mais acidentes ou traumatismos causados pelo seu comportamento e défice de atenção e que possam abusar de substâncias, com maior probabilidade do que a população em geral. O risco de suicídio também está aumentado em adolescentes e adultos com PDAH, principalmente na presença de comorbilidade psiquiátrica ou no caso de abuso de substâncias.

Na prática clínica deve-se obter informação sobre o desempenho e comportamento a partir de vários informantes diferentes, como o próprio paciente, pais, outros prestadores de cuidados, educadores ou professores.

Na história clínica detalhada realizada por um médico, devem ser considerados particularmente os seguintes aspectos:

- Tipo de família e ambiente familiar, caracterizando bem o relacionamento com os pais ou outros prestadores de cuidados
- Nível educacional e socioeconómico da família
- História familiar de problemas do neurodesenvolvimento e particularmente de problemas de atenção e aprendizagem

- Consumo de estimulantes pela família – café e outros
- História familiar de arritmias, morte súbita, síndrome de QT longo
- Duração da gestação, sua vigilância e intercorrências
- Consumo de tóxicos durante a gravidez
- Tipo de parto, presença de sofrimento fetal, índice de Apgar, necessidade de reanimação
- Intorrências no período neonatal e doenças anteriores – traumatismos, intervenções cirúrgicas
- História e hábitos alimentares e problemas oromotores
- Idades de aquisição das principais etapas do desenvolvimento psicomotor
- História educacional – adiamentos, retenções, aproveitamento escolar, expectativas familiares e pessoais
- Sono – duração, horário, latência, parassónias, sonolência diurna
- Preocupações em relação ao neurodesenvolvimento e comportamento
- Início e duração dos sintomas
- Intensidade dos sintomas nos diferentes contextos (uma vez que podem tornar-se mais ou menos aparentes em função do grau de motivação, da exigência, da presença de distractores ou de reforços comportamentais).
- Repercussão dos sintomas presentes na aprendizagem, na dinâmica familiar, social e da sala de aula ou laboral.
- Presença de sintomas sugestivos de comorbilidade: oposição, desafio, outros sintomas comportamentais, tristeza, desinteresse, choro fácil, ansiedade, somatização...
- Apoios e avaliações (cognitivas, académicas, ...).
- Terapêuticas anteriores
- Avaliação somatométrica, da pressão arterial e da frequência cardíaca
- Auscultação cardíaca
- Avaliação de estigmas de síndrome de Marfan, de síndromes neurocutâneas e de dismorfias.

Deve também ser ponderada uma avaliação oftalmológica, incluindo avaliação da acuidade visual e da tensão intraocular (esta mais importante se for proposta a terapêutica estimulante) e auditiva (audiograma), procurando controlar estes factores que podem influenciar o neurodesenvolvimento e comportamento.

Devem ser aplicados formalmente os critérios de DSM-5 ou ICD-10 para PDAH, considerando a informação obtida de vários informantes.

Diagnóstico diferencial

Deve ser feito diagnóstico diferencial com:

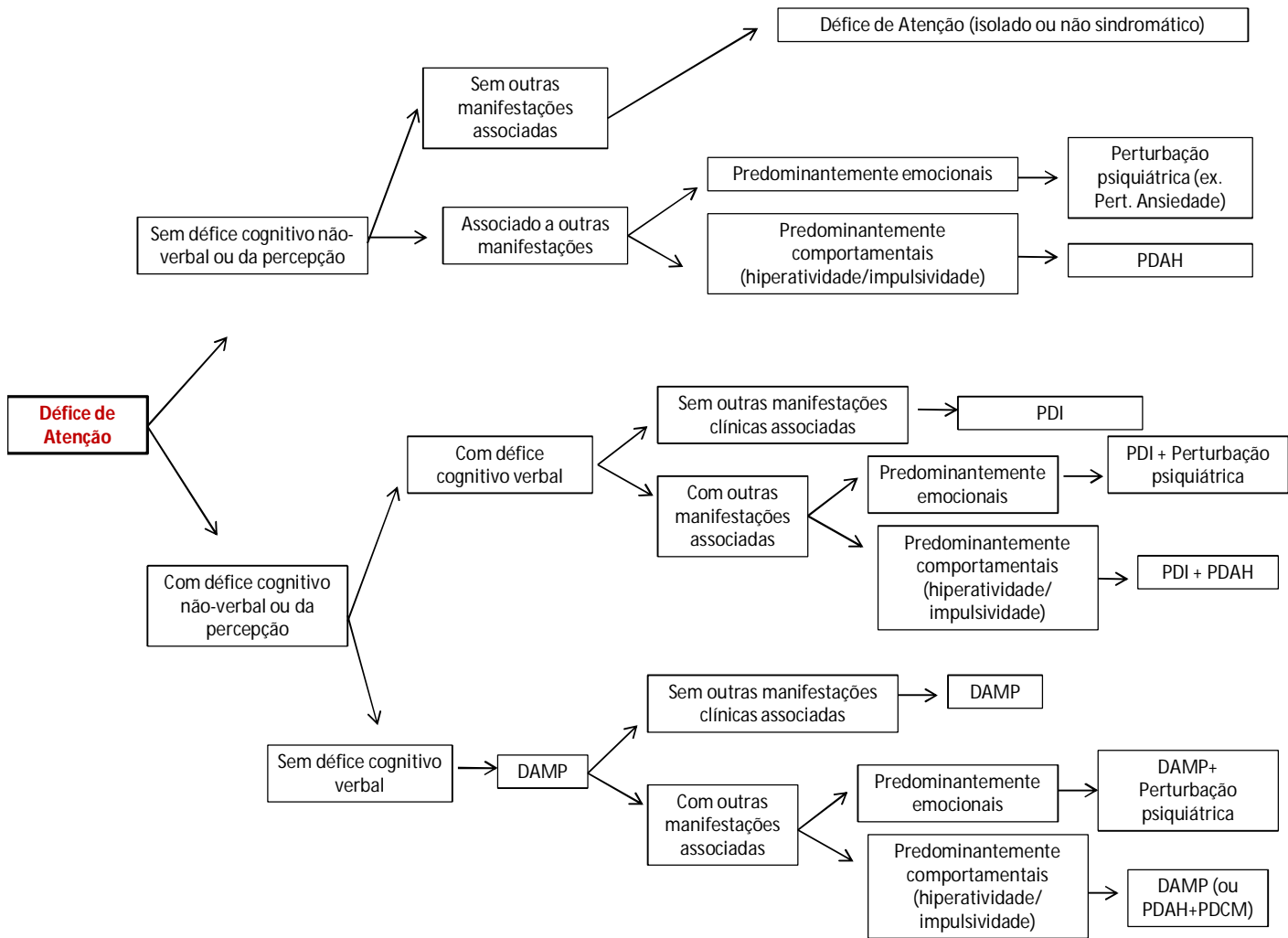
- perturbação depressiva – mais sugestiva quando os sintomas têm um início no tempo bem definido, eventualmente após um evento traumático, com dificuldade em lidar com a frustração, choro fácil, comportamento não sistemático, tristeza persistente, pouco interesse pelas actividades, associada ou não a ansiedade.

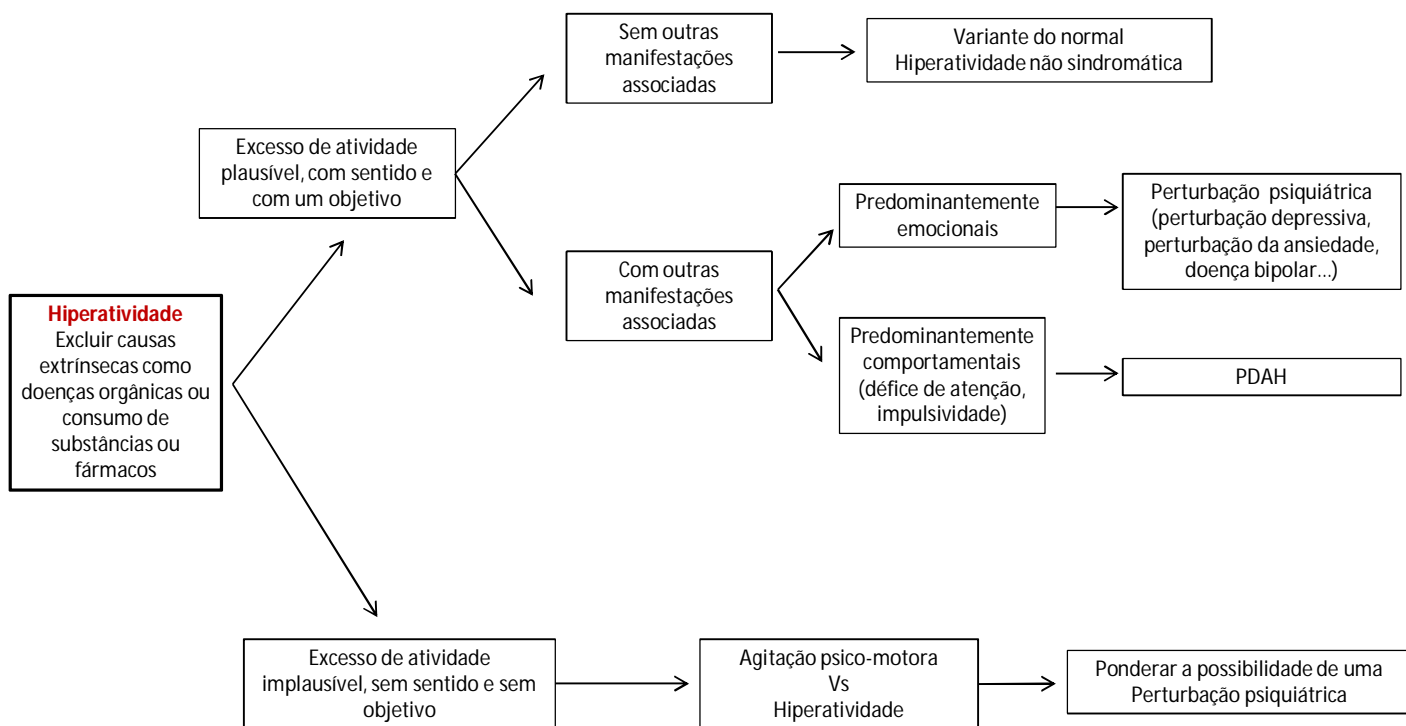
- perturbação bipolar – pouco frequente na primeira e segunda infância, podendo aparecer na adolescência e idade adulta, com início mais preciso no tempo, cursa com períodos mais longos de elevação do humor, aumento de actividade, eventual agressividade, redução do tempo de sono sem cansaço associado, eventual delírio de grandeza ou alucinações, verborreia e fuga do pensamento, que alternam com períodos de depressão ou distímia, com diminuição do apetite, anedonia, cansaço, insónia, sentimentos de desvalorização, eventual ideação suicida, sendo também que há menos crítica para a situação do que na PDAH.

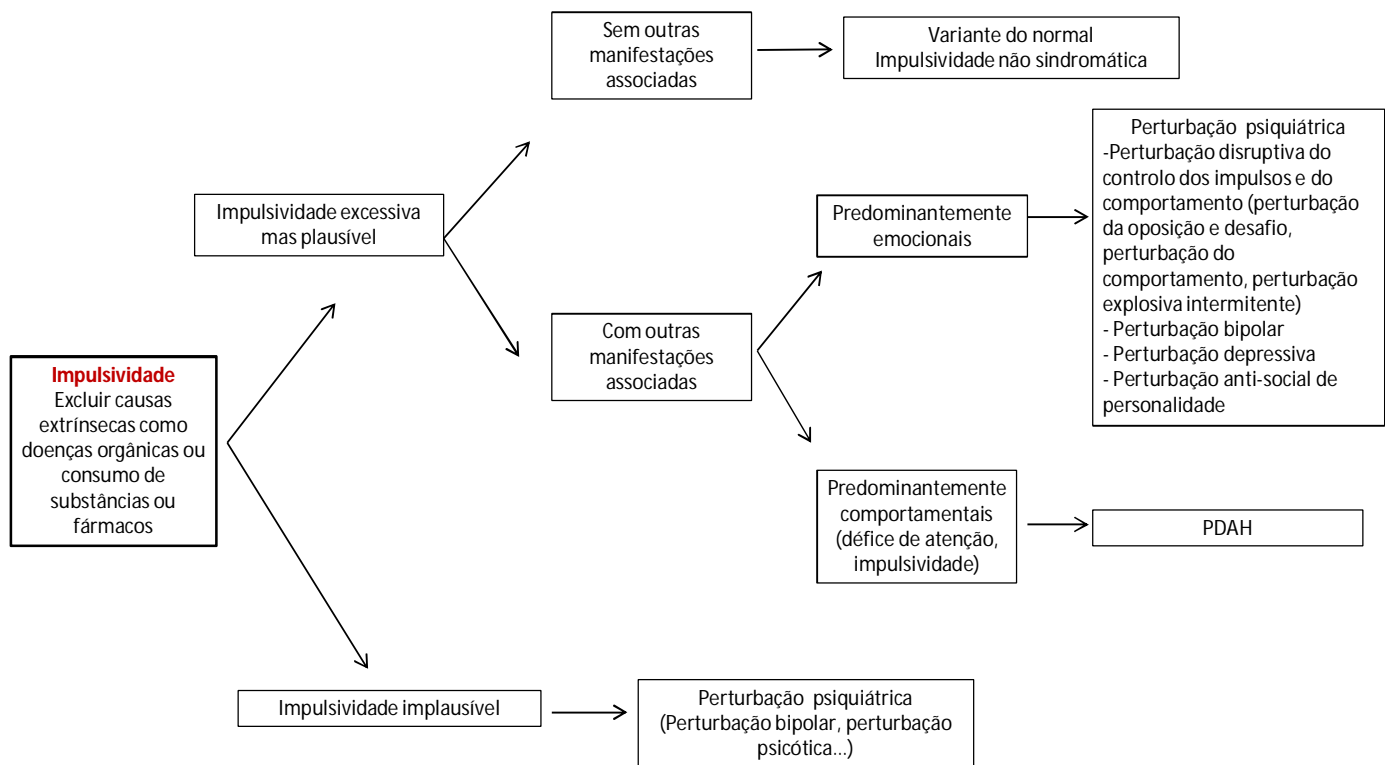
- perturbação de ansiedade – igualmente mais frequente na adolescência e idade adulta, com início mais definido no tempo, com ansiedade persistente ou em crises agudas de curta duração, sintomatologia que piora com estimulantes.

- perturbações do sono – redução do tempo de sono, sonolência diurna, roncopatia ou pausas respiratórias durante o sono, início mais fácil de definir no tempo.

Apresentam-se também os algoritmos diagnósticos de défice de atenção, hiperactividade e impulsividade.







Comorbilidade

Calcula-se que 60-70% dos indivíduos com PDAH apresentem comorbilidade. Esta é, portanto, a regra, afecta o prognóstico e pode não estar presente nas primeiras abordagens, pelo que a sua identificação deve ser sistematicamente procurada.

- Problemas de sono – 55% - incluindo avanço de fase do sono, insónia comportamental infantil, perturbação de movimentos rítmicos do sono, síndrome de pernas inquietas, perturbação respiratória do sono.
- Perturbação de desenvolvimento da coordenação – 50%
- Dificuldades de aprendizagem – 18-45%
- Perturbação de oposição e desafio – 35%
- Perturbação de conduta – 26%
- Perturbações de ansiedade – 26%
- Perturbações do humor / depressão – 18%
- Outras perturbações do neurodesenvolvimento (Perturbações do espectro do autismo, perturbação do desenvolvimento intelectual (PDI), perturbações da linguagem ou do som da fala)

A identificação destas comorbilidades pode justificar a referência a profissionais específicos, como pedopsiquiatras, especialistas em Medicina do sono, terapeutas da fala, técnicos de psicomotricidade, psicólogos, terapeutas ocupacionais ou outros.

Exames auxiliares

Não são habitualmente necessários exames auxiliares para o diagnóstico de PDAH, que é estritamente clínico.

Podem ser solicitados os questionários de Conners para pais e professores, que podem ajudar a objectivar o grau de importância da sintomatologia presente. É no entanto frequente, que, pela sua subjectividade, e face ao preconceito que existe acerca desta perturbação, surjam resultados que poderão não

corresponder à realidade, pelo que a decisão do clínico acerca do plano de intervenção não se pode basear apenas no resultado destes questionários.

Análises clínicas ou outros exames poderão ser necessários, se estiver presente uma história clínica sugestiva de uma doença médica subjacente ou coexistente:

- Palidez ou fadiga na anemia – hemograma
- Intolerância ao frio ou calor, hipersudorese, palpitações, tendência para a obstipação ou diarreia no hipo ou hipertiroidismo – TSH e T4 livre na suspeita de hipotiroidismo ou TSH, T3 total e livre e T4 total e livre na suspeita de hipertiroidismo
- Clínica ou história alimentar que levante suspeita de défices nutricionais, como de zinco ou ferro – Zinco ou ferritina no soro (realçar a importância de não efectuar a colheita em contexto de doença aguda, uma vez que a ferritina é uma proteína de fase aguda) .
- Presença de perturbação de movimento rítmicos do sono ou síndrome de pernas inquietas – ferritina
- Sintomas ou sinais de intoxicação pelo chumbo (saturnismo) – doseamento do chumbo
- Sintomas ou sinais de intoxicação pelo mercúrio (consumo de peixes de profundidade) – doseamento do mercúrio
- Testes genéticos específicos em função de eventuais dismorfias que estejam presentes.
- Ressonância magnética, idealmente com espectroscopia se estiver presente macro ou microcefalia ou sinais neurológicos focais.
- Prova da hiperpneia em consultório seguida de eventual electroencefalograma se história sugestiva de epilepsia de ausências
- Electrocardiograma, se história de arritmia, doença cardíaca ou sopro, se história familiar positiva de doença cardíaca (particularmente morte súbita e arritmias) ou se considerado necessário pelo clínico, se estiver a ser ponderada a terapêutica estimulante.

O médico responsável pelo caso deve, idealmente, encaminhar o caso para um técnico com experiência nesta situação, para elaboração de um perfil individual do neurodesenvolvimento e do comportamento, incidindo particularmente nas áreas seguintes e que permita iniciar de forma fundamentada a intervenção subsequente:

- Competências académicas
- Atenção, impulsividade e hiperactividade
- Funções executivas
- Motricidade fina, grosseira e programação motora verbal
- Sintomas sugestivos de comorbilidade
- Desempenho global

Intervenção

A intervenção na PDAH deve ser multimodal, podendo incluir estratégias comportamentais a aplicar em ambiente escolar, em casa ou noutros contextos, estratégias educacionais, apoio psicológico e terapêutica farmacológica ou suplementação alimentar, em função da individualidade de cada caso e particularmente da comorbilidade existente.

Na idade pré-escolar, deve começar-se por uma abordagem não farmacológica por um período de tempo não inferior a 6 meses. Só depois, e se as medidas não farmacológicas se revelarem insuficientes, se deve ponderar a associação de terapêutica farmacológica, sobretudo na presença de uma outra perturbação do neurodesenvolvimento (perturbação da linguagem, por exemplo).

Em idade escolar, poderá começar-se, também, por uma abordagem não farmacológica, associada, se necessário, a terapêutica farmacológica.

Intervenção Médica

Terapêutica farmacológica

Dentro dos estimulantes, o metilfenidato é o único medicamento disponível em Portugal e o único que deve ser utilizado em idade pré-escolar. É um inibidor da recaptção da dopamina e noradrenalina, aumentando a concentração destes neurotransmissores no córtex pré-frontal e núcleo estriado. Aumenta os níveis de atenção e reduz a hiperactividade e impulsividade, durante o seu período de acção, variável conforme a formulação e posologia utilizada. É comprovadamente mais eficaz que outros tipos de intervenções na PDAH e em cerca de 80-90% dos casos. Está disponível em Portugal numa forma de libertação rápida, em comprimidos, com dosagens de 5, 10 e 20 mg (que podem ser esmagados se não for possível a sua deglutição pela criança e com um tempo de início de acção de cerca de 30 minutos e

uma duração de acção de cerca de 3 a 5 horas) e em formas de libertação prolongada com dosagens de 20, 30 ou 40 mg em cápsulas (início de acção de 30 a 60 minutos e duração de acção de 6 a 8h) e de 18, 27, 36 ou 54 mg em comprimidos de libertação modificada (sistema OROS® ou outro, com início de acção de cerca de 30 minutos e duração de acção de cerca de 8 a 12 horas). É necessária uma titulação da dose até ao máximo de efeito desejado com o mínimo de reacções adversas. As doses habitualmente utilizadas variam assim entre os 0,3 e os 2,0 mg/Kg/dia em 1 a 4 tomas diárias. A medicação pode ser diária ou interrompida aos fins de semana e férias em função do perfil individual de cada criança. Reacções adversas são frequentes mas habitualmente bem toleradas, se antecipadas com as crianças e prestadores de cuidados, e se definidas estratégias para lidar com as mesmas, como a redução de apetite durante o período de acção do medicamento, dor abdominal, cefaleia, irrequietude no *rebound*, entre outras. É preciso salientar também que este medicamento não provoca dependência, sintomas de abstinência ou habituação, embora provoque tolerância, ie, ao longo do tempo tem que se ir aumentando a dose para obter o mesmo efeito terapêutico.

Outros estimulantes, como as anfetaminas, não estão disponíveis no nosso país.

Quando o metilfenidato não é eficaz, quando há agravamento ou aparecimento de tiques inaceitáveis com o metilfenidato, em casos de abuso de substâncias ilícitas na família ou quando se pretende um efeito terapêutico com duração superior à permitida pelo metilfenidato, dado o perfil individual da criança, pode ser prescrita atomoxetina, em doses de 0,5-1,4 mg/Kg/dia em 1-2 tomas diárias, disponível em cápsulas e solução oral. Trata-se de um inibidor da recaptção da noradrenalina. É necessário ter em consideração que o início do efeito terapêutico pode começar em 2 a 4 semanas após o início da terapêutica.

Particularmente útil em casos refractários ou de comorbilidade com perturbação de tiques é a clonidina (ou a clonidina de libertação prolongada ou a guanfacina, ainda indisponíveis no nosso país), que pode ser eficaz nas duas perturbações. Não é no entanto a primeira escolha, dado o seu perfil farmacológico, com tolerância elevada, que obriga a ajustes terapêuticos frequentes e dado o seu perfil de reacções adversas cardiovasculares.

Os antidepressivos tricíclicos demonstraram alguma eficácia na PDAH, mas o seu perfil de reacções adversas leva a que habitualmente não sejam utilizados para este fim.

Em adultos, poderá também ser benéfica a terapêutica com bupropiona.

Suplementação alimentar

Crianças com PDAH têm níveis inferiores de ácidos gordos Ω -3, segundo estudos meta-analíticos datados de 2014, desconhecendo-se no entanto as razões para tal facto, colocando-se como hipóteses um aporte insuficiente ou uma alteração no metabolismo destes ácidos gordos.

Os ácidos gordos Ω -3 ocorrem naturalmente em peixes como o salmão, atum branco, arenque, cavala e sardinha. Os ácidos gordos Ω -6 estão presentes em vários óleos vegetais, frutos secos, lacticínios, entre outros alimentos. A dieta ideal incluiria uma proporção ótima de Ω -3 e Ω -6, que não está presente nas dietas cada vez mais ocidentalizadas, relativamente mais pobres em Ω -3.

A suplementação com Ω -3 em crianças com PDAH parece ter um efeito benéfico ligeiro estatisticamente significativo nos sintomas de PDAH (com uma magnitude de efeito de 0,26 desvio-padrão) e noutros *outcomes* como na labilidade emocional, comportamentos de oposição, memória de trabalho, pelo menos em subgrupos de pacientes. Desconhece-se no entanto, se são apenas as crianças com níveis basais baixos destes ácidos gordos que beneficiam desta suplementação. Parece também que a dose de ácido eicosapentaenóico (EPA - um dos ácidos gordos Ω -3 existentes) se correlaciona melhor com o efeito da suplementação com Ω -3, embora o ácido docosaexaenóico (DHA) pareça também ser eficaz.

Dada a pequena magnitude do efeito da suplementação com Ω -3 nos estudos realizados até à atualidade, esta não deve ser recomendada como alternativa à terapêutica farmacológica (com efeito até 3 vezes superior, dependendo do fármaco utilizado) e intervenção comportamental cuja eficácia tem sido empiricamente demonstrada. Esta suplementação pode, sim, ser encarada como um tratamento complementar (a adicionar à terapêutica farmacológica e intervenção comportamental), dado o seu efeito comprovado, a sua segurança e ausência de reacções adversas. Pode, também, ser utilizado se a família recusar outras intervenções, devendo, no entanto, explicar-se que o efeito modesto não é comparável. Alguns estudos sugerem, também, que poderá permitir uma redução das doses dos estimulantes utilizadas, o que necessita de ser confirmado por estudos com amostras de maior dimensão.

Intervenção comportamental

Está indicada a intervenção comportamental associada ou não a intervenção farmacológica, envolvendo o próprio, mas também e obrigatoriamente a família e os agentes educativos. Programas cognitivo-comportamentais como o *Positive Parenting Program* ("*triple P*") ou tipo *Incredible Years* têm particular interesse nestes casos e poderão ser propostos ou sugeridos pelo médico responsável em colaboração com psicólogo/a dedicado.

Intervenção educativa

Devem ser propostas e trabalhadas por técnico competente e com os agentes educativos, estratégias educacionais personalizadas e adequadas à criança ou adolescente com PDAH.

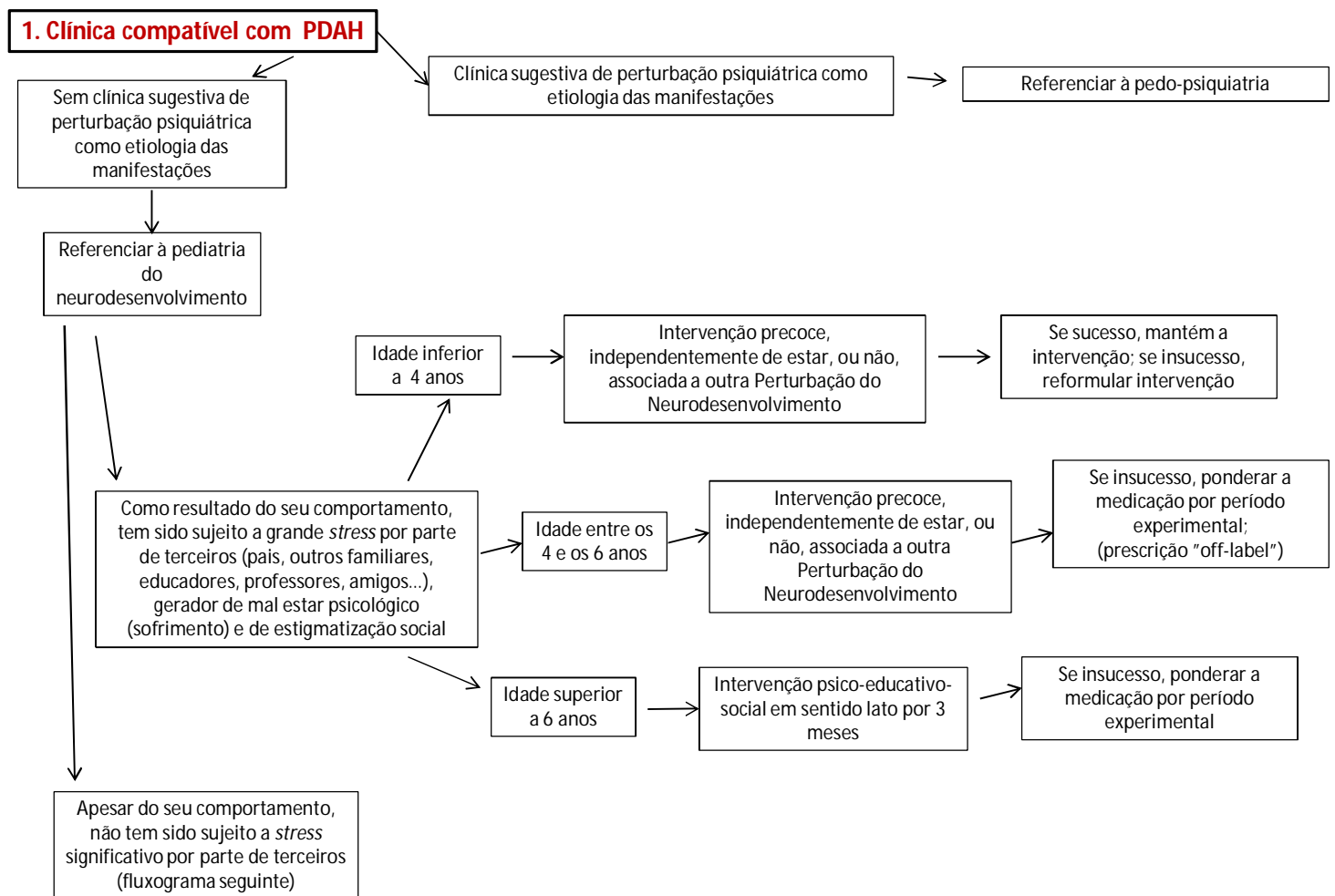
Estratégias como eliminação de distractores, posicionamento na sala, divisão de tarefas, permitir mais tempo para completar tarefas, permitir tempos de decompressão entre tarefas, distribuição de tarefas que possibilitem mobilidade na sala de aula, reforço positivo de comportamentos adequados, evitar a crítica, chamadas de atenção discretas, podem facilitar o sucesso escolar nos casos de PDAH, diminuir a probabilidade de desmotivação e de deterioração da auto-estima.

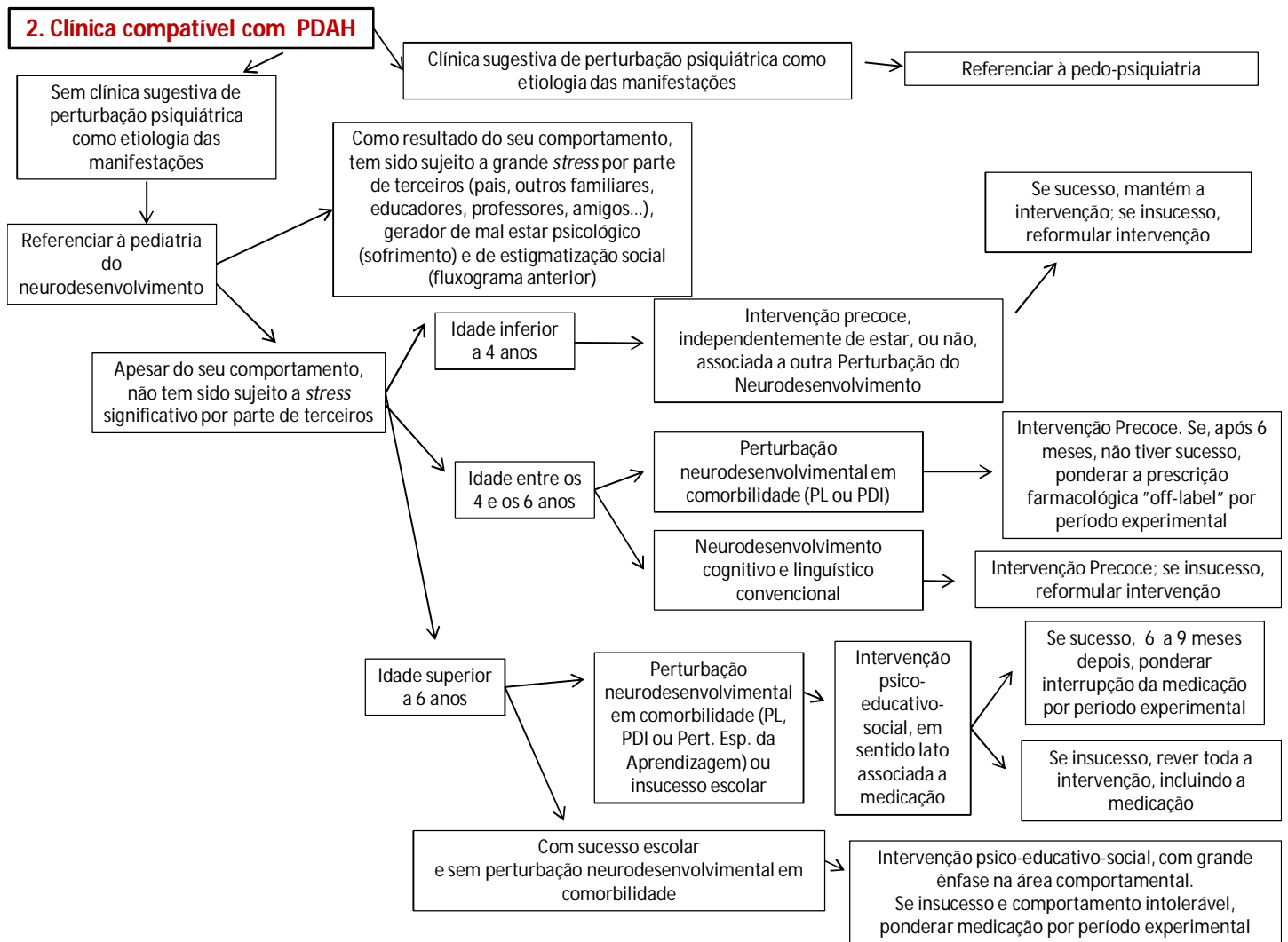
Defendemos que em função das suas características individuais, a criança ou adolescente com PDAH possa ser eventualmente enquadrada ao abrigo do Decreto-Lei 3/2008, particularmente no que à alínea d) do número 2, artigo 16º e artigo 20º – Adequação do processo de avaliação – diz respeito.

Psicoterapia

Segundo as *guidelines* internacionais, a psicoterapia não está indicada na PDAH sem comorbilidade. Poderá, no entanto, ter interesse nos casos de comorbilidade com perturbação de oposição e desafio, de conduta, ou problemática emocional bem identificada.

ALGORITMO DE INTERVENÇÃO NA PDAH:





RECOMENDAÇÕES:

1. Os profissionais afectos à área da educação deverão receber a necessária formação técnico-científica e estímulo para se envolverem no processo de rastreio da PDHA, que deverá ser concretizado de forma progressiva em todas as instituições educativas nacionais;
2. Qualquer sujeito em idade pediátrica com sintomas de défice de atenção, de hiperactividade ou de impulsividade deverá ser observado por um médico com experiência em perturbações do neurodesenvolvimento, designadamente por um pediatra do neurodesenvolvimento, idealmente no espaço de um centro pluridisciplinar, que elaborará uma história clínica detalhada e orientará a situação em articulação com outros profissionais, com a família, com a escola e, eventualmente, com outros actores considerados convenientes. Consequentemente, quando um sujeito em idade pediátrica exibe problemas comportamentais evocadores de PDAH, deve ser determinado a gravidade das manifestações, como estas afectam o sujeito e como se repercutem nos diferentes ambientes;
3. Para se formular o diagnóstico de PDAH, o médico deverá assumir os critérios de diagnóstico constantes no DSM-5 ou no ICD 10 e, relativamente ao comportamento do sujeito, conhecer a percepção, entre outros, dos pais (e/ou de outros prestadores de cuidados) e dos agentes educativos;
4. O diagnóstico de PDAH é estritamente clínico;
5. No caso de serem detectadas manifestações clínicas enquadráveis em perturbação psiquiátrica, deverá ser solicitada a colaboração de um médico especializado nesta área, designadamente de um Pedopsiquiatra;
6. No processo de avaliação clínica do sujeito, o médico deverá excluir outras situações patológicas coexistentes, como perturbações emocionais ou comportamentais (por exemplo, Perturbação de Ansiedade, Perturbação Depressiva, Perturbação de Oposição e de Desafio, Perturbação de Conduta, Perturbação Explosiva Intermitente, ...), perturbações neurodesenvolvimentais (como, por exemplo, Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, Perturbação da Linguagem, Perturbação do Espectro do Autismo, Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora, Perturbação Específica da Aprendizagem, Perturbação de Tiques, Perturbação de Movimentos Estereotipados, Perturbação do Sono, ...); Atenção particular deverá ser prestada à perturbação do sono como causa ou factor agravante das manifestações típicas da PDAH;
7. O médico responsável de caso deverá transmitir aos prestadores de cuidados informação sobre as hipóteses de diagnóstico, incluindo a comorbilidade, as metodologias de avaliação, o plano de intervenção proposto e o prognóstico, promovendo em todas as circunstâncias o processo de esclarecimento de dúvidas e de preocupações; deverá, ainda, mencionar que a PDAH é uma situação crónica;
8. Deverá ser realizado electrocardiograma com relatório se história pessoal de arritmia, doença cardíaca ou sopro, se história familiar positiva de doença cardíaca (particularmente morte súbita e arritmias) ou se considerado necessário pelo clínico, quando da ponderação da terapêutica estimulante. Em função dos resultados do mesmo, poderá ser sugerida consulta de Cardiologia Pediátrica;
9. Exames de medicina laboratorial poderão ser necessários se estiver presente uma história clínica sugestiva de uma doença médica subjacente ou coexistente;
10. A Tensão Arterial e a Frequência Cardíaca deverão ser monitorizadas no domicílio ou num outro espaço de ambulatório não especializado (centro de saúde, farmácia, ...), no mínimo mensalmente;
11. Tal como vem plasmado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil da Direcção Geral de Saúde, o crescimento deverá ser adequadamente monitorizado;
12. O sujeito e seus familiares/prestadores de cuidados devem ser encorajados a registar, detalhadamente, as reacções adversas imputáveis aos fármacos utilizados, designadamente as mais comuns, como a perda de apetite, as dores abdominais, as cefaleias e as alterações do sono;
13. Um a dois meses depois do início de qualquer intervenção, como farmacológica ou comportamental em sentido lato, e relativamente ao comportamento do sujeito, deverá conhecer-se a percepção, entre outros, dos pais (e/ou de outros prestadores de cuidados) e dos agentes educativos, mediante o recurso, nomeadamente e entre outras possibilidades, a instrumentos padronizados para a população portuguesa;
14. Se, como resultado do seu comportamento, o sujeito de idade abaixo dos quatro anos (três anos e 365 dias) estiver a ser sujeito a uma inequívoca estigmatização negativa por parte de diferentes actores (pais, irmãos, avós, outros familiares, agentes educativos, pares, etc., ...), geradora de possível sofrimento psicológico, deverá iniciar-se, de imediato, uma intervenção precoce em sentido lato. Se se verificar insucesso com esta abordagem, o plano de intervenção deverá ser revisto;

15. Se o sujeito de idade abaixo dos quatro anos não estiver a ser sujeito a uma inequívoca estigmatização negativa por parte de diferentes actores (pais, irmãos, avós, outros familiares, agentes educativos, pares, etc., ...), geradora de possível sofrimento psicológico, deverá iniciar-se, logo que possível, uma intervenção precoce em sentido lato. Se se verificar insucesso com esta abordagem, o plano de intervenção deverá ser revisto;
16. Se, como resultado do seu comportamento, o sujeito de idade entre os quatro e os seis anos estiver a ser sujeito a uma inequívoca estigmatização negativa por parte de diferentes actores (pais, irmãos, avós, outros familiares, agentes educativos, pares, etc., ...), geradora de possível sofrimento psicológico, deverá ser incluído, de imediato, num programa de intervenção precoce. Se se verificar insucesso com esta abordagem, ponderar a medicação “*off-label*” por um período experimental, sempre após o consentimento informado e escrito dos responsáveis legais pelo sujeito;
17. Se o sujeito de idade entre os quatro e os seis anos não estiver a ser sujeito a uma inequívoca estigmatização negativa por parte de diferentes actores (pais, irmãos, avós, outros familiares, agentes educativos, pares, etc., ...), geradora de possível sofrimento psicológico, e se exibir um neurodesenvolvimento absolutamente convencional, designadamente cognitivo, linguístico ou relacional, deverá ser referido, logo que possível, a uma equipa de intervenção precoce. Se se verificar insucesso com esta abordagem, deverá rever-se o plano de intervenção;
18. Se o sujeito de idade entre os quatro e os seis anos não estiver a ser sujeito a uma inequívoca estigmatização negativa por parte de diferentes actores (pais, irmãos, avós, outros familiares, agentes educativos, pares, etc., ...), geradora de possível sofrimento psicológico, e se exibir um neurodesenvolvimento não convencional, designadamente cognitivo, linguístico ou relacional, evocador de uma Perturbação da Linguagem ou de uma Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, deverá ser referido, de imediato, a uma equipa de intervenção precoce. Se se verificar insucesso com esta abordagem, ponderar, três a seis meses depois, a medicação “*off-label*” por um período experimental, sempre após o consentimento informado e escrito dos responsáveis legais pelo sujeito;
19. Se, como resultado do seu comportamento, o sujeito de idade acima dos seis anos estiver a ser sujeito a uma inequívoca estigmatização negativa por parte de diferentes actores (pais, irmãos, avós, outros familiares, agentes educativos, pares, etc., ...), geradora de possível sofrimento psicológico, deverá iniciar-se, de imediato, uma intervenção psico-educativo-social em sentido lato (psicológica, pedagógica, ensino de estratégias comportamentais aos familiares, aos agentes educativos, aos pares, treino das funções executivas, ...). Volvidos três a seis meses, se se verificar insucesso com esta abordagem, ponderar a medicação por um período experimental;
20. Se o sujeito de idade acima dos seis anos não estiver a ser sujeito a uma inequívoca estigmatização negativa por parte de diferentes actores (pais, irmãos, avós, outros familiares, agentes educativos, pares, etc., ...), geradora de possível sofrimento psicológico, e se exibir um neurodesenvolvimento absolutamente convencional, designadamente cognitivo, linguístico ou relacional, traduzido por um inequívoco sucesso escolar, deverá iniciar-se, logo que possível, uma intervenção psico-educativo-social em sentido lato (psicológica, pedagógica, ensino de estratégias comportamentais aos familiares, aos agentes educativos, aos pares, treino das funções executivas,...). Se se verificar insucesso com esta abordagem, deverá rever-se o plano de intervenção e poderá ponderar-se, se comportamento intolerável, a associação de medicação;
21. Se o sujeito de idade acima dos seis anos não estiver a ser sujeito a uma inequívoca estigmatização negativa por parte de diferentes actores (pais, irmãos, avós, outros familiares, agentes educativos, pares, etc., ...), geradora de possível sofrimento psicológico, e se exibir um neurodesenvolvimento não convencional, designadamente cognitivo, linguístico, académico ou relacional, evocador de uma Perturbação da Linguagem, de uma Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, ou de uma Perturbação Específica da Aprendizagem, ou se houver referência a insucesso escolar, deverá iniciar-se, de imediato, uma intervenção psico-educativo-social em sentido lato (psicológica, pedagógica, ensino de estratégias comportamentais aos familiares, aos agentes educativos, aos pares, treino das funções executivas,...) associada a medicação por um período experimental. Se for verificado sucesso com esta abordagem, volvidos seis meses poderá ser ponderada a interrupção da medicação. Se for verificado insucesso com esta abordagem, o plano de intervenção deverá ser revisto, incluindo a medicação;
22. O envolvimento do sujeito e da sua família/cuidadores é um objectivo de primordial importância e a decisão de iniciar, manter ou suspender a medicação, bem como qualquer outra modalidade de intervenção, é da exclusiva responsabilidade dos responsáveis legais pelo sujeito, após adequada informação prestada pelo clínico;

23. Antes de ser iniciada a medicação, por proposta do clínico, os responsáveis legais pelo sujeito deverão ser convenientemente informados sobre os objectivos, os possíveis resultados e os efeitos secundários das diferentes substâncias;
24. Em Portugal, no presente, a primeira opção farmacológica corresponde à prescrição de metilfenidato. A segunda opção corresponde à prescrição de atomoxetina; É recomendada a titulação da dose, a fim de se obter o máximo de efeito desejado com o mínimo de reacções adversas;
25. A prescrição de Ómega 3 e de Ómega 6, não obstante os seus efeitos limitados, e dada a inexistência de contra-indicações, é recomendada como adjuvante terapêutica;
26. A intervenção psico-educativo-social em sentido lato (nas idades abaixo dos seis anos, num registo de Programa de Intervenção Precoce) está recomendada em todos os casos
27. Terapêuticas alternativas e não referidas nos números anteriores não estão recomendadas;
28. Tal como acontece com a maioria das pessoas, a prática de desporto, idealmente de grupo, está recomendada.