



Tratamento com metilfenidato em crianças com TDAH

Methylphenidate treatment in children with ADHD

Tratamiento con metilfenidato en niños con TDAH

Arieta de Jesus Felisberto Oliveira¹, Bruno David Henriques¹, Silvia Almeida Cardoso¹, Tiago Ricardo Moreira¹, Marina Silva de Lucca¹, Luana Cupertino Milagres¹.

RESUMO

Objetivo: O estudo avaliou a adesão ao tratamento farmacológico de crianças atendidas em ambulatório especializado de psiquiatria infantil, no interior de Minas Gerais/Brasil. **Métodos:** O estudo descritivo/exploratório teve a amostra definida por conveniência temporal. Os dados foram coletados de outubro/2020 a março/2022. Os questionários semi-estruturados para identificar perfil sociodemográfico e avaliar os sintomas psiquiátricos nos cuidadores foram aplicados na primeira consulta (pré-tratamento farmacológico) e demais instrumentos, para verificação da adesão medicamentosa, foram aplicados 4 e 8 semanas após o início do uso do metilfenidato, respeitando os aspectos éticos envolvidos em uma pesquisa. **Resultados:** Dos 54 participantes da pesquisa 55,6% eram do sexo masculino, 71,4% tinham entre 6 a 9 anos, (a maioria de Viçosa-MG), havendo predominância de mães como cuidadora principal. O método MAT foi aplicado a 33 pacientes após 4 semanas com 96,96% de adesão e a 23 pacientes com 8 semanas apresentando 95,65% de adesão. **Conclusão:** O tamanho amostral se mostrou limitado não possibilitando uma análise estatística significativa. Sugere-se um estudo mais amplo para avaliação mais profunda da adesão medicamentosa do metilfenidato.

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, Adesão à Medicação, Criança, Metilfenidato.

ABSTRACT

Objective: The study evaluated the adherence to pharmacological treatment of children attended at a specialized child psychiatry outpatient clinic in the interior of Minas Gerais/Brazil. **Methods:** The descriptive/exploratory study had the sample defined by temporal convenience. Data were collected from October/2020 to March/2022. Semi-structured questionnaires to identify sociodemographic profile and assess psychiatric symptoms in caregivers were applied in the first consultation (pre-pharmacological treatment) and other instruments, to verify medication adherence, were applied 4 and 8 weeks after starting methylphenidate use, respecting the ethical aspects involved in research. **Results:** Of the 54 research participants, 55.6% were male, 71.4% were between 6 and 9 years old (most from Viçosa-MG), with a predominance of mothers as the main caregiver. The MAT method was applied to 33 patients after 4 weeks with 96.96% adherence and 23 patients after 8 weeks with 95.65% adherence. **Conclusion:** The sample size was limited, not allowing a significant statistical analysis. A broader study is suggested for a deeper evaluation of medication adherence to methylphenidate.

Keywords: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Medication Adherence, Child, Methylphenidate.

RESUMEN

Objetivo: El estudio evaluó la adherencia al tratamiento farmacológico de niños atendidos en un ambulatorio especializado en psiquiatria infantil del interior de Minas Gerais/Brasil. **Métodos:** El estudio descriptivo/exploratorio tuvo la muestra definida por conveniencia temporal. Los datos fueron recolectados de

¹Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa – MG.

octubre/2020 a marzo/2022. Se aplicaron cuestionarios semiestructurados para identificar el perfil sociodemográfico y evaluar síntomas psiquiátricos en los cuidadores en la primera consulta (tratamiento prefarmacológico) y otros instrumentos, para verificar la adherencia a la medicación, se aplicaron a las 4 y 8 semanas de iniciado el uso de metilfenidato, respetando los aspectos éticos. involucrados en la investigación. **Resultados:** Dos 54 participantes de pesquisa 55,6% eran de sexo masculino, 71,4% tinham entre 6 a 9 años, (a maioria de Viçosa-MG), havendo predominância de mães como cuidadora principal. El método MAT se aplicó a 33 pacientes después de 4 semanas con un 96,96% de adesão y a 23 pacientes con 8 semanas presentando un 95,65% de adesão. **Conclusión:** O tamanho amostral se mostrou limitado não possibilitando uma análise estatística significativa. Sugere-se um estudo mais amplo para avaliação mais profunda da adesão medicamentosa do metilfenidato.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Adherencia a la Medicación, Niño, Metilfenidato.

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), definido como um transtorno do neurodesenvolvimento, destaca-se como o mais prevalente em serviços de saúde mental infantil. Trata-se de um problema crônico, com prevalência aproximada de 5% na infância e adolescência e 3% na fase adulta tendendo a persistir na vida adulta, afetando o desempenho acadêmico, o bem-estar e o convívio social (FRANKE B, et al., 2018; WOLRAICH ML, et al., 2019; DRESCHSLER R, et al., 2020).

O diagnóstico é clínico e deve ser realizado de forma criteriosa por profissional experiente a partir da presença dos critérios diagnósticos, exclusão de outras patologias e avaliação de problemas socioambientais. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o TDAH possui 3 formas de apresentação: predominantemente desatenta, predominantemente hiperativa/impulsiva e combinada (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). As escalas, como Swanson, Nolan e Pelham (SNAP-IV), e a avaliação neuropsicológica são utilizadas respectivamente como instrumento de triagem e para auxiliar na caracterização do perfil cognitivo dessas crianças, porém não substituem a avaliação clínica (MATTOS P, et al., 2006).

A partir dos 6 anos, o tratamento farmacológico é essencial, sendo a primeira escolha. Deve ser combinado com acompanhamento multidisciplinar, através de terapia cognitivo-comportamental, programas de habilidades sociais, treinamento parental, apoio psicopedagógico. As abordagens podem se integrar e devem ser avaliadas de acordo com a necessidade de cada indivíduo e núcleo familiar (DRESCHSLER R, et al., 2020). Os estimulantes são as medicações mais eficazes no tratamento do TDAH, com segurança comprovada em diversos estudos (AUSTERMAN J, 2015).

No Brasil, a agência nacional de vigilância sanitária (ANVISA) aprovou o uso de metilfenidato (MFD) em diferentes apresentações (tempo de ação com duração de 4, 8 ou 12 horas), da lisdexanfetamina (tempo de ação de 12 horas) e da atomoxetina (não disponível no Brasil). A falta de apetite, dores de estômago, cefaleia, irritabilidade e dificuldade para dormir são os efeitos colaterais mais relatados com uso desses medicamentos (SHARMA A, 2013).

O TDAH está relacionado a desfechos negativos como aumento de mortalidade, acidentes domésticos, evasão e reprovação escolar, gravidez na adolescência, acidentes e multas no trânsito, divórcio, perda de emprego, dentre outros. Por outro lado, o tratamento com estimulante, tem efeito protetor contra acidentes gerais, desfechos negativos educacionais, transtornos de humor, suicídio, criminalidade e transtornos por abuso de substâncias (BOLANDA H, et al., 2020).

Existem diversas barreiras que dificultam a adesão medicamentosa como: o estresse, o acesso aos medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a posologia, os estigmas em relação à doença mental e aos medicamentos, assim como os efeitos colaterais (HAWANG JW e BHANGH SY, 2017). Entender melhor o nível de adesão, assim como os fatores que influenciam o tratamento do TDAH, pode auxiliar na redução de mortalidade, na melhoria da qualidade de vida e no desempenho acadêmico, viabilizando a integralidade dos efeitos protetivos que o tratamento com estimulantes pode oferecer.

Existem dois métodos para verificar a adesão medicamentosa: o direto e o indireto. O método direto consiste em medir a concentração do fármaco ou de seus metabólitos no sangue ou na urina, sendo uma metodologia mais onerosa e que pode ser alterada pela má conduta do paciente. Já o método indireto, consiste no auto relato por meio da utilização de questionário e/ou entrevista, da resposta clínica e da contagem das cartelas vazias (BOND WS e HUSSAR DA, 1991; O'BRIEN MK, et al., 1992).

Reportando o horário de uso das medicações, as doses, os possíveis esquecimentos e suspensões do tratamento, assim como a resposta clínica, pode-se ter uma avaliação indireta da adesão ao tratamento, sendo um método simples e que pode medir efetivamente a adesão. Entretanto também permite que o paciente manipule suas respostas, levando o profissional a superestimar a adesão. No método de contagem de cartelas, verifica-se as cartelas vazias e as medicações restantes, auxiliando no reabastecimento de prescrições, sendo um método fácil, mas sujeito a muitos problemas, como troca de frascos, perdas ou esquecimentos de cartelas, descarte dos comprimidos antes das consultas (OSTERBERG L e BLASCHKE T, 2005).

O presente estudo buscou avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso de crianças com TDAH atendidas no ambulatório de psiquiatria infantil do interior de Minas Gerais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo descritivo/exploratório que permite obter informações acerca das características dos sujeitos, ou ainda obter dados sobre a frequência de determinado fenômeno. A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Atendimento Especializado em Saúde no interior de Minas Gerais. A unidade é um centro de difusão de conhecimento mediante as práticas de ensino, pesquisa e extensão, com atendimento exclusivo do SUS, gerenciado pelo Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Tem como território de referência 10 municípios da região de saúde de Viçosa, Minas Gerais, sendo referência para uma população estimada em 146.508 pessoas. Os atendimentos são realizados por acadêmicos e/ou residentes do curso de Medicina, supervisionados por professor e/ou preceptor, responsáveis pelo diagnóstico e conduta clínica. Os pacientes são encaminhados ao ambulatório de psiquiatria infantil por médico ou psicólogo via secretaria de saúde do município.

Foram incluídos no estudo 54 participantes que foram selecionados por critério temporal, ou seja, as crianças e adolescentes que atenderam aos critérios da pesquisa como: crianças com idade entre 6 e 14 anos incompletos, de ambos os sexos, com o diagnóstico de TDAH sem doenças clínicas que tenham em sua fisiopatologia alterações do sistema imune ou outros transtornos psiquiátricos (exceto, Tiques, Enurese e Transtorno Desafiador e de Oposição – TOD - pela alta prevalência de comorbidade com o TDAH), que foram atendidas no ambulatório de psiquiatria infantil no período de setembro de 2020 a março de 2022.

Após a confirmação do diagnóstico clínico de TDAH, foram utilizados dois instrumentos de coleta, o critério Brasil de classificação para o levantamento dos dados sociodemográficos e econômicos, questionário que divide as famílias em grupos de classe econômicas definidos entre (A1, A2, B1, B2, C, D e E) levando em consideração o poder de compra dessas famílias e não a classe social, e o instrumento MAT (Medida de Adesão Medicamentosa) validado em Lisboa por (DELGADO AB e LIMA ML, 2001), com adaptação cultural no Brasil (BORBA LO, et al., 2018).

O Método de Contagem de cartela, utilizado para avaliar a adesão, se dá a partir da contagem manual de comprimidos presentes nas cartelas, em um determinado intervalo de tempo de acordo com o regime terapêutico prescrito (SANTOS AFO e CARDOSO CL, 2015). Foi considerado adesão ao tratamento quando a quantidade ingerida foi superior a 2/3 do prescrito. Para avaliar o perfil dos cuidadores/responsáveis foram aplicados os seguintes instrumentos: Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES_D) sintomas de depressão; Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) ansiedade; Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT) abuso de álcool e Adult Self-Report Scale (ASR18) sintomas de TDAH no adulto. Os instrumentos para avaliação sociodemográfica e de triagem dos cuidadores

foram aplicados na primeira consulta (pré-tratamento farmacológico) e as avaliações de adesão foram realizadas na quarta e na oitava semana após o início da prescrição farmacológica. As entrevistas foram realizadas individualmente em locais reservados com os cuidadores dos pacientes durante as consultas de triagem e acompanhamento no ambulatório.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados elaborado no Microsoft Office Excel 2013 e exportados para análise no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences for Windows*, versão 20.0 (SPSS). As variáveis foram apresentadas categorizadas com as respectivas distribuições de frequências absoluta e relativa para caracterização do perfil das crianças e adolescentes, seus cuidadores e família, bem como para perda amostral ao longo da pesquisa e método de avaliação da adesão.

Para comparação das características sociodemográficas, econômicas e perfil dos cuidadores da amostra final do estudo e das perdas após 8 semanas foram utilizados os testes de Qui-quadrado de Pearson, para comparar prevalências entre variáveis categóricas com duas categorias cada e o teste Exato de Fisher, quando um dos grupos apresentou amostra inferior a cinco observações.

Para todos os testes realizados o nível de significância estatística considerado foi α igual a 5% ($p < 0,05$). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa sob o nº 4.364.744, após ser informado aos participantes e responsáveis sobre a pesquisa foram assinados os termos de assentimento (TA) e consentimento (TCLE), sendo respeitados todos os aspectos éticos orientados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

De acordo com a **Tabela 1**, observa-se que a idade predominante das crianças atendidas variou entre 6 e 9 anos 40 (74,1%), com predomínio de crianças do sexo masculino 30 (55,6%). Das 54 crianças que participaram da pesquisa 44 (81,5%) eram do município polo onde o estudo foi realizado. As famílias na sua maioria 35 (66%) pertencem às classes sociais C a E, em que 27 (50,9%) apresentam o pai como o economicamente responsável pela família, com Ensino Médio completo e Superior completo, sendo o grau de instrução de 71,7% (38) desses chefes de família.

Tabela 1 - Caracterização do perfil sociodemográfico e econômico das crianças e suas famílias.

Variáveis	n	%
Idade das crianças (n=54)		
06 a 09 anos	40	74,1
10 a 14 anos	14	25,9
Sexo (n=54)		
Feminino	24	44,4
Masculino	30	55,6
Cidade de origem (n=54)		
Município polo da microrregião	44	81,5
Demais municípios da microrregião	8	14,9
Outras cidades fora da microrregião	2	3,6
Classificação social das famílias (n=53)		
A, B ₁ , B ₂	18	34,0
C ₁ , C ₂ , E	35	66,0
Chefe da família (n=53)		
Mãe ou mãe e pai	26	49,1
Pai ou outros	27	50,9
Escolaridade do chefe da família (n=53)		
Analfabeto a fundamental completo	15	28,3
Ensino médio completo a superior completo	38	71,7
Total	54	

Fonte: Oliveira AJF, et al., 2023.

As mães representaram 88,7% (47) dos cuidadores principais dessas crianças. Ao pesquisar a presença de sintomas psiquiátricos nos cuidadores principais, foi identificado uma prevalência de triagem positiva para sintomas depressivos 59,3% (32), para traço de ansiedade e estado de ansiedade 100% (54) e 96,3% (52) respectivamente, sendo que 31,5% (17) apresentaram triagem positiva para sintomas de TDAH. Quando questionados sobre o uso de álcool, 85,2% (46) foram classificados como de baixo risco para problemas relacionados ao uso de álcool conforme apresentado na **Tabela 2**.

Tabela 2 - Caracterização do perfil dos cuidadores/responsáveis pelas crianças.

Variáveis	n	%
Cuidador principal da criança (n=53)		
Mãe ou pai e mãe	47	88,7
Pai ou outros	6	11,3
Sintomas depressivos no cuidador (n=54)		
Positivo	32	59,3
Negativo	22	40,7
Sintomas de ansiedade no cuidador (traço) (n=54)		
Positivo	54	100
Negativo	0	0
Sintomas de ansiedade no cuidador (estado) (n=54)		
Positivo	52	96,3
Negativo	2	3,7
Uso de Álcool (n=54)		
Baixo risco	46	85,2
Uso de risco ou uso nocivo	8	14,8
Sintomas de TDAH no cuidador (n=54)		
Positivo	17	31,5
Negativo	37	68,5

Fonte: Oliveira AJF, et al., 2023.

Após 4 semanas de início de uso do metilfenidato foram aplicados a 33 crianças que retornaram para a consulta de acompanhamento onde 96,96% apresentaram adesão ao método MAT e 57,57% ao método de contagem de cartela, os mesmos métodos foram aplicados com 8 semanas de uso do medicamento onde apenas 26 participantes retornaram para a consulta obtendo 60,86% de adesão ao método MAT e 60,86% ao método de contagem de cartela. Inicialmente contou-se com a participação de 54 crianças e seus respectivos representantes, após 4 semanas de atendimento foi observada uma perda de 38,9% (21). Passando assim para a participação de 61,1% (33) voluntários respondendo o método de contagem de cartelas e 59,3% (32) o questionário MAT, sendo que no terceiro tempo de análise, após 8 semanas, havia 26 participantes devido às novas desistências em que todas responderam ao questionário MAT, mas apenas 42,6% (23) responderam ao método de contagem de cartela (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Perda amostral de acordo com o método de adesão.

Momento da pesquisa	n° participantes	% de perda amostral	n (%) de respostas Método Mat	n (%) de respostas Método Cartela
Tempo zero	54	-	-	-
4 semanas	33	38,9	33 (61,1)	32 (59,3)
8 semanas	26	57,4	23 (42,6)	26 (48,1)

Valores percentuais calculados como referência para amostra total no início do estudo.

Fonte: Oliveira AJF, et al., 2023.

Analisando o perfil das crianças e cuidadores que não deram continuidade ao tratamento após 8 semanas, observou-se que o abandono maior foi entre as crianças da faixa etária de 06 a 09 anos 52,5%(21) e que não houve diferença no grupo de crianças entre 10 e 14 anos. Ao analisarmos o sexo dessas, identificou-se um abandono maior entre crianças do sexo feminino, 62,5%(15) entre o sexo masculino, essa taxa foi de 43,3%(13). O abandono no grupo em que o pai era o chefe da família foi de 54,3%(19). No grupo que tinha a mãe como cuidadora principal, a taxa foi de 44,4%(8).

Os dados mostraram que, no grupo em que o chefe da família tinha grau de instrução entre Ensino Médio incompleto ou Superior completo, essa taxa chegou a 52,6%(20). Ao compararmos o abandono levando em consideração a presença de sintomas psiquiátricos nos cuidadores principais, percebemos que 55,3% (26) das crianças que não deram seguimento eram as crianças em que a mãe era a cuidadora principal. A prevalência de abandono de crianças em que os cuidadores apresentavam triagem positiva para sintomas depressivos foi de 54,5% (24). Com triagem positiva para estado de ansiedade, não houve diferença, com triagem negativa foi de 100% (2). Em relação ao abandono considerando o uso de álcool, observou-se o abandono mais representativo no grupo em que os cuidadores tinham um uso considerado de baixo risco 54,3% (25). Ao avaliarmos esse dado entre os cuidadores com sintomas de TDAH, o abandono foi menor no grupo de responsável que tinha triagem positiva para o transtorno 82,4% (14). Já nos que apresentaram triagem negativa, foi 37,8% (14), sendo o único dado que se mostrou significativo estatisticamente com o abandono ($p < 0,05$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Comparação das características sociodemográficas, econômicas e perfil dos cuidadores da amostra final do estudo e das perdas após 8 semanas.

Variáveis	Abandono da pesquisa		Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)	
Idade das crianças			
06 a 9 anos	19 (47,5)	21 (52,5)	0,872
10 a 14 anos	7 (50,0)	7 (50,0)	
Sexo			
Feminino	9 (37,5)	15 (62,5)	0,161
Masculino	17 (56,7)	13 (43,3)	
Classificação social das famílias			
A, B ₁ , B ₂	10 (55,6)	8 (44,4)	0,497
C ₁ , C ₂ , E	16 (45,7)	19 (54,3)	
Chefe da família			
Mãe ou pai e mãe	10 (38,5)	16 (61,5)	0,130
Pai ou outros	16 (59,3)	11 (40,7)	
Escolaridade do chefe da família			
Analfabeto a fundamental completo	8 (53,3)	7 (46,7)	0,696
Médio incompleto a superior completo	18 (47,4)	20 (52,6)	
Cuidador principal da criança†			
Mãe ou pai e mãe	21 (44,7)	26 (55,3)	0,100
Pai ou outros	5 (83,3)	1 (16,7)	
Sintomas depressivos no cuidador†			
Positivo	20 (45,5)	24 (54,5)	0,494
Negativo	6 (60,0)	4 (40,0)	
Sintomas de ansiedade no cuidador (estado)			
Positivo	26 (50,0)	26 (50,0)	0,491
Negativo	0 (0,0)	2 (100,0)	
Uso de Álcool†			
Baixo risco	21 (45,7)	25 (54,3)	0,460
Uso de risco ou uso nocivo	5 (62,5)	3 (37,5)	
Sintomas de TDAH no cuidador †			
Positivo	3 (18,8)	14 (82,4)	0,003
Negativo	23 (60,5)	14 (37,8)	
Total	54		

Qui-quadrado de Pearson. † Teste exato de Fisher.

Fonte: Oliveira A J F, et al., 2023.

DISCUSSÃO

Das crianças atendidas na pesquisa, 55,6% foram do sexo masculino. Esse dado reforça o resultado de um estudo de prevalência publicado por Bisceglie TS, et al. (2013), encontrando em concordância com o estudo de (FARIA AMDB e CARDOSO CL, 2016), que tinha em sua amostra 80% de pacientes do sexo masculino, e com o estudo corrobora com a maior prevalência do diagnóstico do TDAH no sexo masculino. O quadro nos meninos se apresenta com mais agitação e impulsividade, o que acaba gerando um estresse maior para família e na escola, levando a um aumento da procura por atendimento especializado. Nas meninas, o quadro apresentado na maioria das vezes é a desatenção, fato que acaba passando despercebido em muitos casos pela família Franke B, et al. (2017).

Outro aspecto evidenciado pelo estudo são as mães como cuidadoras principais. Esse achado é corroborado por outros estudos de investigação que apresenta a mãe como a principal responsável pelo cuidado (SANTOS AFO e CARDOSO CL, 2015). Essa relação também é evidenciada por estudo realizado por (FARIA AMDB e CARDOSO CL, 2016) que indica a mãe no papel de cuidadora primária. Cabe refletir que, historicamente a mulher teve o papel de cuidar da casa e dos filhos, o que justifica essa afirmação feita pelos estudos citados.

A criança com TDAH demandam uma atenção maior dos pais, movimento que pode levar a uma sobrecarga emocional, gerando um aumento da ansiedade, podendo levar, assim, a uma diminuição do envolvimento com o filho (KASHDAN TB, et al., 2004). Este estudo aponta a presença de triagem positiva para sintomas de traço de ansiedade, estado de ansiedade e depressão, reafirmando os dados demonstrados por (DEL BIANCO FARIA AM e CARDOSO CL, 2010; SANTOS AFO e CARDOSO CL, 2015), que mostrou em seu estudo que 95% dos cuidadores apresentavam estresse e 50% tinham sinais de exaustão.

Bellé AH, et al. (2009) descrevia sobre a sobrecarga emocional. Essa complicação sobressai entre as mães. Essa relação está caracterizada pelo cansaço e a tensão gerada em função das dificuldades para cuidar de uma criança com TDAH. As relações entre pais e filhos com TDAH são marcadas, na maioria das vezes, por conflitos, desarmonia no ambiente e discórdia. Esse conjunto de fatores influencia diretamente na vida de todos os familiares (BENCZIK EBP e CASELLA EB, 2015). A sensação de fracasso e a baixa autoestima tem relação direta com casos de depressão nos pais. É importante atentar para a presença dos sintomas psiquiátricos nos cuidadores e buscar a construção de um ambiente clinicamente saudável para os pais e para o filho, uma vez que a desarmonia do lar pode agravar o quadro relacionado aos sinais e sintomas de TDAH.

Estudos apontam que o TDAH é uma doença de alta condição hereditária (CHANG Z et al., 2013; MCLOUGHLIN G, et al., 2007). Já Faraone SV e Mick E (2005) discorre que, embora exista uma alta estimativa hereditária, há também uma escassez de associações de gene-desordem e alerta sobre a programação epigenética, que se trata da influência tanto do código genético quanto do ambiente de um indivíduo. Entretanto, caso a contribuição no ambiente para a etiologia seja inferior aos fatores hereditários, elas podem existir.

A análise dos dados também apresentou uma triagem positiva baixa para sintomas de TDAH no cuidador, e não foi interrogada a presença de sintomas no progenitor, porque não se aplica ao método utilizado (SRS18). Sendo assim, não foi possível afirmar se as crianças têm a presença de fator hereditário. Outros estudos como o realizado por Tonetto APM e Barbieri V (2018) evidenciaram que embora algumas mães desconheçam ou recusem a hipótese genética, elas foram capazes de identificar o TDAH em outras crianças da família.

Segundo Brotto AM e Guimarães ABP (2017), a forma de aceitar/viver com a criança portadora de doença crônica e o tratamento tem uma influência direta da família. É conhecido que fatores sociais, econômicos e culturais podem influenciar diretamente na adesão ao tratamento. Vem da família a influência direta na decisão de não aderir o tratamento, seja na descoberta ou no abandono do tratamento por quaisquer motivos, principalmente em crianças, o que gera um impacto relevante na adaptação no âmbito social e psicológico tanto do paciente, quanto nos que o rodeiam (MANO GMP e PIERIN AMG, 2005; PAIS-RIBEIRO JL, 2007;

MACHADO MM, 2009). Para o TDAH o tratamento de base medicamentosa também tem sua importância nessa relação. É considerado o mais eficaz, com a utilização de neuroestimulantes, que têm sua eficácia e segurança descrita em diversos estudos (AUSTERMAN J, 2015). A abordagem farmacológica tem ação protetora contra os efeitos considerados deletérios da doença, como uso de substância, gravidez na adolescência, baixo desempenho escolar, evasão escolar e, na vida adulta, divórcios, perda de emprego, acidente e multas de trânsito (GARDINER P e DVORKIN L, 2006).

O presente estudo apresentou uma taxa de adesão ao método MAT de 96,96% com 4 semanas e de 95,65% após 8 semanas dados contraposto ao demonstrado pela literatura que apontam estudos com taxa de 15 a 93% e média estimada 50% de não adesão medicamentosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A não adesão ao uso de medicamentos por portadores de transtorno mental pode levar a inclusão de outras substâncias no esquema medicamentoso ou aumento das já prescritas, ajustes desnecessários que podem comprometer a segurança dos pacientes na terapêutica medicamentosa Silva TFC, et al. (2012) e VEDANA KGG, et al. (2013). Ações utilizadas neste estudo como acesso aos profissionais, retornos programados, em alguns municípios os fornecimentos do medicamento pelo SUS e outras formas de supervisão, são métodos levantados por (GARDINER P e DVORKIN L, 2006), como medidas que promovem a adesão a terapêutica medicamentosa.

O tratamento a longo prazo pode levar a perda gradativa da adesão, a não adesão medicamentosa o que se torna um grave problema de saúde pública mundial, os métodos para verificação dessa adesão confiáveis são limitados o que pode levar aos profissionais a superestimar o comportamento frente a tratamento medicamentoso (CONRAD P, 1985).

CONCLUSÃO

O TDAH, é um problema de saúde pública que pode gerar sério danos a vida criança e adolescente, danos esses que podem ser levados para vida adulto. Essa pode influenciar no convívio social e familiar do indivíduo. O diagnóstico certo e a adesão ao tratamento é fundamental para diminuir os efeitos negativos que o transtorno pode gerar como uso de substância, gravidez na adolescência, evasão escolar entre outros. Diante disso faz-se necessário entender o que leva a baixa adesão do tratamento e buscar alternativas para diminuir essa evasão. O presente estudo buscou verificar a adesão em um cenário em o atendimento já contavam com política de funcionamento que facilitasse o acesso do paciente como retorno programado, confirmação de consulta, comunicação direta do cuidador com a unidade e o médico, essas ações tinham o objetivo de minimizar essa evasão, além disso mesmo após pouco mais de um ano de coleta de dado o tamanho amostral se mostrou limitado não possibilitando uma análise estatística significativa. Segeri-se novos estudos para verificação do problema e geração de intervenções assertivas afim de promover uma adesão que promovam efeitos protetores na saúde e na vida de crianças e adolescentes portadoras de TDAH.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Agradecemos às crianças e aos seus responsáveis que se voluntariaram para participar do presente estudo. Esse artigo é parte da dissertação do mestrado profissional de Arieta de Jesus Felisberto Oliveira, pela Universidade Federal de Viçosa – UFV.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. AUSTERMAN J. ADHD and behavioral disorders: Assessment, management, and an update from DSM-5. Cleveland Clinic Journal of Medicine 2015.
3. BELLÉ AH, et al. Estresse e adaptação psicossocial em mães de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2009; 22(3): 317-325.

4. BENCZIK EBP e CASELLA EB. Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. *Revista Psicopedagogia*, 2015; 32(97): 93-103.
5. BISCEGLI TS, et al. Prevalência de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em pré-escolares de creches. *Pediatria Moderna*; 2013; 49(8).
6. BOLANDA H, et al. A literature review and meta-analysis on the effects of ADHD medications on functional outcomes. *Journal of Psychiatric Research*. 2020; 123: 21–30.
7. BOND WS, HUSSAR DA. Detection methods and strategies for improving medication compliance. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 1991; 48(9): 1978–88.
8. BORBA LO, et al. Adaptation and validation of the Measuring of Treatment Adherence for mental health. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018; 71(5): 2243–50.
9. BROTTTO AM e GUIMARAES ABP. A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. *Psicologia hospital*, 2017; 15(1): 43-68.
10. CHANG Z, et al. Developmental twin study of attention problems: high heritabilities throughout development. *JAMA Psychiatry*, 2013; 70(3): 311-8.
11. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário oficial da União, 2012.
12. CONRAD P. The meaning of medications: another look at compliance. *Soc Sci Med*, 1985; 20(1):29-37.
13. DELGADO AB e LIMA ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2001; 2(2): 81-100.
14. DEL BIANCO FARIA AM e CARDOSO CL. Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento. *Estudos de psicologia*, 2010; 27(1): 13-20.
15. DRECHSLER R, et al. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuro pediatrics*, 2020; 51(5): 315–35.
16. FARAONE SV e MICK E. Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 2010; 33(1): 159-80.
17. FARIA AMB e CARDOSO CL. Estresse em cuidadores de crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Psico*, 2016; 47(3): 228-237.
18. FRANKE B, et al. Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European Neuropsychopharmacology*, 2018;28(10):1059–88.
19. GARDINER P, DVORKIN L. Promoting medication adherence in children. *Am Fam Physician*, 2006; 74(5): 793-8.
20. HWANG J-W e BHANG S-Y. 6.20 Factors That Affect the Adherence to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Medications During a Treatment Continuation Period in Children and Adolescents: A Nationwide Retrospective Cohort Study Using Korean Health Insurance. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2017; 56(10): S283.
21. KASHDAN TB, et al. Depression and Anxiety in Parents of Children With ADHD and Varying Levels of Oppositional Defiant Behaviors: Modeling Relationships With Family Functioning. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2004;33(1):169–81.
22. LEE J. Assessing medication adherence by pill count and electronic monitoring in the African American Study of Kidney Disease and hypertension (AASK) pilot study. *American Journal of Hypertension*, 1996;9(8):719–25.
23. MACHADO MM. Adesão o regime terapêutico: representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. Instituto de educação e Psicologia. Tese de Mestrado, 2009.
24. MANO GMP, PIERIN AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. *Acta Paul. Enferm.*, 2005; 18(3).
25. MATTOS P, et al. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 2006; 28(3): 290–7.
26. MCLOUGHLIN G, et al. Genetic support for the dual nature of attention deficit hyperactivity disorder: substantial genetic overlap between the inattentive and hyperactive-impulsive components. *J Abnorm Child Psychol*, 2007; 35(6): 999-1008.
27. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância Sanitária Departamento de Vigilância Sanitária de doenças e agravos não transmissíveis e promoção de saúde. *Vigitel Brasil*, 2015(1).
28. O'BRIEN MK, et al. Adherence to Medication Regimens: Updating a Complex Medical Issue. *Medical Care Review*, 1992; 49(4): 435–54.
29. OSTERBERG L e BLASCHKE T. Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine*, 2005;353(5):487–97.
30. PAIS-RIBEIRO JL. Introdução à Psicologia da Saúde, 2007; (2ªed.).

31. SANTOS AF O, CARDOSO CL. Family members of individuals suffering from mental disorders: Stress and care stressors. *Estudos de Psicologia*, 2015; 32(1): 87–95.
32. SHARMA A e COUTURE J. A Review of the Pathophysiology, Etiology, and Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Annals of Pharmacotherapy*, 2013; 48(2): 209–25.
33. SILVA TFC, et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. *J Bras Psiquiatria*, 2012;61(4):242-51.
34. TONETTO APM e BARBIERI V. Maternidade de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: contribuições psicanalíticas. *Psicologia Em Estudo*, 2018; 23.
35. VEDANA KGG, et al. Acting for relief: coping with schizophrenia and nuisances caused by drug treatment. *Ciênc Cuid*, 2013;12(2):365-74.
36. WOLRAICH ML, et al; Subcommittee on Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactive Disorder. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 2019; 144(4): e20192528.