



ORDEM  
DOS  
PSICÓLOGOS

## CONTRIBUTO OPP

### PJL n.º 984

*“Assegurar a não prescrição e administração de metilfenidato e atomoxetina a crianças com menos de 6 anos de idade”*

---

#### # Categoria

Comentários Técnicos e  
Contributos OPP

---

#### # Autoria

Gabinete de Estudos OPP

---

#### # Documento

Fevereiro 2019  
Lisboa

## Contributo OPP

### PJL nº 984

*“Assegurar a não prescrição e administração de metilfenidato e atomoxetina a crianças com menos de 6 anos de idade”*

O presente documento surge na sequência do pedido de pronúncia, por parte da Coordenadora do Grupo de Trabalho sobre o PJI nº 984. Este Projecto de Lei, apresentado pelo Deputado único do PAN, pretende “Assegurar a não prescrição e administração de metilfenidato e atomoxetina a crianças com menos de 6 anos de idade”.

A OPP é uma associação pública profissional que representa e regulamenta a prática dos profissionais de Psicologia que exercem a profissão de Psicólogo em Portugal (de acordo com a Lei nº 57/2008, de 4 de Setembro, com as alterações da Lei nº 138/2015, de 7 de Setembro). É missão da OPP exercer o controlo do exercício e acesso à profissão de Psicólogo, bem como elaborar as respectivas normas técnicas e deontológicas e exercer o poder disciplinar sobre os seus membros. As atribuições da OPP incluem ainda defender os interesses gerais da profissão e dos utentes dos serviços de Psicologia; prestar serviços aos membros em relação à informação e formação profissional; colaborar com as demais entidades da administração pública na prossecução de fins de interesse público relacionados com a profissão; participar na elaboração da legislação que diga respeito à profissão e nos processos oficiais de acreditação e na avaliação dos cursos que dão acesso à profissão.

Neste sentido, a OPP julga pertinente oferecer um contributo para a reflexão e o debate sobre as questões que se geram a propósito do tratamento da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA), nomeadamente no que diz respeito à administração de medicamentos (como o metilfenidato ou a atomoxetina) a crianças com idade inferior a 6 anos. Sendo de ressaltar que não faz parte da competência dos Psicólogos a prescrição farmacológica, essa é reservada e da responsabilidade dos Médicos.

De acordo com a ICD-10 e com o DSM-V, a PHDA é uma perturbação do comportamento que corresponde a um **padrão persistente de falta de atenção e/ou hiperactividade-impulsividade** que interfere com o funcionamento ou o desenvolvimento. Alguns dos sintomas de falta de atenção ou hiperactividade devem estar presentes antes dos 12 anos (alguns deles são reconhecíveis enquanto sinais de alerta mesmo em idade pré-escolar), durante um período de pelo menos seis meses e em dois ou mais contextos, interferindo e reduzindo claramente a qualidade do funcionamento social, académico ou ocupacional das crianças, jovens ou adultos.

A PHDA está associada à **diminuição do desempenho escolar e dos resultados académicos**, assim como à **rejeição social**, entre outras consequências em termos de funcionamento psicossocial. As crianças com PHDA têm maior probabilidade de se envolverem em situações de conflito com o grupo de pares, e de desenvolverem uma perturbação do comportamento na adolescência e uma perturbação de personalidade antissocial na idade adulta, aumentando, conseqüente e

nomeadamente, a probabilidade de abuso de substâncias, entre outros comportamentos indicadores de diminuição das competências autorregulatórias.

Os índices de **prevalência** desta perturbação variam, o que se pode dever aos diversos critérios utilizados para avaliá-la e à população em causa. Por exemplo:

- Segundo o **DSM-V**, na maior parte dos contextos, **5% das crianças** sofre desta perturbação, que afecta mais rapazes do que raparigas (num rácio de 2:1).
- Apesar do crescente reconhecimento e da crescente discussão na sociedade portuguesa, existem, actualmente, poucos dados sobre o contexto português, apontando o **Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental** (Almeida & Xavier, 2009) para uma prevalência da PHDA de apenas **0,4%**. No entanto, deve ser salientado que a amostra deste estudo é composta por adultos e não por crianças e sabe-se que a prevalência desta perturbação diminui à medida que aumenta a idade.

São também frequentes as comorbilidades da PHDA. Para além das doenças neurológicas (Epilepsia, Lesão Cerebral, Tiques/S. Tourette), são frequentes as comorbilidades com as Dificuldades Específicas da Aprendizagem (15%), Perturbações do Desenvolvimento Integrativo, Perturbações do Espectro do Autismo, Perturbações da Ansiedade (33%), Perturbação Depressiva, Perturbações do Sono e Perturbações do Comportamento, sendo que os problemas de comportamento são as comorbilidades mais frequentes na PHDA (25% a 75%). Este aspecto introduz desafios importantes quer ao nível do diagnóstico diferencial, quer ao nível da intervenção farmacológica.

Do mesmo modo, a existência de condições psicossociais como índices de adversidade familiar, a possibilidade de existência de Maus Tratos, a frequência de utilização de dispositivos digitais, situações de Bullying ou conflitos com os pares, ou sistemas educativos inapropriados traduzem-se num outro importante desafio nas decisões acerca da prescrição de metilfenidato.

Por outro lado, a “popularização” desta perturbação, quer em contexto familiar, quer escolar, muitas vezes na ausência de diagnósticos psicopedagógicos e clínicos adequados, potenciou a classificação de crianças muito irrequietas, com mau desempenho e mau comportamento escolar, como sendo “hiperactivas”, atribuindo-se-lhes não raras vezes um “rótulo” que se baseia, frequentemente, no desconhecimento e desinformação e que levou, inclusivamente, alguns autores a falarem numa “**epidemia fictícia**” de PHDA, referindo-se aos sobrediagnósticos. É um facto que subdiagnósticos e a falta de atenção a sinais de alarme também ocorrem, não raras vezes, privando as crianças e jovens de uma intervenção psicológica precoce e de primeira linha adequadas.

Esta realidade é tanto ou mais preocupante quando **é também relativamente comum tratar-se a PHDA em crianças em idade pré-escolar através da implementação de estratégias que apenas se provaram eficazes e seguras em crianças mais velhas** e em adolescentes, nomeadamente o recurso a medicação como o metilfenidato (um estimulante do Sistema Nervoso Central).

Em Portugal, o metilfenidato é comercializado sob os nomes de Ritalina, de Concerta e de Rubifene. De acordo com um relatório da Direção Geral de Saúde (*Portugal – Saúde Mental em Números 2015*), as **crianças portuguesas até aos 14 anos consumiam mais de 5 milhões de doses por ano de metilfenidato**. Ao grupo etário dos 0 aos 4 anos foram ministradas 2900 doses diárias de metilfenidato.

Na realidade, **as evidências científicas disponíveis sobre a utilização de metilfenidato em crianças com menos de seis anos são bastante limitadas**, ainda que existam alguns estudos que procuraram avaliar os seus efeitos a curto e a longo prazo.

Por exemplo, o PATS (*Preschool ADHD Treatment Study*; Greenhill, Kollins, Abikoff, et al., 2006) foi um estudo nacional americano que procurou avaliar os efeitos a curto-prazo (5 semanas) e a longo prazo (40 semanas) do metilfenidato em 303 crianças, em idade pré-escolar (3 a 5,5 anos) com PHDA. Inicialmente todas as crianças foram sujeitas a um programa intensivo de psicoterapia comportamental de 10 semanas, que incluía aconselhamento parental. Desta fase resultou uma redução significativa dos sintomas de PHDA num terço das crianças – que não necessitaram de avançar para a fase do estudo que incluía medicação. Aproximadamente dois terços das crianças, aquelas cujos comportamentos não melhoraram após a terapia comportamental, iniciaram um programa de 5 semanas: algumas receberam um placebo e outras doses de 1,25mg, 2,5mg, 5,0mg ou 7,5mg de metilfenidato, respectivamente. Os resultados foram medidos através de questionários padronizados de PHDA dirigidos a Pais e Educadores. Comparativamente com o grupo de controlo (as crianças que receberam um placebo), as crianças que receberam as diferentes doses de metilfenidato apresentaram reduções significativas nos sintomas de PHDA.

Deste estudo foi ainda possível retirar três conclusões:

- 1) **As crianças em idade pré-escolar apresentam efeitos mais adversos ao metilfenidato do que as crianças mais velhas.**
- 2) A PHDA coexiste frequentemente com outras perturbações, como as dificuldades de aprendizagem, a perturbação de comportamento de oposição ou a ansiedade. Neste estudo concluiu-se que **a resposta à medicação também está associada com o número de perturbações de saúde mental coexistentes**. As crianças com menos patologias coexistentes respondiam melhor ao tratamento com metilfenidato, enquanto aquelas com três ou mais perturbações coexistentes não respondiam ao tratamento.
- 3) É preciso ainda sublinhar o facto de **um terço das crianças** não ter precisado sequer de avançar para o tratamento com recurso a medicação, uma vez que **o programa de psicoterapia comportamental foi suficiente para a redução efectiva de sintomas**. Neste sentido, **as intervenções comportamentais precoces são recomendadas como primeira linha de tratamento ou, no mínimo, como um complemento eficaz à medicação**.

Num estudo posterior (Vitiello et al., 2015) com esta mesma amostra, procurou avaliar-se os efeitos a longo prazo da medicação com metilfenidato logo a partir da idade pré-escolar, realizando-se uma

avaliação 3 e 6 anos após o estudo original. A maior parte das crianças (59%), entre os 3 e os 6 anos seguintes, mantinha o mesmo tipo de medicação e 85% das crianças tomava medicação estimulante 3 anos depois, continuando a recebê-la 6 anos depois (quando tinham, em média, 10,4 anos). Os tratamentos farmacológicos tendem, por isso, a perpetuar-se no tempo.

Uma revisão sistemática da literatura recente (Storebo et al., 2018), que incluiu estudos com participantes entre os 3 e os 20 anos, concluiu que **a administração de metilfenidato pode ter consequência adversas** que incluem a morte, problemas cardíacos e perturbações psicóticas. Cerca de 1 em cada 100 pacientes tratados com este medicamento parecem sofrer de um acontecimento adverso grave e, mais de metade, sofrem pelo menos um acontecimento adverso. No entanto, uma vez que a qualidade das evidências é baixa, **não é possível estimar correctamente os riscos de acontecimentos adversos nas crianças e adolescentes a quem é prescrito metilfenidato**. Os autores recomendam a identificação de subgrupos de pacientes que possam incorrer em mais riscos do que em benefícios.

Perante estes dados é possível concluir que:

- a) não há evidências de que a introdução (precoce) de medicação reduza a persistência de PHDA ou impeça o aparecimento da doença em casos sub-clínicos;
- b) a informação e a experiência empírica são limitadas acerca do seu uso em idade pré-escolar;
- c) se por um lado, **medicamentos como o metilfenidato parecem ter o potencial de produzir efeitos em sintomas** e beneficiar crianças muito novas com PHDA, levantam-se diversas **preocupações no que concerne à variação na resposta e tolerância à medicação**, ou mesmo relativamente ao seu efeito a curto, médio e longo prazo na estrutura do cérebro das crianças (com potenciais impactos consequentes no cérebro dos adolescentes e dos adultos em que se transformarão), que justificam a necessidade de uma **avaliação e ponderação cuidadosas, - nomeadamente completada por uma avaliação psicológica -, de uma monitorização e uma análise contínua do risco/benefício da utilização deste tipo de medicação nesta faixa etária**.

Mais se acresce que, após uma avaliação cuidada, a intervenção psicológica/psicoterapêutica, com o envolvimento da família e de outros educadores, deverá anteceder uma possível intervenção psicofarmacológica, muito particularmente em idades precoces, pois é possível observar-se uma redução dos sintomas que evitará o recurso à medicação.

É de notar que as **bulas** deste tipo de medicamentos em Portugal, **por não existirem estudos que comprovem taxativamente a sua segurança e eficácia para o grupo etário das crianças em idade pré-escolar, referem explicitamente que não devem ser utilizados** para o tratamento da PHDA em crianças com idade inferior aos 6 anos.

Em linha com as evidências científicas limitadas que existem acerca da utilização de metilfenidato em crianças em idade pré-escolar, as **recomendações das principais organizações internacionais** relevantes, nomeadamente no que respeita aos modelos de intervenção, indicam que:

- 1) Para as crianças que tenham entre 4 e 5 anos de vida, os clínicos devem **prescrever terapias baseadas em evidências dirigidas aos pais e/ou professores como primeira linha de**

**tratamento.** Se as intervenções comportamentais não produzirem efeitos significativos e o funcionamento da criança for perturbado de forma moderada a severa, uma segunda linha de intervenção seria prescrever metilfenidato. Em áreas em que os tratamentos comportamentais baseados em evidência não estiverem disponíveis, o clínico deve ponderar os riscos de iniciar a medicação tão precocemente face ao perigo de atrasar o diagnóstico e o tratamento (*Linhas de Orientação para a Prática Clínica da Academia Americana de Pediatria*, 2011).

- 2) O treino parental em idade pré-escolar apresenta evidências fortes, para além de permitir melhor gerir a relutância das famílias no uso de medicação. As intervenções comportamentais directamente com a criança ou as intervenções em contexto escolar deverão surgir igualmente como intervenções de primeira linha. O uso de metilfenidato ou atomoxetina deve ser considerado apenas se as intervenções psicossociais falharem e após outras referências serem levadas a cabo (*Academy of Medicine-Ministry of Health Clinical Practice Guidelines: Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, Singapura, 2014).
- 3) O impacto dos sintomas de PHDA no comportamento deve ser avaliado em diferentes contextos. Existem benefícios significativos na **realização de programas de formação parental** para o tratamento de crianças com menos de 5 anos. A **evidência sobre a eficácia da medicação é limitada** e, uma vez que esta levanta preocupações e sublinha a falta de evidências sobre os efeitos a longo prazo em crianças muito novas, sobretudo no que diz respeito ao crescimento e ao desenvolvimento, **a primeira linha de tratamento devem ser programas de treino parental.** No entanto, para as crianças nas quais a falta de tratamento tem impactos negativos significativos e para as quais não houve uma redução significativa dos sintomas após o programa de formação parental e de modificações no seu ambiente, nestes casos excepcionais, os profissionais de Saúde devem procurar um conselho especializado na gestão da PHDA em crianças muito novas, idealmente de um terceiro serviço, uma vez que o tratamento farmacológico não é recomendado (*NICE – National Institute for Health and Care Excellence*, 2018).

Neste sentido, a OPP considera que **perante os sinais de alarme para a PHDA numa criança com idade inferior a seis anos, deve iniciar-se um processo de avaliação cuidadoso e criterioso – processo este no qual o Psicólogo**, dado o seu perfil de conhecimentos e competências, **desempenha um papel fundamental. Após o diagnóstico, o Psicólogo desempenhará igualmente um papel essencial, uma vez que apesar da eficácia farmacológica, o tratamento de primeira linha é, reconhecidamente, o da intervenção comportamental, nomeadamente junto dos pais**, mas também dos educadores, promovendo competências parentais que permitam não só gerir mais eficazmente o comportamento da criança, mas também facilitar o desenvolvimento de uma relação saudável e positiva entre pais e criança e entre estes e os **educadores / professores.**

Contrariamente ao que acontece com a medicação, **a intervenção comportamental não apresenta riscos ou efeitos secundários negativos, sendo apenas benéfica**, quer no que diz respeito à melhoria

dos sintomas comportamentais das crianças, quer ao desenvolvimento de competências parentais por parte dos pais, o que se traduzirá numa melhoria na relação pais-filhos, no comportamento da criança e na saúde mental dos pais, reduzindo desta forma os sintomas principais da PHDA, a um custo mais reduzido.

### Referências Bibliográficas

Almeida, J., & Xavier, M. (Coords.) (2009). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental – 1º Relatório*. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Academy of Medicine-Ministry of Health Clinical Practice Guidelines: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (2014). [Singapore Med J](#). 2014 Aug; 55(8): 411-4; quiz 415.

American Academy of Pediatrics, Clinical Practice Guideline (2011). *ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents*.

DGS (2015). *Portugal e Saúde Mental em Números*.

Greenhill, L.; Kollins, S.; Abikoff, H. et al. (2006). Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1284–1293.

NICE (2018). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management.

Storebø, O.; Pedersen, N.; Ramstad, E.; Kielsholm, M.; Nielsen, S., et al. (2018). *Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents - assessment of adverse events in non-randomised studies*. Cochrane Database Systematic Reviews.

Vitiello, B. et al. (2015). Pharmacotherapy of the Preschool ADHD Treatment Study (PATS) Children Growing Up. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54 (7), 550-556.



ORDEM  
DOS  
PSICÓLOGOS

[RECURSOS.Ordemdospsicologos.pt](https://recursos.ordemdospsicologos.pt)  
[WWW.Ordemdospsicologos.pt](https://www.ordemdospsicologos.pt)

Para mais esclarecimentos contacte o Gabinete de Estudos:  
[andresa.oliveira@ordemdospsicologos.pt](mailto:andresa.oliveira@ordemdospsicologos.pt)

---

Sugestão de Citação:

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2019). Contributo OPP – PJI nº 984. Lisboa