

Medicalização psicotrópica no tratamento do Transtorno do Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA): uma visão da família e da criança

Lorena Karine Soares^a, Nathália Silva Vaz^a, Glenia Arantes Maia^a,
Aristóteles Mesquita de Lima Netto^{a*}

^a Faculdade de Medicina, Centro Universitário de Mineiros, Trindade, Goiás, Brasil

Histórico do Artigo:

Recebido em: 24/10/2022

Aceito em: 27/08/2023

Palavras-chave:

Infância; TDAH;
medicalização; família.

Keywords:

Childhood; ADHD;
medicalization, family

RESUMO

A medicalização na infância advém de um dos modelos explicativos da medicina centrado na doença ou na droga, usados amplamente para a abordagem terapêutica do indivíduo. Nesse contexto, um importante exemplo é o transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA) devido à uma forte demanda farmacológica no tratamento médico ainda na primeira infância. As perspectivas psíquicas, emocionais e ambientais que podem influenciar na evolução da doença, são comumente subestimadas. Uma análise mais aprofundada da visão da família no desenvolvimento e acompanhamento de crianças com TDHA faz-se necessária no momento atual. Buscamos analisar a percepção dos pais de crianças diagnosticadas com TDAH, sobre a medicalização e seus possíveis desdobramentos fisiológicos, psicológicos e sociais em seus filhos. Essa abordagem evidenciou a necessidade de esclarecimento da família tanto sobre as possíveis causas quanto as melhores condutas terapêuticas, na expectativa de melhorar a qualidade de vida dessas crianças.

Psychotropic medication in the treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): a view from the family and the child

ABSTRACT

Childhood medicalization comes from one of the explanatory models of medicine centered on disease or drugs, widely used for the therapeutic approach of the individual. In this context, an important example is Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) due to a strong pharmacological demand in medical treatment in early childhood. The psychic, emotional and environmental perspectives that can influence the evolution of the disease are commonly underestimated. A more in-depth analysis of the family's view on the development and follow-up of children with ADHD is necessary at the present time. We seek to analyze the perception of parents of children diagnosed with ADHD about medicalization and its possible physiological, psychological and social consequences for their children. This approach highlighted the need for clarification of the family both about the possible causes and the best therapeutic approaches, in the expectation of improving the quality of life of these children.

1. Introdução

A medicalização na infância advém de um dos modelos explicativos da medicina centrado na doença ou na droga, usados amplamente para a abordagem terapêutica do indivíduo. A partir do conhecimento biológico e de uma possível alteração orgânica prediz a hipótese que a medicação pode reverter completamente os sintomas, seja de origem neurológicas ou mesmo psiquiátricas. Esse é o modelo defendido pelo The National Institute of Mental Health (NIMH), e particularmente por Insel (1). No caso dos psicofármacos, esse modelo afirma que os fármacos teriam a função de restabelecer o equilíbrio neuroquímico que se encontra alterado em diversos transtornos psiquiátricos.

* Autor correspondente: aristoteles@unifimes.edu.br (Lima Netto, A.M.)

A exemplo temos o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA) que na atualidade representa uma forte demanda farmacológica no tratamento médico, a exemplo do uso amplo do metilfenidato, utilizado nas crianças como opção terapêutica, bem como o dimesilato de lisdexanfetamina, a partir dos seis anos de vida, estão entre as possíveis escolhas. O TDAH é um transtorno comportamental que provoca alteração no funcionamento cerebral. Essas alterações são visivelmente verificadas por déficits de atenção e memória, consequentemente um desempenho escolar em alguns casos aquém do esperado para a faixa etária (2,3).

Conceitualmente o TDAH é um dos transtornos comportamentais de diagnóstico psiquiátrico mais comum na infância na atualidade. Há exigência de que vários sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade, embora possa ser diagnosticado em idades superiores. Sua etiologia se baseia na origem ambiental e/ou genética, a partir de uma disfunção ou desequilíbrio químico que acomete os lobos frontais, ocasionando sintomas como desatenção, impulsividade e hiperatividade (4). O TDAH é considerado, portanto, um problema de saúde mental, podendo levar a dificuldades emocionais, conflitos familiares e interpessoais, principalmente no âmbito escolar (5).

O TDAH pode ser classificado em três subtipos bem estabelecidos: desatento, hiperativo-impulsivo e combinado (que apresenta sintomas de ambos os subtipos). O subtipo desatento, predomina o sintoma de desatenção. No subtipo hiperativo-impulsivo predomina sintomas de hiperatividade e impulsividade. Já no combinado, a facilidade de distrações a estímulos mínimos é bastante comum, pela presença da hiperatividade que ocasiona agitação motora, verbal e intelectual e pela impulsividade evidenciando dificuldade de autorregulação emocional (6).

De maneira geral, o TDAH é cerca de duas vezes mais comum em meninos, embora os índices variem de acordo com o subtipo. O subtipo predominantemente desatento ocorre com igual frequência em ambos os sexos, já o subtipo hiperativo/impulsivo ocorre 2 a 9 vezes mais entre os meninos (7).

As opções de tratamento abrangem da terapia cognitiva à fármacos estimulantes ou não. Vale ressaltar que a introdução medicamentosa nessa faixa etária se deve à implicações práticas do cotidiano da criança, como incapacidade de acompanhar em sala o aprendizado proposto, ou mesmo por sintomas como irritabilidade, desatenção, comprometimento cognitivo e por fim perdas no desempenho escolar. Mas em contrapartida há o uso performático e precoce em algumas situações já conhecidas a fim de otimizar o rendimento escolar (8).

A participação da família na adesão ao tratamento medicamentoso é uma questão relevante, pois o entendimento e as expectativas em torno da resposta terapêutica devem ser considerados ao introduzir precocemente o uso dos psicotrópicos, em detrimento de terapias não farmacológicas. Estudos que avaliem a percepção dos pais sobre a criança com TDHA e o emprego da terapia medicamentosa são de extrema relevância pois propiciam um melhor entendimento aos profissionais de saúde, em especial aos médicos, sobre esse tipo de abordagem (9). Esses dados ainda são escassos e podem repercutir numa postura mais seletiva, ao identificar fatores externos e ambientais que devem ser revistos primeiramente. Somente com informações mais acuradas, somadas a uma integração médica, escolar e familiar, será possível a adoção de uma terapêutica mais seletiva e precisa. Portanto, o objetivo do presente estudo, é analisar a percepção dos pais de crianças diagnosticadas com quadro de TDAH, sobre a medicalização e o uso da terapia farmacológica psicotrópica acompanhada por profissionais da Clínica de Neurologia Pediátrica Clínica de Rio Verde – Goiás

2. Materiais e métodos

O projeto foi submetido ao comitê de ética e pesquisa da Fundação Integrada de Ensino Superior de Rio Verde – GO e aprovado sob o número CAAE: 50235521.4.4.0000.5077 em 29 de julho de 2021.

O trabalho desenvolvido trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, com orientação teórico-metodológica pautada na Psicologia Social Discursiva (PSD), que para Raserá9 é uma vertente científica que busca analisar o discurso e sua sistematização nos distintos espaços quanto à cultura em que o sujeito encontra-se inserido, e consequentemente imprimindo seus comportamentos.

Para o desenvolvimento deste trabalho, pais de crianças com diagnóstico de TDAH, há 12 meses, no mínimo, foram selecionados via encaminhamento da médica gestora da Clínica de Neurologia no Município de Rio Verde – Go. Através do e-mail institucional da clínica foi realizado o convite para participar da pesquisa e após o posicionamento positivo foi apresentado, presencialmente, a proposta do estudo e o TCLE (Termo de consentimento livre e esclarecido), e unicamente após assinatura de ciente e autorizo, seguiu-se com o agendamento do pai ou mãe da criança.

Um total de dez pais de crianças (entre 6 e 15 anos) foram entrevistados. A entrevista seguiu com aplicação de um roteiro semiestruturado, com 15 questionamentos direcionados aos pais, com a finalidade de analisar três eixos principais: idades e percepção dos pais sobre os primeiros sintomas, o diagnóstico, opções terapêuticas disponibilizadas a eles e suas impressões quanto a resposta clínica. O questionário permitiu a aquisição de uma visão do impacto psicossocial à criança frente ao diagnóstico do TDAH, ao analisar a partir do discurso dos pais o conhecimento antecipado sobre as repercussões biológicas, modulação da personalidade e desempenho escolar, dependentes do fármaco. Os dados obtidos foram Tabulados e analisados de forma descritiva. Destacamos que para realização das entrevistas foram observadas todas as normas e recomendações sanitárias quanto aos riscos de infecção por SARS-Cov-2, a fim de proteger contra a COVID-19 os participantes e pesquisadores envolvidos no estudo.

3. Resultados

A tabela 1 contempla os dados obtidos em todo o questionário aplicado. Aproximadamente 70% dos pais relataram que os primeiros sintomas foram observados até os 5 anos de idade. Estes sintomas foram notados principalmente pelos pais (40%) e educadores (40%) seguido por profissionais de saúde que acompanhavam o desenvolvimento da criança (20%), como descrito na Figura 1. As opções terapêuticas foram introduzidas majoritariamente na faixa etária entre 5 e 10 anos (70% dos entrevistados).

Tabela 1 – Questionário família e TDAH

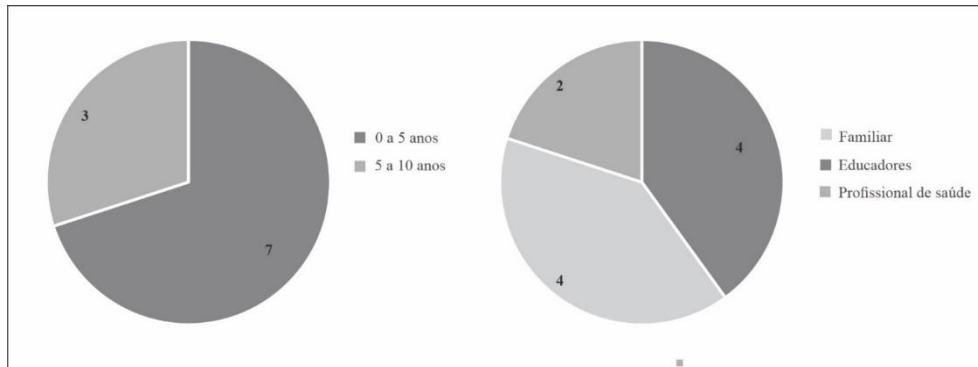
PERGUNTAS FECHADAS	RESPOSTAS	n
1. Em qual idade os primeiros sintomas (ou primeiras manifestações da doença) foram observados?	De 0 a 5 anos	7
	De 5 a 10 anos	3
	De 10 a 15 anos	0
2. As primeiras observações dos sintomas foram feitas por quem?	Familiar	4
	Educadores	4
	Profissional de saúde	2

PERGUNTAS FECHADAS	RESPOSTAS	n
3. Em primeiro momento a doença foi entendida como?	Hereditário	8
	Inerente à criança	3
	Relacionados a outros casos na família	5
4. Os primeiros sintomas observados?	Alteração no desenvolvimento cognitivo	6
	Alteração no desenvolvimento escolar	7
	Alteração comportamental	1
5. Qual foi a principal preocupação dos pais quanto ao diagnóstico?	Opções de tratamento	3
	Entender sobre a doença	1
	Possíveis impactos da doença no desenvolvimento da criança	9
6. Qual profissional teve a primeira suspeita diagnóstica?	Neuropediatra	5
	Psicólogo	2
	Neurologista	3
	Pediatra	0
7. Qual profissional concluiu o diagnóstico?	Psiquiatra	0
	Neuropediatra	10
	Psicólogo	0
	Neurologista	0
8. Quais as opções terapêuticas apresentadas?	Pediatra	0
	Psiquiatra	0
	Farmacológica	3
	Plano terapêutico (medicação e terapia)	7
	Terapia cognitiva (análise, acompanhamento psicológico individual)	0
9. Quanto à medicação qual foi a indicação terapêutica?	Comportamental (terapia em grupo)	0
	Metilfenidato	5
	Antidepressivos ISRS	2
	Antidepressivos Tricíclicos	1
	Risperidona	6
	Aripiprazol	2
	Piracetam	1
Lisdexanfetamina	0	

PERGUNTAS FECHADAS	RESPOSTAS	n
	Farmacológica	
	Melhora no desempenho escolar	7
	Melhora no nível de atenção	5
	Melhora na interação social	8
	Melhora discreta de todos os itens	1
10. Qual a principal mudança observada após o início da terapia?	Não farmacológica	
	Melhora no desempenho escolar	9
	Melhora no nível de atenção	4
	Melhora na interação social	7
	Melhora discreta de todos os itens	1
11. Qual a idade começou o tratamento?	De 0 a 5 anos	3
	De 5 a 10 anos	7
	De 10 a 15 anos	0
12. Em algum momento a opção pelo tratamento farmacológico foi colocada como forma exclusiva de melhorar o desempenho escolar?	Sim	8
	Não	2
13. Quais os principais observações que os pais relataram após o início da terapia medicamentosa ?	Efeitos colaterais das drogas	10
	Diminuição apetite	2
	Aumento apetite	7
	Agitação	1
	Sonolência	3
	Insônia	1
	Impacto do uso precoce das medicações na vida da criança	1
14. Em algum momento, sem orientação médica, o tratamento farmacológico foi interrompido ?	Sim	3
	Não	7
15. Foi considerada antes do tratamento farmacológico alguma outra possibilidade de tratamento ?	Sim	8

Fonte: Os autores

Figura 1 – Classificação etária onde os primeiros sintomas foram observados e quem realizou essas primeiras observações.

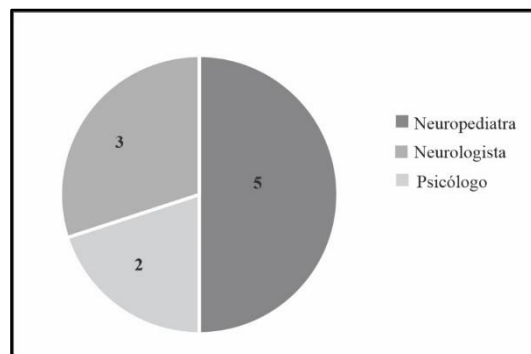


Fonte: Os autores

Quando indagados sobre quais as manifestações iniciais observadas, 44% dos pais relataram alterações no comportamento de sua criança no âmbito da sociabilização, seguido pelo desempenho escolar (30%) e cognição (26%), ressaltando aqui principalmente aprendizado, leitura e escrita da criança. Considerando o comportamento, os pais se referiram de forma diversificada sobre os aspectos de desatenção, impulsividade, não sociabilização, além da insônia e alguns relatos de agressividade. Quanto aos aspectos do desempenho escolar essas queixas estendiam-se ao descumprimento de regras e atividades propostas.

A partir da suspeição, a investigação diagnóstica inicial foi realizada em sua maioria pelo neuropediatra, em segundo lugar pelo neurologista geral, seguido pelo psicólogo como mostra a Figura 2. A confirmação diagnóstica e o segmento terapêutico entre todos os entrevistados foram conduzidos pela neuropediatria.

Figura 2 – Profissional responsável pela suspeição diagnóstica das crianças com TDAH.



Fonte: Os autores

As indagações e dúvidas no entorno do diagnóstico do TDAH se estendem também à provável etiologia da doença. Questionada até os dias atuais, fez-se pertinente abordar o conhecimento dos pais quanto à etiologia ou origem provável do TDAH. A maioria dos entrevistados acreditam que a doença esteja intimamente ligada à hereditariedade, essa afirmativa advém da existência de outros casos na mesma família e para uma minoria a doença é algo inerente à criança e não está associada à genética dos pais.

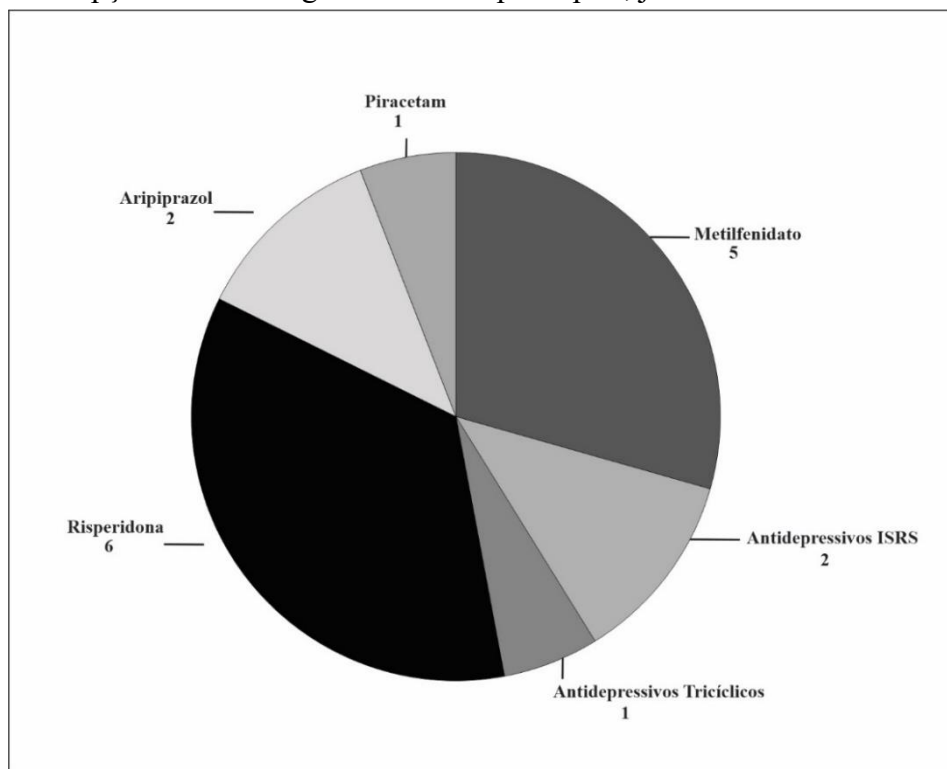
Quando questionados sobre as principais incertezas após a conclusão do diagnóstico do TDAH, 9 dos 10 pais entrevistados, ressaltaram uma preocupação sobre o impacto da doença no desenvolvimento da criança.

Considerando a abordagem do tratamento, 70% dos pais relataram que o plano terapêutico (a associação entre medicações e terapia cognitiva ou comportamental) foi sugerido

pelo profissional de saúde; em contraposição, para 30%, apenas a parte farmacológica foi a opção dada no manejo da doença inicialmente.

A experiência farmacológica relatada foi bem diversa, como visto na Figura 3, compreendendo desde o metilfenidato até associações de fármacos. Entretanto, a risperidona foi o fármaco mais utilizado pelos filhos do grupo de pais entrevistados.

Figura 3 – Opções farmacológicas relatadas pelos pais, já utilizadas ou em uso



Fonte: Os autores

Diante da adesão ao tratamento medicamentoso questionou-se sobre as principais mudanças observadas em seus filhos. Apesar do objetivo principal, apontado pelos pais, ser a melhora do desempenho escolar, as mudanças observadas de forma positiva foram diversificadas: melhora na interação social (38%), no desempenho escolar (35%), no nível de atenção (24%) e em todos os itens (5%).

Um total de 8 dos 10 entrevistados relataram a opção pelo tratamento farmacológico como forma exclusiva de melhorar o desempenho escolar, demonstrando grande preocupação sobre esse ponto na vida de suas crianças.

O questionário abordou os principais relatos dos pais com o tratamento: 70% apresentaram aumento no apetite (e conseqüentemente aumento do peso) como efeito colateral, seguido pela sonolência (30% dos entrevistados).

Dos pais entrevistados, 70% afirmaram não terem, em nenhum momento, suspenso a terapia sem orientação médica, e para 80% dos casos o tratamento medicamentoso foi a primeira opção apresentada após o diagnóstico.

4. Discussão

Compreender a perspectiva da família sobre a conduta diagnóstica e o tratamento da criança com TDAH é de extrema relevância para entender e otimizar a abordagem desses casos pelos profissionais de saúde.

Considerando o diagnóstico do TDAH, Bergery e colaboradores (10) trazem uma importante reflexão sobre os questionamentos existentes no diagnóstico do TDAH,

sugerindo que na medida em que a fronteira entre doença e saúde é – como no caso do TDAH – demarcada sem a capacidade de referenciar sinais ou indicadores clínicos objetivos (por exemplo, exames de sangue, exames de urina, diagnóstico por imagem, como RMN [ressonância magnética], os debates sobre sub e sobrediagnóstico, invariavelmente exploram a ambivalência e o ceticismo da sociedade em relação a alguns transtornos mentais.

Em nossas análises, 70% dos pais observaram os primeiros sintomas até os 5 anos de idade. Um estudo coorte que avaliou crianças mais novas em fase escolar constatou que estas podem ser mais propensas a receber um diagnóstico de TDAH que seus pares mais velhos devido à variação de comportamento baseada na idade que pode ser atribuída ao TDAH e não à idade mais jovem da criança (11).

As manifestações iniciais relatadas pelos responsáveis durante a entrevista, seguem o perfil descrito na literatura de TDAH que consiste na tríade sintomatológica da desatenção, hiperatividade e impulsividade, sendo essas as principais características conhecidas pelos profissionais de saúde (12, 13).

É interessante observar, a partir do questionário, a importância dos profissionais de educação na suspeição clínica do TDAH, visto que o ambiente escolar torna-se um agente desafiador que abrange o desempenho escolar, a inabilidade emocional, os desafios interpessoais, isolamento ou mesmo na seletividade das relações. Estudos demonstram que a escola é um lugar propício para identificar problemas relacionados ao comportamento, pelo fato de algumas crianças não seguirem as regras da escola, como ficarem sentadas, caladas e prestando atenção nas aulas por várias horas. O comportamento das crianças não corresponde às expectativas dos professores, os quais mencionam suas queixas aos pais que encaminham seus filhos para uma avaliação psiquiátrica já com indício de algum desvio, essas informações vão ao encontro as observadas em nosso inquérito (14).

É relevante o papel do professor na observação de diferenças comportamentais que são relatadas aos pais, que então buscam ajuda profissional para o diagnóstico. Esse contexto é comumente visto, por meio dos déficits das funções executivas, entre as quais o déficit na inibição de respostas, atenção sustentada, memória de trabalho não-verbal e verbal, planejamento, noção de tempo, regulação da emoção, perseverança e na fluência verbal e não-verbal (15).

Os pais, ouvidos nesse estudo, relataram que a investigação diagnóstica inicial foi realizada principalmente pelo neuropediatra e neurologista, já a confirmação diagnóstica e seguimento terapêutico foi conduzida pela predominantemente pela neuropediatria.

Observa-se, portanto, o comportamento cronológico do diagnóstico do TDAH e suas etapas complexas, como a percepção inicial da família ou de pessoas próximas a criança para a suspeição da doença, a procura pelo profissional mais qualificado e por fim o desafio médico de aplicar o conhecimento clínico afim de concluir o diagnóstico e dar o segmento terapêutico mais apropriado.

Sobre essa complexidade, estudos afirmam que o processo diagnóstico do TDAH deve envolver a família e os professores durante a coleta de dados, sendo necessário o preenchimento de protocolos específicos, que buscam compreender o comportamento da criança nos diferentes contextos em que está inserida. Ressaltam ainda a necessidade de uma avaliação criteriosa, utilizando-se de vários instrumentos e feedbacks entre profissionais da área da saúde, firmando um compromisso de avaliação interdisciplinar para o transtorno; para isso o médico utiliza-se de instrumentos como exames clínicos, formulários como o SNAP-IV e critérios do DSM (16, 17, 18).

Apesar da avaliação do TDAH ainda ser essencialmente clínico, sabe-se que não é suficiente em alguns cenários pois sua interpretação pode ser meramente subjetiva, sendo então necessária a participação de uma equipe multidisciplinar para que o diagnóstico seja fidedigno (18).

Avanços na neurociência buscam enriquecer essa discussão ao empregar ferramentas diagnósticas mais precisas e inovadoras. A ressonância magnética (RM) já é usada para complementar a investigação clínica, e os recursos extraídos a partir dela são úteis para diagnosticar muitos distúrbios psiquiátricos e neurológicos, incluindo TDAH e facilitar a abordagem terapêutica mais precocemente (19). O objetivo é compreender de forma mais objetiva o paciente com TDAH, em especial a faixa etária pediátrica, pois a intervenção precoce já é vista como um fator modificador de doença, ao impactar na vida intelectual e emocional da criança e futuramente na fase adulta.

A etiologia da doença é uma dúvida frequente e configura uma preocupação relevante, visto que os entrevistados atribuem a doença à hereditariedade. Embora todos ainda apresentem dúvidas e incertezas, é perceptível nas colocações dos entrevistados a ênfase pelas concepções causais do TDAH relacionadas aos problemas individuais, sejam de ordem psicológica, genética, cerebral e/ou comportamental. Essas dúvidas tornam-se um fator estressante aos envolvidos, muitas vezes sustentado na ideia do fator genético, o que gera culpa e apreensão por parte dos pais (20).

Sobre as principais incertezas após o diagnóstico do TDAH, os pais afirmaram uma preocupação sobre o impacto da doença no desenvolvimento da criança, o que denota um estado de estresse e constante incertezas com o futuro dos filhos. Mensurar o impacto desse diagnóstico nas famílias é realmente desafiador, tendo em vista variantes como ambiente, nível intelectual e mesmo a dinâmica familiar sociocultural, mas conclui que o diagnóstico do TDAH, no âmbito familiar, pode ser sentido de diferentes maneiras. Um dos principais desafios apontados de modo geral é a dificuldade do convívio na rotina diária. As acusações mais frequentes são quanto a dificuldade dos pais em fazer com que a criança as escute, o seguir regras e normas, essa percepção torna-se mais precisa após o diagnóstico, o que permite um olhar mais crítico, tornando a rotina ainda mais exaustiva para alguns, ao considerar que a gênese do problema é patológica e no futuro assumir um caráter permanente, impactando negativamente na vida desse adulto (21). Esses achados denotam um forte e potencial fator estressor a família, que também irão influenciar no processo de decisão dos pais, nas possíveis decisões futuras ao tratamento. A medicação é muitas vezes a primeira intervenção utilizada no tratamento de TDAH, mas em segundo plano as intervenções psicossociais com pais e professores trabalham em conjunto para moldar o comportamento da criança (22).

Quanto a abordagem do tratamento, para a maioria dos pais um plano terapêutico foi apresentado, seguido pela opção apenas farmacológica. O Tratamento Multimodal (MTA) envolvendo profissionais de saúde, família e professores, são consideradas alternativas eficazes, permitindo menor quantidade de medicação e, conseqüentemente, menos efeitos colaterais (23). Segundo a ABDA (Associação Brasileira do Déficit de Atenção), o tratamento ideal para cuidado de pessoas com TDAH deve ser multidisciplinar, envolvendo a criança e sua família, escola e profissionais de saúde. A intervenção psicoterapêutica é a mais indicada para o tratamento do TDAH, e a prescrição de medicamentos devem ser realizados apenas quando necessário (24, 16).

Nesse sentido, uma avaliação em crianças com idade pré-escolar, a terapêutica farmacológica, e nomeadamente o metilfenidato, pode ter um papel superior do que unicamente a intervenção psicológica. No entanto, vale salientar que ainda existem poucos estudos relativos a isto, e o uso desta medicação antes dos seis anos de idade atualmente é um uso off-label (25).

Considerando a terapia farmacológica, diversas medicações e associações foram relatadas pelos pais entrevistados. A risperidona apresentou-se como a droga mais utilizada seguida pelo metilfenidato. O tratamento medicamentoso não é unanimidade

entre os profissionais de saúde, mas ressalta que o metilfenidato é o medicamento mais indicado para o tratamento de TDAH, sendo também o mais difundido (26).

A principal propriedade do Metilfenidato é inibir a receptação de dopamina e noradrenalina, neurotransmissores que levam os impulsos nervosos de um neurônio para outro, sendo capazes de passar informações entre as células. Sua ação estimulante é indicada para um tratamento amplo que inclui medidas psicológicas, educacionais e sociais, direcionado aos indivíduos que apresentam TDAH.

Apesar dos inúmeros benefícios do metilfenidato, os critérios para seu emprego devem ser lembrados, pois o medicamento não é indicado para todos que apresentam TDAH, afinal alguns efeitos colaterais como acatisia, alteração do humor, redução do apetite, insônia, podem ser observados com o seu uso a longo prazo, além de alucinações e dependência (27).

Quanto ao uso da risperidona, a medicação foi a mais empregada, neste estudo, visto que em alguns pacientes houve a tentativa inicial da droga de escolha, o metilfenidato, no entanto a presença de outras comorbidades como o déficit de inteligência intelectual, agressividade ou o autismo em investigação, podem justificar a não adaptação ou mesmo a baixa resposta no controle dos sintomas pelo uso da droga.

Sobre essas comorbidades que estabelecem relação com o TDAH, estudos relatam as desordens desafiadoras de oposição e transtorno de conduta; transtorno do espectro de autismo (com taxas de prevalência de 20-50%), má coordenação motora; dificuldades de aprendizagem específicas; distúrbios do sono; distúrbios emocionais; transtorno bipolar; transtorno de uso de substâncias e a síndrome alcoólica fetal (28,29). Embora o tratamento farmacológico de primeira linha seja o uso dos estimulantes como o metilfenidato e a lisdexanfetamina para TDAH, os antipsicóticos de segunda geração, nomeadamente a risperidona, são frequentemente utilizados. Isso decorre principalmente ao avaliarmos por escala de eficácia farmacológica, um efeito médio a grande, com relação à agressividade nos pacientes com TDAH. Em menor proporção em termos de eficácia, também exercem um papel fundamental no comportamento de oposição, problemas de conduta e desatenção (30). O emprego da risperidona no tratamento do TDAH busca o gerenciamento da agressão, vista em alguns subtipos da doença(31).

A família ao aderir a uma terapia proposta visa um objetivo e, dentro dessas expectativas, a melhora do desempenho escolar é vista pela maioria com o grande alvo. O perfil da criança TDAH apresenta características que a distinguem das outras: o descumprimento as regras, a ausência de concentração, que demanda 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 (32).

Essas condições impactam severamente na decisão dos pais à adesão aos psicotrópicos. Estudo randomizado em alunos com deficiências de leitura, que apresentavam concomitantemente o TDAH, comparou os efeitos do tratamento isolado do TDAH, a intervenção intensiva de leitura isolada e a combinação das duas abordagens, na fluência e compreensão de leitura de alunos com ambos os distúrbios.

Os resultados encontrados pelo autor permitiram concluir que a individualização das limitações da criança é o caminho, pois o tratamento do TDAH pode apoiar a compreensão da passagem nessa população, enquanto a decodificação fluente é melhor apoiada por meio de intervenção intensiva de leitura (33). Ou seja o uso arbitrário das medicações não conferem uma garantia exata de sucesso no tratamento medicamentoso.

O desafio do aprendizado na criança com TDAH pode justificar a objetivação dos pais quanto a melhora do desempenho escolar, haja vista que a rotina necessária em casa

demanda um empenho de tempo e dedicação inviável em alguns contextos familiares. Por essa razão o principal emprego na atualidade dos psicoestimulantes se dá no âmbito educacional, principalmente em crianças com TDAH, no intuito de diminuir a inquietação motora e aumentar a concentração (34). É notória a influência do desempenho escolar e os desafios apontados pelos educadores na adesão dos pais ao tratamento. Avaliando a percepção de educadores e família sobre o uso dos psicotrópicos notou-se que aproximadamente 91% dos educadores já tiveram alunos com TDAH e destes, 76,8% foram determinantes o início da medicação. Mais de 50% relataram alterações favoráveis em seus alunos e que estes ficaram mais atentos, menos agitados, menos distraídos, menos impulsivos e mais estáveis emocionalmente (35).

Os benefícios da administração do metilfenidato descritos na literatura corroboram aos reportados aqui, como mudanças significativas no desenvolvimento escolar, no comportamento em suas atividades diárias, melhora dos sintomas gerais, principalmente da hiperatividade (36). Nesse contexto a família pode adotar a escola como uma importante aliada nessa dinâmica, desde o reconhecimento da problemática, mas também das possíveis intervenções que serão necessárias. Não é difícil inferir o quanto a escola é determinante, até mesmo nas escolhas terapêuticas que a família adotará.

Análises reforçam o papel dos professores “como catalisadores no início dos processos de diagnóstico”, mostrando que a disposição deles em contribuir para a medicalização dos alunos vai além dos propósitos de controle social médico. Os professores estão ansiosos para ajudar seus alunos, porque eles se preocupam e desejam melhorar o bem-estar de seus alunos e inclusão social (37).

Considerando a vivência escolar, principalmente nas crianças entre sete e 14 anos, que passam a maior parte do tempo nas escolas, possibilita que os professores presenciem comportamentos, gestos e atitudes, consideradas inadequadas aos padrões, além das dificuldades de aprendizado, difíceis de serem enfrentadas, contribuindo significativamente nas possíveis decisões dos pais, o que justificaria a ansiedade e o objetivo principal para muitos, que seria atender as necessidades de melhora no desempenho escolar (20). Outro fator de melhora apontado pelos pais foi o convívio/interação social, um aspecto importante para toda a família. O diagnóstico do TDAH interfere na estruturação, na dinâmica e no comportamento da família. O impacto na aprendizagem e o desafio dos relacionamentos sociais, de forma subsequente à exaustão e o cansaço, se refletem de forma expressiva na irritação da criança, sendo apontada pelo autor como um fator importante na influência negativa para a harmonia do casal ou mesmo do ambiente familiar como um todo (38).

Nosso estudo abordou as principais preocupações dos pais na perspectiva do tratamento, e observou uma expressiva preocupação sobre os possíveis efeitos colaterais das opções farmacológicas, em especial o aumento de peso. Nesse contexto, o uso dos antipsicóticos, aqui apontados por nós como a opção mais utilizada, a risperidona está associada a eventos adversos significativos, especialmente pelo aumento do apetite e conseqüentemente o ganho de peso.

O ganho de peso na faixa etária pediátrica é uma preocupação da atualidade e o manejo do aumento do apetite após início do tratamento com a risperidona foi relatado pelos pais como desafiador (39).

Sobre a adesão e continuidade do tratamento, 70% dos pais afirmaram não terem em nenhum momento suspenso a terapia sem orientação médica. Essa adesão ao tratamento é extremamente importante para o controle da doença. Deste modo, um esclarecimento prévio aos pais sobre aspectos do TDAH e sua inclusão na elaboração do plano de tratamento favorece o tratamento da criança (40).

O envolvimento familiar é relatado por alguns estudiosos como determinante na estruturação terapêutica no tratamento do TDAH infantil. É fato que existem diferentes

linhas de pesquisa sobre a efetividade de tratamentos para o TDAH, incluindo aquelas que consideram intervenções com os pais como parte do tratamento da criança. Logo é frequente que os pais sejam defrontados de alguma maneira a decidir e optar por alguma linha de tratamento considerada eficaz para o filho (41).

Outro dado obtido de grande importância foi, se antes do tratamento farmacológico, as terapias complementares foram propostas aos pais como alternativa. Para 80% dos entrevistados, isso não ocorreu, sendo o tratamento medicamentoso a opção dada imediatamente ao diagnóstico do TDAH. Esse dado mostra a tendência atual da medicalização infanto-juvenil no TDAH, motivada muitas vezes pelo aspecto desolador do diagnóstico e o desafiador do convívio com os filhos e suas relações interpessoais (8).

O estudo descreveu um cenário sobre o impacto do TDAH na família, sob um contexto depressivo dos pais, impactando sobremaneira a qualidade de vida da própria criança e influenciando a adesão ao tratamento medicamentoso. A possibilidade de depressão, um nível baixo de autoestima e fundamentalmente o sentimento de fracasso, leva uma baixa satisfação com o envolvimento em suas responsabilidades paternas, sentimentos de incompetência em relação às suas habilidades de educar, e bem-estar psicossocial inferior, em comparação à outros pais (42).

A inexistência de um diálogo maior com a criança e a rotulação do diagnóstico prematuro cria um ato discriminatório e impõe um padrão comportamental a ser enquadrado, que por vezes é obtido por meio do emprego dos psicotrópicos (8). Apesar das suas considerações serem pertinentes e já discutidas, também em outros estudos, o autor não expõe a perspectiva da família e dos possíveis obstáculos na adesão ao tratamento multidisciplinar e não farmacológico, assim como em nosso estudo os fatores que influenciaram a adesão imediata a farmacoterapia não foram abordados.

Uma possível associação entre a causa orgânica e a influência do meio externo no TDAH, de forma complementar, aborda que a avaliação da percepção da criança em relação a desordem, bem como uma análise do ambiente familiar em que está inserida, passa a ser fundamental na proposta propedêutica médica, pois é esse somatório de informações que possibilitará uma assistência terapêutica além da medicalização (43).

Portanto, no TDAH, não considerar os fatores psíquicos e sociais para a avaliação do quadro clínico da criança, ou seja, desconhecer os fatores subjetivos, durante muito tempo foi, e em algumas situações ainda é, uma marca da medicina “baseada em evidências”. No entanto torna-se imperativo insistir junto aos médicos e psiquiatras que as desordens mentais e comportamentais, possam não advir exclusivamente de distúrbios orgânicos, tendo em vista a possibilidade de parte das manifestações apresentadas pela criança ser um estado reativo a fatores externos, e não a configuração de uma patologia individual.

Logo essa pauta passa a ser compartilhada no âmbito da medicalização precoce como terapia isolada, um conflito vivido pela família ao depositar no tratamento farmacológico a oportunidade de corrigir definitivamente a inabilidade emocional da criança com TDAH. Estudos mencionam essas ponderações quando a experiência vivida pelos pais de crianças que apresentam com maior frequência e intensidade, os sintomas de um desenvolvimento típico do TDAH, incluindo problemas com reatividade emocional, regulação e compreensão das atividades diárias (44).

5. Considerações finais

Considerando a problemática desafiadora que envolve desde o diagnóstico, entendimento, aceitação e por fim o tratamento e seus possíveis desdobramentos de TDAH sob a ótica familiar e dos educadores, faz-se necessário o melhor acolhimento e uma eficiente abordagem pelos profissionais de saúde no intuito de agilizar o diagnóstico,

facilitar o acesso às terapias e envolver a família nesse processo, visando a melhor qualidade de vida e inserção social do paciente.

6. Referências

- 1 Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, Sanislow C, Wang P. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010; 167 (7): 748-751.
- 2 Ceregato MC. Hiperatividade e ação docente: subsídios para intervenção. *Revista SER: Saber, Educação e Reflexão* 2008; 1 (2): 47-59.
- 3 Facion JR. Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade (T.D.A.H): Atualização Clínica. *Revista de Psicologia da UnC*, 2004; 1 (2): 54-58.
- 4 DSM-V. Manual Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- 5 Maia MIR, Confortin H. TDAH e aprendizagem: Um desafio para educação. *Perspectiva* 2015; 39 (148): 73-84.
- 6 Couto TS, Melo Junior MR, Gomes CRA. Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão. *Ciências & Cognição* 2010; 15 (1): 241-250.
- 7 Danielson ML, Bitsko RH, Ghandour RM, Holbrook JR, Kogan MD, Blumberg SJ. Prevalence of Parent-Reported ADHD Diagnosis and Associated Treatment Among U.S. Children and Adolescents, 2016. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2018; 47 (2): 199-212.
- 8 Zangrande HJB, Costa AB, Aosanti TR. Childhood black stripe: senses of medicalization attributed for children diagnosed with TDAH. *Brazilian Journal of Development* 2021; 7 (3):
- 9 Rasera EF. Discursive Psychology in Social Psychology and Health studies. *Estud. pesqui. Psicol* 2013; 13 (3): 815-834.
- 10 Bergey MR, Filipe AM, Conrad P, Singh L. Global Perspectives on ADHD: social dimensions of diagnosis and treatment in sixteen countries. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press; 2017.
- 11 Layton TJ, Barnett ML, Hick TR, Jena AB. Attention deficit–hyperactivity disorder and month of school enrollment. *N Engl J Med* 2018; 379 (22): 2122-2130.
- 12 Brzozowski FS, Caponi S. Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados. *Physis-Revista de Saúde Coletiva* 2009; 19 (4): 1165-1187.
- 13 American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). 5 eds. Porto Alegre: Artmed. 2014.
- 14 Luengo FC. A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. *Cultura Acadêmica: São Paulo*; 2010.
- 15 Barbosa DLF. Intervenções cognitivas e comportamentais. In: Miotto EC, ed. *Reabilitação neuropsicológica e intervenções comportamentais*. São Paulo: Roca; 2015. p. 61-80.
- 16 Peixoto ALB, Rodrigues MMP. Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. *Aletheia* 2008; 28 (1): 91-103. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200008&lng=pt&nrm=iso>.
- 17 Graeff RL, Vaz C. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Psicologia USP* 2008; 19 (3): 341-361.
- 18 Larroca LM, Domingos NM. TDAH-Investigação dos critérios para diagnóstico do subtipo predominantemente desatento. *Psicologia Escolar e Educacional* 2012; 16 (1): 113-123.
- 19 Somandepalli K, Kelly C, Reiss PT, Zuo XN, Craddock RC, Yan CG. Confiabilidade teste- reteste de curto prazo das métricas de fMRI em estado de repouso em crianças com e sem transtorno de déficit de atenção/hiperatividade *Neurociência Cognitiva do Desenvolvimento* 2015; 15 (1): 83-93.
- 20 Cruz MGA, Okamoto MY, Ferrazza DA. O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. *Comunicação Saúde Educação* 2017; 20 (58): 703-714.
- 21 Oswald SH, Kappler CO. Relações familiares de crianças com TDAH. In: Louzã Neto MR, ed. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: ao longo da vida*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.368-77.
- 22 McGuinness TMJ. Helping parents decide on ADHD treatment for their children. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 2008; 46 (8): 23-27.

- 23 Romanini LSM. Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção: Importância do envolvimento parental no percurso escolar – estudo de caso comparativo [internet]. Castelo Branco: IPCB. Escola Superior de Educação, 2012.
- 24 Gonçalves HA, Pureza JR, Prando ML. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: breve revisão teórica no contexto da neuropsicologia infantil. *Revista Neuropsicologia Latinoamericana* 2011; 3 (3): 20-24.
- 25 Van Der Veen Mulders L, Nauta MH, Timmerman ME. Predictors of discrepancies between fathers and mothers in rating behaviors of preschool children with and without ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017; 26 (1): 365-376.
- 26 Hahn Markowitz, J, Manor I, Maier A. Effectiveness of Cognitive-Functional (Cog-Fun) intervention with children with attention deficit hyperactivity disorder: A pilot study. *American Journal of Occupational Therapy* 2011; 65 (4): 384-392.
- 27 Pastura G, Mattos P. Efeitos colaterais do metilfenidato. *Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)* 2004; 31 (2): 100-104.
- 28 Verkuyl N, Perkins M, Fazel M. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *BMJ* 2015; 350 (2): 1756-1833.
- 29 Sharma A, Couture J. A review of the pathophysiology, etiology, and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Ann Pharmacother* 2014; 48 (2): 209-225.
- 30 Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *The Lancet* 2015; 17 (2): 547 1240-1250.
- 31 Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman, DA. The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. *Can J Psychiatry* 2015; 60 (2): 52-61.
- 32 Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil [CADIn]; 2018. Disponível em: <https://www.cadin.net/saber-mais-phda/102-phda-idade-escolar>.
- 33 Denton CA, Tamm L, Schatschneider C, Epstein JN. The Effects of ADHD Treatment and Reading Intervention on the Fluency and Comprehension of Children with ADHD and Word Reading Difficulties: A Randomized Clinical Trial. *Sci Stud Read* 2020; 24 (1): 72-89.
- 34 Brats. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Portal Anvisa 2014; 23 (8): 1-18.
- 35 Ferreira RR, Moscheta MS. A Multiplicidade do TDAH nas diferentes versões produzidas pelas ciências no Brasil. *Psic.: Teor. e Pesq* 2019; 35 (1): 1-11.
- 36 Andrade ER, Scheuer C. Análise da eficácia do metilfenidato usando a versão abreviada do questionário de Conners em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Arq. Neuro-Psiquiatr* 2004; 62 (1): 81-85.
- 37 Kotsoklenis A, Honkasilt J, Brunila K. Reviewing and reframing the influence of relative age on ADHD diagnosis: beyond individual psycho(patho)logy. *Pedagogy, Culture & Society* 2019; 1 (1): 1-17.
- 38 Bromberg MC, Valiat MRMS. Influência do Transtorno de Déficit De Atenção/Hiperatividade na dinâmica familiar, 2009. [internet]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=4129134&pid=S0103-5788486201500010001000017&lng=en.
- 39 Mais G, Manfredi A, Nieri G, Muratori P, Pfanner C, Milone A. A Naturalistic Comparison of Methylphenidate and Risperidone Monotherapy in Drug-Naive Youth With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Comorbid With Oppositional Defiant Disorder and Aggression. *J Clin Psychopharmacol* 2017; 37 (5): 590-594.
- 40 Clarke AT, Marshall SA, Mautone JA, Soffer SL, Jones HA, Costigan TE, Power TJJ. Parent attendance and homework adherence predict response to a family-school intervention for children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2015; 44(1): 58-67.
- 41 Schatz NK, Fabiano GA, Cunningham CE, Reis S, Waschbusch DA, Jerome S, Morris KLP. Systematic review of patients' and parents' preferences for ADHD treatment options and processes of care. *The Patient* 2015; 8 (6): 483-497.
- 42 Barkley RA. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: guia completo para pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2002. 327 p.
- 43 Jorge MAC. TDAH: Transtorno ou sintoma? adhd: disorder or symptom? *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund* 2020; 23 (1): 157-160.
- 44 Groves NB, Kofler MJ, Wells EL, Day TN, Chan ESM. An examination of relations among 600 working memory, ADHD symptoms, and emotion regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2020; 48(4): 525-537.