



Projeto de Resolução n.º 881/XIII/2ª

Recomenda ao Governo a adoção de medidas ao nível do diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção e da prescrição e administração de metilfenidato e atomoxetina em crianças e jovens

A Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA), amplamente estudada em idade escolar, é uma das formas de psicopatologia mais diagnosticada durante a infância. A PHDA caracteriza-se por elevados níveis de actividade física e comportamento impulsivo, e/ou falta de atenção. Trata-se de uma perturbação de desenvolvimento neurocomportamental persistente, que pode ser severa, causando problemas significativos em diferentes contextos de funcionamento do sujeito, como a escola e a família. As consequências adversas a curto e a longo prazo podem incluir rendimento escolar fraco, depressão, comportamento antissocial, exclusão social, delinquência e consumo de substâncias.

De acordo com dados do Infarmed, a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é uma condição caracterizada por sintomas persistentes de hiperactividade, impulsividade e falta de atenção, com uma prevalência estimada entre 5% e 7%.

Este diagnóstico encontra-se recorrentemente associado à prescrição de medicação como o “Concerta”, a “Ritalina” e o “Rubifen”, medicamentos que têm em comum o cloridrato de metilfenidato, que é uma substância química utilizada como fármaco estimulante leve do sistema nervoso central, mecanismo de ação ainda insuficientemente explicado, principalmente no que diz respeito aos efeitos de longo prazo. O “Strattera” é um medicamento não estimulante utilizado para tratar o défice de atenção e perturbações de hiperactividade em crianças com mais de 6 anos de idade e em adolescentes, como parte de um programa de tratamento integrado, o qual pode incluir medidas psicológicas, educacionais e sociais. Este medicamento contém atomoxetina, uma substância responsável pelo aumento da quantidade de noradrenalina no cérebro.

Estes medicamentos fazem-nos pensar sobre o problema de um ponto de vista biológico, patologizante e, conseqüentemente, medicamentado, que nos deve preocupar a todos, porque as proporções assumidas por este fenómeno são enormes e exigem uma reflexão atenta e séria.

Vários médicos e psicólogos têm reconhecido publicamente diagnósticos errados e prescrições indevidas. O neuropediatra Nuno Lobo Antunes admite receber muitas crianças "medicadas de forma errada para o problema errado". A pedopsiquiatra Ana Vasconcelos refere estar "preocupadíssima com essa tendência, que já é muito expressiva em Portugal. Qualquer dia as crianças são como robôs medicados". Álvaro Carvalho, diretor do programa nacional para a saúde mental da Direção--Geral da Saúde, reconhece também "há a presunção de que há um tratamento excessivo de crianças com medicamentos como a ritalina".

O "Concerta", estimulante do sistema nervoso central, como se pode ver na bula, é indicado para o tratamento da Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA). A eficácia do "Concerta" no tratamento da PHDA foi estabelecida em ensaios clínicos controlados de crianças e adolescentes com idade entre os 6 e os 17 anos e adultos com idade entre os 18 e os 65 anos que preenchiam os critérios do anterior Manual de Diagnóstico e Estatística, 4ª edição (DSM-IV), hoje atualizado pelo DSM-V.

Por outro lado, na bula do medicamento comercializado como "Ritalina", da classe terapêutica dos psicoestimulantes, consta a informação: "indicado para o tratamento da perturbação de défice de atenção ou hiperatividade e para a narcolepsia, em adultos e crianças com mais de 6 anos de idade". Alguns dos efeitos colaterais mais comuns da toma da "Ritalina" incluem dor de garganta e coriza, diminuição do apetite, nervosismo, dificuldade em adormecer, náusea, boca seca, angústia emocional excessiva, inquietação, distúrbios do sono, excitação emocional, agitação, dor de cabeça, tonturas, sonolência, sinais de tremor no corpo, alterações na pressão arterial, ritmo cardíaco anormal, palpitações, tosse, vômitos, dor de estômago, indisposição estomacal, indigestão, dor de dente, coceira, febre, perda de cabelo, transpiração excessiva, dor nas articulações e diminuição do peso.

Acresce que a redução no crescimento (ganho ponderal e/ou estatural) também tem sido associada ao uso prolongado de estimulantes em crianças. Assim sendo, crianças e jovens que necessitem de tratamento a longo prazo devem ser cuidadosamente monitorizados. As crianças que não apresentem um desenvolvimento de peso conforme o esperado devem interromper o tratamento.

Em relação ao “Rubifen”, a bula refere que é utilizado para tratar a Perturbação da Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos, somente após outras tentativas de tratamento que não envolvem medicamentos, tais como aconselhamento e terapêutica comportamental. Refere ainda que não é conhecida a segurança e eficácia da utilização deste medicamento em crianças com idade igual ou inferior a 6 anos.

O relatório da Direção Geral de Saúde “Saúde Mental 2015” refere que as crianças portuguesas até aos 14 anos estão a consumir mais de 5 milhões de doses por ano de metilfenidato, sendo que o grupo etário dos 10 aos 14 anos foi o responsável pelo maior consumo desta substância, cerca de 3.873.751 doses.

Durante o ano de 2016, os portugueses gastaram cerca de 19.550€ por dia na compra de medicamentos como “Ritalina” ou “Concerta”. Segundo dados da Consultora QuintilesIMS, foram gastos 7.137.442€ na compra deste tipo de fármacos ao longo de 2016, o que representa a aquisição de 293.828 embalagens, correspondente a 805 embalagens por dia.

De acordo com estudos realizados pelo Infarmed, a utilização do metilfenidato apresenta uma tendência de crescimento. O metilfenidato passou a ser compartilhado em 2003 e a atomoxetina em 2014.

Infelizmente, nos últimos anos estes medicamentos têm sido prescritos e administrados com maior frequência a crianças com idade igual ou inferior a 6 anos, sem que os efeitos secundários destes fármacos, a longo prazo, estejam totalmente esclarecidos. Segundo dados do relatório da Direção Geral de Saúde “Saúde Mental 2015”, em 2014, ao grupo etário entre os 0 e os 4 anos de idade foram administradas 2900 doses de metilfenidato, tendo sido no grupo etário dos 5 aos 9 anos administradas 1.261.933 doses.

O diagnóstico de PHDA é normalmente formulado com base nos critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V). Um dos principais receios face a este diagnóstico prende-se com a aplicação de critérios clínicos a crianças em idade pré-escolar e ao risco que daí pode advir relativamente à psicopatologização e sobrediagnóstico de problemas meramente transitórios no desenvolvimento. A esta dificuldade associa-se a ausência de um enquadramento baseado em evidências empíricas, que contemple variáveis desenvolvimentais e critérios clínicos especificamente desenhados para a idade pré-escolar. Descreve o DSM que “a hiperatividade pode variar em função da idade do sujeito e do seu nível de desenvolvimento e o diagnóstico deve ser feito cautelosamente em crianças jovens” e que

“é especialmente difícil estabelecer este diagnóstico em crianças de idade igual ou inferior a 4 ou 5 anos, porque o seu comportamento característico é muito mais variável do que nas crianças mais velhas e pode incluir características que são semelhantes aos sintomas de PHDA”. Alguns dos sintomas elencados no DSM como indicativos de patologia em crianças mais velhas e adultos sobrepõem-se, muitas vezes, a comportamentos normativos em crianças mais novas, cujos processos de atenção e autorregulação estão ainda em desenvolvimento. Como refere Bussing (2006) não se espera que estas crianças prestem atenção suficiente a pormenores ou se organizem facilmente em tarefas e atividades. A título exemplificativo o sintoma “interrompe ou interfere nas atividades dos outros” encontra-se presente em 50% dos pré-escolares com desenvolvimento normal, pelo que não deve ser considerado um comportamento discriminativo e sintomático da PHDA em idade pré-escolar. Assim como, a maioria dos sintomas de falta de atenção são definidos com base em tarefas académicas (“comete erros por descuido nas tarefas escolares”; “não segue as instruções”; “não termina os trabalhos escolares”).

Apesar de ser difícil diagnosticar a PHDA em crianças em idade pré-escolar, a verdade é que, como já referido, existe uma percentagem significativa de crianças naquela idade às quais foi prescrito metilfenidato como forma de tratamento daquela patologia.

De acordo com o relatório “Medicamentos para a Hiperatividade com Défice de Atenção” do Infarmed, o tratamento desta condição deve incluir uma intervenção e aconselhamento ao nível educacional, psicológico e comportamental” e deve ser feito sob supervisão de um especialista em perturbações do comportamento na infância. Refere ainda que “é no âmbito de um programa integrado de tratamento que deve ser avaliada a possibilidade de prescrição de terapêutica farmacológica”.

De acordo com recomendações internacionais, a prescrição de medicamentos com indicação para a PHDA não é indicada como tratamento de primeira linha em todas as crianças e adolescentes com PHDA. A prescrição de medicamentos destina-se a crianças ou adolescentes que apresentem sintomas severos ou moderados, mas que não tenham respondido adequadamente ao tratamento psicológico. Daí ser essencial que a intervenção psicológica assuma um papel primordial no tratamento recorrendo-se à intervenção farmacológica só como segunda instância. A par desta situação importa referir que a intervenção medicamentosa ocorre num quadro clínico de diminuição da sintomatologia associada à PHDA, pelo que deverá ponderar de forma significativa o investimento em intervenções clínicas que possam reestruturar a dinâmica cerebral da criança, potenciando as vias neuronais imaturas.

A prescrição de substâncias psicoestimulantes do sistema nervoso central tem efeitos secundários que não podem ser ignorados, pelo que, mesmo nas situações clinicamente comprovadas, não concebemos que esta prescrição encontre fim em si mesma e não seja alvo de terapia comportamental, que consideramos dever ser a primeira linha de intervenção.

Na prática nem sempre se recorre à terapia comportamental como primeira instância, privilegiando-se o tratamento farmacológico que, apresentando resultados imediatos, constituem apenas uma solução temporária e transitória porque não tratam o sintoma, mas apenas o reduzem. Por outro lado, a intervenção psicológica permite a correção de boa parte dos problemas, pelo que, apesar de não ter efeitos imediatos, possui já resultados comprovados.

Daí consideramos fundamental a intervenção de uma equipa multidisciplinar o que permitirá a obtenção de um diagnóstico mais rigoroso. Neste sentido, propomos que esta equipa envolva os pais, os professores, um psicólogo, um médico assistente e um médico especialista (por exemplo, um neuropediatra ou pedopsiquiatra).

Atualmente, o diagnóstico do défice de atenção e hiperatividade é baseado em avaliações subjetivas de pais e professores, excluindo, num número considerável de ocasiões, as crianças e jovens deste processo. Muitas vezes estes professores ou pais desejam apenas que os seus filhos e alunos sejam mais dóceis e predispostos para a tarefa. É imprescindível que o processo de diagnóstico englobe, não só a observação dos pais e dos professores, entidades de extrema pertinência na recolha de informação relativa à criança, mas também e sobretudo, uma avaliação direta da criança, da sua estruturação neuropsicológica e comportamental.

Um diagnóstico rigoroso exige que o comportamento disruptivo da criança ou jovem tenha de ocorrer em dois contextos: dentro e fora do contexto escolar, pois as manifestações desta perturbação devem estar presentes em mais de um ambiente (p. ex., em casa e na escola). Daqui resulta a importância da intervenção de uma equipa multidisciplinar, pois a confirmação de sintomas substanciais em vários ambientes apenas pode ser feita com precisão quando consultados os informantes que tenham visto o indivíduo em tais ambientes. Por este motivo, para além da intervenção dos profissionais de saúde especializados, é necessário o envolvimento da escola e dos professores para aferição do comportamento da criança em ambiente escolar e dos pais para avaliação do comportamento da criança fora da escola.

Por sua vez, os psicólogos são parte integrante deste processo de avaliação e de intervenção, sendo particularmente importantes os psicólogos que exercem funções em contexto escolar.

Muitas vezes, existe apenas um psicólogo por agrupamento de escolas que tem ao seu cuidado centenas de crianças e jovens, o que impossibilita um acompanhamento efetivo e contínuo dos mesmos. Como tal, consideramos importante reforçar a contratação de psicólogos clínicos para os estabelecimentos de ensino. No processo de contratação é importante ter em conta a necessidade de os psicólogos estarem habilitados para realizar um diagnóstico clínico, por forma a permitir a avaliação correta das crianças e jovens.

A intervenção psicológica é essencial mas pode ter custos elevados, o que poderá dificultar o acesso à mesma por parte das famílias mais carenciadas. Por este motivo, é essencial a existência de apoios, como o subsídio especial de educação. Este constitui uma prestação pecuniária paga mensalmente que se destina a assegurar a compensação de encargos resultantes da aplicação de formas específicas de apoio a crianças e jovens. O subsídio é atribuído a partir do mês em que a criança ou jovem inicia a frequência do estabelecimento ou o recebimento do apoio individual e durante o período escolar.

Não compreendemos o porquê da atribuição deste apoio apenas durante o período escolar, até porque o acompanhamento psicológico deve ocorrer sempre, não devendo ser interrompido em época de férias escolares. Como referido, para o diagnóstico da PHDA, o comportamento disruptivo da criança ou jovem deve verificar-se em dois contextos, o que implica que se analise o seu comportamento dentro e fora do contexto escolar. Assumir que esta intervenção apenas é necessária em período escolar é associar a perturbação de hiperactividade com défice de atenção a eventuais comportamentos desajustados que a criança possa ter em ambiente escolar, que podem ser situações de desafio e oposição à escola, mas que nada tem que ver com PHDA. Não tendo, portanto, a PHDA uma relação com o calendário escolar e uma vez que defendemos o acompanhamento constante da criança, o pagamento do subsídio deveria também ocorrer fora do período escolar, pelo que propomos o seu alargamento.

O mundo contemporâneo, a sociedade em que vivemos, sofre rápidas e profundas transformações que têm consequências diretas na economia, na ciência e na tecnologia; mas também, e profundamente, nas relações sociais, nas representações, nos valores e nas normas, de forma cada vez mais transnacional. É importa pensar estes processos de forma consciente e não esquecer que eles afetam as crianças e os jovens, os seus contextos familiares e educativos, as suas competências, mas sobretudo o que o mundo espera deles. Os discursos em torno das mesmas e a emergência de conceitos como o de competência necessária e fundamental para o sucesso no contexto educativo, social e para o projeto de vida, são uma realidade impossível de contornar, e altamente impactante na construção deste e de outros tipos de patologias.

Nestes termos, a Assembleia da República, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, por intermédio do presente Projecto de Resolução, recomenda ao Governo que:

1. Em articulação com os profissionais de saúde, estude mecanismos que permitam a intervenção de uma equipa multidisciplinar no diagnóstico e tratamento da PHDA, devendo esta incluir nomeadamente um psicólogo, um médico assistente e um médico especialista como um neuropediatra ou pedopsiquiatra, devendo ser envolvidos os pais e os professores no processo de decisão.
2. Pondere em sede de Orçamento de Estado, proceder ao reforço de psicólogos clínicos em estabelecimentos de ensino.
3. Proceda ao alargamento do pagamento do subsídio especial de educação, passando este a ser pago anualmente e não apenas durante o período escolar, por forma a permitir a continuidade da intervenção psicológica nos meses de férias escolares.
4. Sensibilize os profissionais de saúde a privilegiarem a intervenção psicológica em detrimento da intervenção farmacológica como primeira linha de tratamento.

Assembleia da República, 19 de maio de 2017.

O Deputado,

André Silva