



**Faculdade de Medicina  
Nova Esperança**

De olho no futuro

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DA FAMÍLIA E  
COMUNIDADE

ANDRÉ FELLIPE ALVES DE OLIVEIRA

**TERAPÊUTICA DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E  
HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA**

JOÃO PESSOA-PB  
2023

ANDRÉ FELLIPE ALVES DE OLIVEIRA

**TERAPÊUTICA DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E  
HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Residência, sob orientação da Professora Layza de Souza Chaves Deininger, apresentado à Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE) como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Medicina da Família e Comunidade.

JOÃO PESSOA-PB  
2023

O45t

Oliveira, André Fellipe Alves de

Terapêutica do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças no âmbito da atenção primária à saúde: revisão integrativa / André Fellipe Alves de Oliveira. – João Pessoa, 2023.

38f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. D<sup>a</sup>. Layza de Souza Deininger.

Monografia (Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade) – Faculdade Nova Esperança - FAMENE

1. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH. 2. Criança. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDU: 616.89:616-053.2

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Residência, sob orientação da Professora Layza de Souza Chaves Deininger, apresentado à Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE) como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Medicina da Família e Comunidade.

Atribuição de nota: \_\_\_\_\_

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Professora Dr. Layza de Souza Chaves Deininger  
Orientadora

---

Cristina Maria Lira Batista Seixas  
Membro da Banca Examinadora

---

Kalina Cícera Macedo  
Membro da Banca Examinadora

João Pessoa, \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_.

## RESUMO

**Introdução:** O TDAH é compreendido como transtorno do neurodesenvolvimento que apresenta sintomas categorizados em três classes distintas: desatenção, hiperatividade e impulsividade. O estudo se justifica pela crescente procura da população por serviços de diagnóstico em saúde mental, na rede pública e privada, voltados para a análise dos sintomas clássicos do transtorno de neurodesenvolvimento e pela necessidade de conhecimento do profissional da Atenção Básica (AB) sobre o procedimento a ser adotado quando do atendimento de um indivíduo com a suspeita de diagnóstico. **Objetivo:** Analisar no âmbito da AB, através de uma revisão integrativa, as terapêuticas disponíveis para o TDAH em crianças na atenção primária à saúde brasileira, com enfoque nos usos e recursos disponíveis no âmbito da atenção primária à saúde do SUS. **Método:** Desenvolveu-se uma revisão bibliográfica integrativa de artigos das bases de dados BVS, PubMed e SciELO, com termos escolhidos com a finalidade de obtenção dos melhores resultados. Chegou-se aos termos: “*Attention Deficit Disorder with Hyperactivity*”, *child* e “*Primary Health Care*”, separados pelo operador booleano AND, assim como aos seus correspondentes em português – “Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade”, criança e “Atenção Primária à Saúde” – e espanhol – “*Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*”, *niño* e “*Atención Primaria de Salud*” –, todos devidamente listados no DeCS/MeSH – Descritores em Ciências da Saúde, como os com maior aptidão para fornecer os resultados almejados. **Resultados:** Após a busca com os descritores predeterminados e a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, a busca chegou a 10 artigos incluídos no estudo. O percurso metodológico integral foi descrito, iniciando-se com a sistematização em tabela dos resultados encontrados na busca nas bases de dados. Após a eleição dos estudos, optou-se por dispor os dados mais relevantes em uma tabela informativa, dividida com os tópicos: título do artigo; objetivo do estudo; principais resultados encontrados e conclusão. **Conclusão:** O profissional da atenção básica deve conhecer as diretrizes estabelecidas institucionalmente pelo sistema público de saúde brasileiro em sua atuação no âmbito da assistência à saúde, que orienta a adoção de métodos com mínimos efeitos colaterais e com máximos alcance e eficácia, com a não possibilidade de adoção do recurso medicamentoso. A tríade atendimento psicológico, orientação aos pais, apoio escolar deve ser iniciada precocemente, com frequência semanal, cuja demanda deve ser periodicamente avaliada. Os medicamentos metilfenidato e lisdexanfetamina para tratamento de crianças e adolescentes com TDAH foram avaliados, concluindo-se que a eficácia e a segurança destes tratamentos para TDAH são frágeis dada sua baixa/muito baixa qualidade, bem como o elevado aporte de recursos financeiros apontados na análise de impacto orçamentário, não sendo, portanto, recomendados no protocolo. É perene a necessidade de profissionais de saúde, principalmente os médicos, conhecerem as recomendações ministeriais aplicáveis aos indivíduos que adentram na rede pública através da atenção primária, compatibilizando a assistência com os princípios norteadores e valores do SUS.

**Palavras-chave:** Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH); criança; atenção primária à saúde.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>09</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>10</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>12</b>
4.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE O TDAH.....	18
4.2 A ABORDAGEM FARMACOLÓGICA NA TERAPÊUTICA DO TDAH.....	20
4.3 TERAPÊUTICA DO TDAH EM CRIANÇAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	25
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é compreendido como transtorno do neurodesenvolvimento que apresenta sintomas categorizados em três classes distintas: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Tais sintomas geralmente são identificados em crianças e adolescentes, podendo acompanhá-los até a vida adulta, embora parcela minoritária da comunidade científica indique que é possível a desordem do TDAH acometer e ser perceptível em indivíduos somente na fase adulta, sem prévio aparecimento sintomático na tenra idade (VASCONCELOS *et al.*, 2003).

O TDAH é responsável ainda por provocar dificuldades familiares e escolares em crianças e adolescentes acometidas, além de outros resultados psicológicos negativos, comumente relacionados à comorbidades, com risco do desenvolvimento de condições como distúrbios de personalidade e possíveis condições psicóticas (BRASIL, 2022).

A prevalência mundial há aproximadamente 20 anos variava entre 3 a 5% das crianças em idade escolar, observando-se um aumento desses dados em pesquisas realizadas posteriormente para taxas entre 4 e 12% de crianças entre 6 e 12 anos de idade (VASCONCELOS *et al.*, 2003). Fala-se, atualmente, uma taxa de prevalência mundial média de 3 a 8% de crianças e adolescentes acometidos pelo distúrbio, enquanto nos adultos se menciona taxa a nível global de 2,5 a 3% (JERNELÖV *et al.*, 2019).

No Brasil, a prevalência e as características demográficas do TDAH são semelhantes ao que tem sido relatado mundialmente, desde as primeiras pesquisas realizadas quanto as perspectivas nacionais de incidência do transtorno (ARRUDA *et al.*, 2015). A prevalência de TDAH no território brasileiro é estimada em 7,6% em crianças e adolescentes com idade entre 6 e 17 anos, 5,2% em indivíduos entre 18 e 44 anos e 6,1% em indivíduos maiores de 44 anos com presença de sintomas de TDAH (BRASIL, 2022).

A persistência funcional dos sintomas na adolescência chega a 85% das crianças que foram diagnosticadas com o transtorno, enquanto a continuidade dessa morbidade na idade adulta alcança 50 a 70% das crianças outrora acometidas, sendo comum a associação do TDAH com outros (VASCONCELOS *et al.*, 2003).

O enfoque do estudo na infância se dá porque, além de o transtorno ser caracterizado como sendo de início precoce, somente poucas vezes acontecendo na adolescência, é um tanto controversa na comunidade científica a concordância com a possibilidade de haver o aparecimento dos sintomas do TDAH apenas na idade adulta. Ainda assim, mesmo que se concorde que é possível a manifestação do transtorno em indivíduos adultos, é certo que a relevância do estudo da terapêutica mais adequada a ser adotada em uma baixa idade é maior, haja vista repercutir diretamente na necessidade ou não de continuidade do tratamento quando do amadurecimento do indivíduo e na própria qualidade de vida (SENO, 2010).

No âmbito da assistência privada à saúde, o profissional médico tem autonomia para prescrever o que considera mais adequado ao paciente que lhe é submetido, dentro das disposições ético-profissionais vinculantes estabelecidas pelo órgão de classe e pelos órgãos sanitários, contudo, a discussão que ora se perfaz consiste na compreensão dos usos e práticas do Sistema Único de Saúde, mais precisamente da atenção primária à saúde, porta de entrada predominante do usuário na saúde pública brasileira, regida por princípios de equidade, universalidade e integralidade, os quais merecem ser respeitados e atendidos quando da padronização das orientações de tratamento.

Dessa forma, o estudo se justifica devido à prioridade que as discussões sobre o TDAH devem assumir na atenção primária à saúde pública brasileira, sobretudo diante da crescente procura da população por serviços de diagnóstico em saúde mental, na rede pública e na rede privada, voltados para a análise dos sintomas clássicos do transtorno de neurodesenvolvimento.

Através desse tema, será analisado o fenômeno da medicalização da infância e da vida, com uma breve explanação da sua repercussão na sociedade contemporânea, assim como o histórico e as repercussões da abordagem farmacológica para o TDAH no Brasil, com estudo da respectiva não aceitação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na atenção primária à saúde. Na busca por bases científicas para fundamentar a escolha do melhor manejo dos pacientes acometidos com sintomas do TDAH, questiona-se: Quais os achados disponíveis sobre a terapêutica do TDAH em crianças no âmbito da atenção primária à saúde?

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar, através de uma revisão integrativa, qual a terapêutica mais adequada do TDAH em crianças no âmbito da atenção primária à saúde.
- Analisar, através de uma revisão integrativa, as terapêuticas disponíveis para o TDAH em crianças na atenção primária à saúde brasileira, com enfoque nos usos e recursos disponíveis no âmbito da atenção primária à saúde do SUS.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Tratar das considerações iniciais sobre o TDAH;
- Conhecer o contexto da abordagem farmacológica na terapêutica do TDAH;
- Apresentar a terapêutica do TDAH recomendada pelos órgãos públicos brasileiros para crianças na atenção primária à saúde.

### 3 METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual fornece o conhecimento atual sobre uma temática específica e sintetiza resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo para a identificação da melhor maneira de abordagem no trato com o paciente (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Para analisar as terapêuticas disponíveis para o TDAH em crianças na atenção primária à saúde, com enfoque nos usos e recursos disponíveis no âmbito da atenção primária à saúde do SUS, desenvolveu-se um levantamento bibliográfico integrativo de artigos das bases de dados BVS, PubMed e SciELO, com termos escolhidos com a finalidade de obtenção dos melhores resultados. Chegou-se aos termos: “*Attention Deficit Disorder with Hyperactivity*”, *child* e “*Primary Health Care*”, separados pelo operador booleano AND, assim como aos seus correspondentes em português – “Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade”, criança e “Atenção Primária à Saúde” – e espanhol – “*Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*”, *niño* e “*Atención Primaria de Salud*” –, todos devidamente listados no DeCS/MeSH – Descritores em Ciências da Saúde, como os com maior aptidão para fornecer os resultados almejados.

Por se tratar de uma revisão integrativa da literatura, possui caráter descritivo, com abordagem qualitativa, sendo definida como aquela que privilegia a análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais por meio de um exame intensivo dos dados, e caracterizada pela heterodoxia no momento da análise (MARTINS, 2004). Foram utilizados como materiais e ferramentas o computador ou notebook para a pesquisa online, a ficha resumo para sintetização das informações colocadas na metodologia do artigo e o fluxograma. O estudo foi realizado com informações presentes nas bases de dados (*online*), acessadas a partir da localidade do pesquisador.

A revisão integrativa presente segue os critérios do PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises) para elaboração de revisões integrativas, que passa pelas etapas da busca por resultados a ser encontrados em cada uma das bases de dados eleitas pelo pesquisador; da demonstração do número de artigos localizados em cada uma delas, com a primeira exclusão com base no título ou resumo que são compatíveis ou não com os critérios delineados; da seleção de artigos, excluindo-se os duplicados; da avaliação dos artigos de

acordo com a leitura do texto completo e da análise da elegibilidade, com eliminação daqueles que não forem relacionados com o tema; e, finalmente, da seleção dos estudos que irão compor a revisão integrativa.

Para a análise dos dados, as seguintes etapas foram seguidas: eleição e enfoque na questão norteadora (problema) e objetivo do estudo, escolha dos descritores, busca em base de dados, seleção da amostragem (critérios de elegibilidade), categorização dos estudos (definição das informações a serem extraídas), avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão e síntese do conhecimento. Após a definição da amostra final dos artigos selecionados na revisão integrativa, realizou-se a apresentação dos resultados e a discussão do trabalho, operacionalizada seguindo-se os tópicos: Considerações iniciais sobre o TDAH; A abordagem farmacológica na terapêutica do TDAH; e Terapêutica do TDAH em crianças na atenção primária.

Como critério de inclusão, foram selecionados artigos que analisassem a terapêutica do TDAH em crianças no âmbito da atenção primária à saúde, correspondentes às publicações dos últimos 10 (dez) anos, do período de 2013 a 2023, disponíveis na íntegra. Como critério de exclusão, artigos científicos repetidos foram automaticamente excluídos, além de revisões da literatura (nas modalidades integrativas, sistemáticas ou narrativas).

É certo que existem riscos que permeiam qualquer pesquisa desenvolvida através do método da revisão integrativa de literatura, o qual, apesar de permitir ao pesquisador e ao destinatário do conteúdo levantado uma análise crítica sobre os resultados, conta com padrões de rigor metodológico que podem não fornecer resultados satisfatórios ou que podem culminar na restrição demasiada do objeto de estudo encontrado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Os benefícios desse objeto de pesquisa dizem respeito à necessidade de se conhecer os recursos de que o médico que atua na atenção primária à saúde dispõe para lidar com crianças diagnosticadas com TDAH, prezando pela máxima efetividade aos princípios e objetivos que regem o SUS brasileiro.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a busca com os descritores predeterminados, foram encontrados 2.225 artigos a partir do somatório das bases de dados BVS, PubMed e Scielo, os quais, após a aplicação dos critérios de elegibilidade, chegaram a 10 artigos incluídos no estudo. O percurso metodológico integral está disposto a seguir, iniciando-se com a sistematização em tabela dos resultados encontrados na busca nas bases de dados.

**Tabela 1.** Informações do número dos resultados encontrados nas bases de dados.

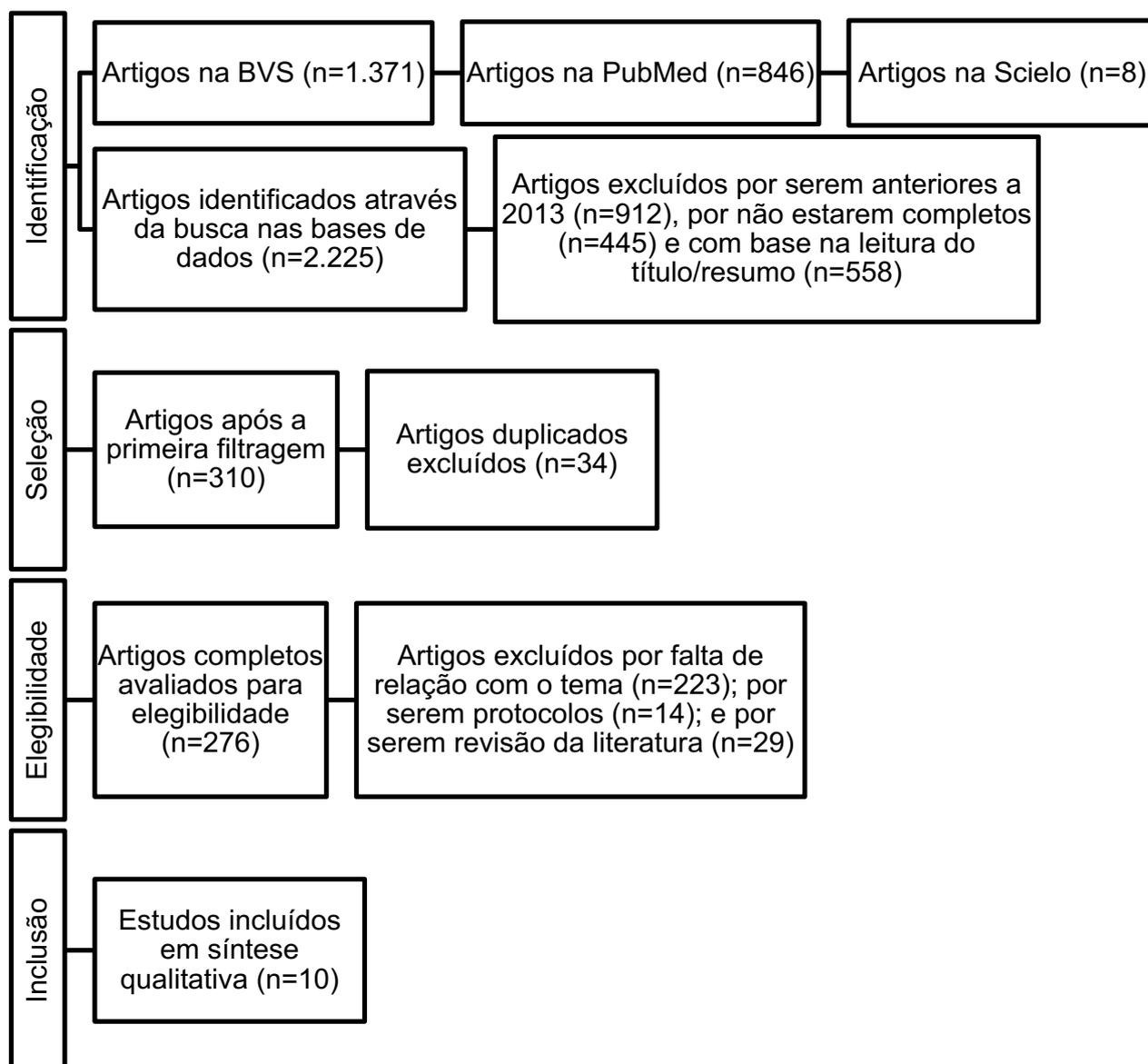
<b>Base de dados</b>	<b>Nº em inglês</b>	<b>Nº em português</b>	<b>Nº em espanhol</b>	<b>Total encontrado</b>
BVS	666	346	359	<b>1.371</b>
PubMed	846	0	0	<b>846</b>
Scielo	05	0	03	<b>08</b>
<b>TOTAL</b>				<b>2.225</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Após a aplicação do filtro para a publicação nos últimos 10 anos, de 2013 a 2023, dos 2.225 artigos disponíveis para análise, restaram 1.313 artigos em todas as bases de dados. Após aplicação do filtro para disponibilidade na íntegra, foram excluídos 445 artigos e restaram 868 artigos para análise. Após exclusão com base no título/resumo, por não serem pertinentes ao tema da pesquisa, restaram 310 artigos elegíveis para análise.

Dentre esses 310 artigos, 34 foram excluídos por estarem repetidos, restando 276 artigos para estudo, dentre os quais 29 correspondiam a revisões (sistemáticas, integrativas e narrativas), 14 diziam respeito a protocolos e 223 não possuíam uma relação com o tema a partir da leitura da íntegra da publicação disponibilizada nas plataformas, restando uma amostra final de 10 artigos selecionados para compor a revisão integrativa.

**Fluxograma 1.** Informações das fases da revisão interativa, consoante normas do PRISMA.



Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Após a eleição dos estudos compostos na revisão integrativa em comento, optou-se por dispor os dados mais relevantes em uma tabela informativa, dividida com os seguintes tópicos: título do artigo; objetivo do estudo; principais resultados encontrados e conclusão.

**Quadro 1** - Informações dos artigos selecionados na revisão integrativa.

Título do artigo	Objetivo do estudo	Principais resultados encontrados	Conclusão
<i>Primary Pediatric Care Psychopharmacology: Focus on medications for</i>	Estudar o Tratamento Multimodal do TDAH e uso de medicamentos antidepressivos em jovens com	Embora os medicamentos antidepressivos sejam eficazes para transtornos de ansiedade e transtornos depressivos na juventude, o conhecimento das preocupações e	As evidências que apoiam o uso de medicamentos estimulantes e não estimulantes em jovens com TDAH sugerem que

<p><i>ADHD, depression and anxiety.</i></p>	<p>transtornos depressivos e transtornos de ansiedade, com a apresentação dos dados disponíveis relacionados à previsão dos resultados do tratamento em jovens com transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e TDAH.</p>	<p>advertências sobre a tolerabilidade de medicamentos específicos são essenciais para o uso seguro e eficaz desses medicamentos na juventude. O conhecimento dos perfis específicos de alguns medicamentos discutidos neste artigo – paroxetina e venlafaxina em particular – sugere que os médicos de cuidados primários devem ter cautela com esses medicamentos e não devem usá-los como intervenções de primeira linha para crianças.</p>	<p>esses agentes são eficazes e geralmente bem tolerados, mas, como os antidepressivos, é necessário conhecer seus efeitos colaterais e perfis de segurança para utilizar efetivamente esses medicamentos.</p>
<p><i>The Children's Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Telemental Health Treatment Study: Caregiver Outcomes</i></p>	<p>Estudar o tratamento de saúde do TDAH infantil através do teleatendimento, sob a perspectiva do cuidador.</p>	<p>O acesso a cuidados de saúde mental com suporte empírico para crianças com TDAH varia entre as áreas geográficas. Em áreas não metropolitanas, o acesso à psiquiatria e psicologia com profissionais com treinamento especializado em cuidados de saúde mental infantil é limitado. Esta lacuna de serviço é preenchida por prestadores de cuidados primários que diagnosticam e prescrevem medicamentos e terapeutas comunitários que fornecem psicoterapia, no entanto, a maioria deles não fornece tratamento farmacológico consistente com as diretrizes de melhores práticas e a maioria dos terapeutas não fornece as intervenções comportamentais baseadas em evidências indicadas para o TDAH.</p>	<p>Novos modelos de atendimento são necessários para levar conhecimentos de saúde mental infantil a comunidades carentes e promover a oferta de tratamentos de saúde mental baseados em evidências.</p>
<p><i>Global Mental Health and Pharmacology: The Case of Attention Deficit and Hyperactivity Disorders in Brazil</i></p>	<p>Destacar como o diferencial no discurso molda o debate sobre o TDAH no Brasil e como isso pode contribuir para a agenda do grupo <i>Global Mental Health (GMH)</i>, instrumentalizado por: 1) analisar brevemente os estudos sobre GMH e TDAH; 2) conhecer os estudos brasileiros sobre o tema, considerando as especificidades quanto à constituição do campo da saúde mental; 3) debater a lacuna terapêutica x medicalização no país, a fim de destacar as</p>	<p>Global Mental Health (GMH) é o campo de estudo, pesquisa e intervenção, que visa melhorar o acesso à saúde mental em todo o mundo. Baseia-se na carga global do programa de pesquisa de doenças e na existência de uma grande "lacuna de tratamento" entre a necessidade e a disponibilidade de serviços de saúde mental, exibindo os custos individuais e sociais de transtornos mentais não diagnosticados e não tratados, especialmente em baixa e média - países de renda (LMIC). Poucas publicações acadêmicas no Brasil dialogam diretamente com o campo da GMH, embora vários temas retirados de sua pauta tenham sido objeto de políticas de saúde mental no país. As discussões sobre o TDAH opõem-se àqueles que argumentam que a condição é subdiagnosticada e subtratada, e àqueles que afirmam que há sobrediagnóstico e sobretratamento e, portanto, medicalização da infância.</p>	<p>O Brasil pode ser classificado como um país de renda média com um sistema nacional de saúde bem estruturado. Este sistema é voltado para a atenção primária à saúde, que integra tanto os serviços comunitários de saúde mental quanto a rede mais ampla de atenção à saúde. O debate entre defensores e críticos do GMH trouxe à tona velhas controvérsias na psiquiatria, como a universalidade ou especificidade cultural dos transtornos mentais, suas expressões e sua relação com fatores sociais e econômicos. O apelo para preencher a lacuna de tratamento e fortalecer o acesso a (principalmente)</p>

	potencialidades e limitações de cada perspectiva.		intervenções farmacológicas é visto com desconfiança por aqueles que argumentam que, na ausência de limites claros para a patologia, a falta de biomarcadores confiáveis e a variação da prevalência entre países, regiões e mesmo cidades.
<i>Evaluación de los efectos positivos de un tratamiento multimodal para niños con déficit atencional con hiperactividad en la atención primaria de salud desde la perspectiva de madres usuarias</i>	Conhecer qual é a percepção dos efeitos de um tratamento multimodal em mães com filhos diagnosticados com TDAH, em um Centro de Saúde da Família.	Os resultados indicam a percepção de efeitos em: desenvolvimento individual da criança, dinâmica familiar e ambiente escolar. Em relação ao desenvolvimento individual da criança, foram identificadas percepções dos efeitos do tratamento nas áreas emocional, comportamental e social. Na dinâmica familiar são reconhecidos dois aspetos, um relacionado com o desempenho do papel de pais e outro referente à relação entre pais e filhos. Quanto à percepção dos efeitos do tratamento no ambiente escolar, identificam-se melhorias na adaptação escolar, desempenho, relacionamento interpessoal e comportamento escolar. Discute-se o progresso percebido no campo afetivo, no qual se observam melhoras na autoestima, amadurecimento emocional, autoconfiança e relações sociais de melhor qualidade que repercutem favoravelmente em uma melhor qualidade de vida para a criança e sua família.	Salienta-se a necessidade de uma visão despatologizante e integral da criança nos processos de intervenção, com ênfase nas suas competências e interação familiar, onde os processos de reorganização, mudanças de papéis e padrões parentais sejam mais funcionais às necessidades da criança.
<i>Effects of Discontinuing Methylphenidate on Strengths and Difficulties, Quality of Life and Parenting Stress</i>	Estudar os efeitos da descontinuação do uso de metilfenidato a longo prazo em medidas de resultados secundários de pontos fortes e dificuldades, qualidade de vida e estresse parental.	Pontuações de hiperatividade/desatenção do SDQ avaliado pelos pais e professores (diferença na mudança média ao longo do tempo de, respectivamente: -1,1 [intervalo de confiança de 95%, IC, -2,0 a -0,3]; p = 0,01; -2,9 [95 % CI -2,9 a -0,7; p = 0,01]) e pontuações opostas do CTRS-R:S avaliado pelo professor (diferença na mudança média -1,9 95% CI [-3,1 a -0,6; p < 0,01]) deteriorou-se para uma extensão significativamente maior no grupo de descontinuação do que no grupo de continuação. Não se encontraram efeitos em outros domínios de sintomas, agressão, qualidade de vida e estresse parental após a descontinuação do metilfenidato.	Nosso estudo sugere efeitos benéficos do uso prolongado de metilfenidato além de 02 anos para comportamentos de oposição no ambiente escolar. Da mesma forma, efeitos benéficos foram encontrados nos sintomas de hiperatividade-desatenção conforme classificados pelas escalas de pais e professores, confirmando nosso estudo primário sobre as classificações do investigador do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. No entanto, a descontinuação do metilfenidato não pareceu ter impacto sobre outros problemas comórbidos ou

			aspectos do funcionamento da criança ou dos pais.
<i>Methylphenidate improves some but not all measures of ATTENTION, as measured by the TEA-Ch in medication-naïve children with ADHD.</i>	Analisar segundo os parâmetros de avaliação do Teste de Atenção Diária para Crianças (TEA-Ch) a melhora das medidas de atenção em crianças que utilizam e não utilizam o metilfenidato.	Um efeito benéfico da administração de MPH (metilfenidato) foi encontrado em pelo menos um subteste de cada uma das três formas de atenção (seletiva, sustentada e controle atencional) avaliadas pelo TEA-Ch, independente dos efeitos da prática. MPH auxiliou o desempenho nas tarefas TEA-Ch que eram inerentemente não excitantes e que podem exigir controle de atenção de cima para baixo.	Recomenda-se que outros critérios como a atenção seletiva, a atenção sustentada, o controle da atenção e a medição de tempo de atenção sejam parâmetros priorizados em avaliações futuras, a fim de se saber efetivamente os benefícios farmacológicos do MPH.
<i>Creativity in children with ADHD: Effects of medication and comparisons with normal peers</i>	Identificar o desempenho de crianças com e sem TDAH em avaliações de criatividade abertas e fechadas e investigar o efeito moderador de crianças medicadas e não medicadas.	Embora as evidências anteriores de criatividade em crianças com TDAH tenham sido confusas, este estudo inclui medicação como variável de moderação e sugere que o desempenho de crianças não medicadas com TDAH nas avaliações abertas de criatividade foi melhor do que crianças medicadas com TDAH e crianças com desenvolvimento típico. Os resultados do estudo podem explorar ainda mais as características de criatividade de crianças com TDAH.	Há evidências para as vantagens das crianças não medicadas com TDAH em pensamento divergente sobre o grupo medicado e o grupo com desenvolvimento típico em termos de desempenho em testes de fluência, flexibilidade e originalidade na criatividade. O grupo não medicado de crianças com TDAH se destacou na avaliação do pensamento divergente em relação à criatividade aberta e possivelmente tem um potencial mais promissor no campo da arte.
<i>Minors using Ritalin: obstacles in Primary Health Care surveillance</i>	Compreender como ocorre o acompanhamento de crianças e adolescentes em uso de Ritalina pelos profissionais enfermeiros das unidades Estratégias Saúde da Família.	Emergiram três categorias: (Des)conhecimento sobre a população usuária de Ritalina; sobre a corresponsabilização do processo assistencial e as dificuldades enfrentadas para o acompanhamento do uso da Ritalina; Saberes e fazeres da atenção primária no cenário de utilização da Ritalina; A prescrição da Ritalina como demanda da instituição escolar.	O acompanhamento das crianças e adolescentes em uso de Ritalina está fragilizado, sendo necessário que a atenção primária à saúde se estruture, amplie e fortaleça os cuidados a essa população.
<i>ADHD Treatment in Primary Care: Demographic Factors, Medication Trends, and Treatment Predictors</i>	Determinar a prevalência e as características de menores com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em Ontário, Canadá, e determinar os preditores de prescrições de medicamentos psicotrópicos em menores com TDAH.	A prevalência de TDAH foi de 5,4% (7,9% homens, 2,7% mulheres). Jovens com TDAH tinham comorbidades psiquiátricas significativas. A maioria (70,0%) dos pacientes com TDAH recebeu prescrições de medicamentos estimulantes ou não estimulantes para o TDAH. Prescrições de antipsicóticos foram fornecidas a 11,9% dos pacientes com TDAH versus 0,9% dos pacientes sem TDAH. Prescrições de antidepressivos foram fornecidas a 19,8% versus 5,4% dos pacientes com e sem TDAH,	Jovens com TDAH têm mais comorbidades psiquiátricas do que jovens sem TDAH. A maioria dos jovens com TDAH recebeu medicamentos estimulantes e um número significativo recebeu medicamentos psicotrópicos adicionais, com consulta psiquiátrica prevendo o uso de medicamentos.

		<p>respectivamente. Preditores de prescrições de antidepressivos foram aumento da idade (odds ratio [OR], 1,14; intervalo de confiança [IC] de 95%, 1,07 a 1,21), consulta psiquiátrica (OR, 2,04; IC 95%, 1,16 a 3,58) e diagnósticos de ansiedade e depressão (OR, 18,4; IC 95%, 8,03 a 42,1), enquanto o único preditor de prescrição de antipsicóticos foi a consulta psiquiátrica (OR, 3,85; IC 95%, 2,11 a 7,02).</p>	
<p><i>Factors Associated with Attention Deficit Hyperactivity Disorder Medication Use in Community Care Settings</i></p>	<p>Examinar os fatores no nível do paciente e do profissional associados ao recebimento de tratamento medicamentoso para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e (TDAH) em um ambiente de atendimento comunitário.</p>	<p>69% das crianças receberam prescrição de medicamentos para TDAH no ano seguinte à apresentação inicial para problemas relacionados ao TDAH. Onze dos 31 preditores demonstraram uma relação bivariada significativa (<math>p &lt; 0,05</math>) com a prescrição de medicamentos. No modelo multivariado, ser do sexo masculino (OR=1,34, IC95%: 1,01-1,78, <math>p=0,02</math>), residir em um bairro com maiores gastos médicos (OR=1,11 para cada \$100 de aumento, IC95%: 1,03-1,21, <math>p=0,005</math>) e pontuações mais altas nas classificações de desatenção dos pais (OR=1,06, IC 95%: 1,03-1,10, <math>p &lt; 0,0001</math>) aumentaram a probabilidade de prescrição de medicamentos para o TDAH.</p>	<p>Algumas crianças, com base em características sociodemográficas e clínicas, são menos propensas a receber uma prescrição de medicamentos para TDAH. Um próximo passo importante será examinar a fonte e as razões dessas disparidades em um esforço para desenvolver estratégias para minimizar as barreiras ao tratamento.</p>

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2023.

Após a síntese dos principais resultados encontrados e das conclusões dos estudos selecionados, optou-se por discutir os principais tópicos levantados nessas pesquisas. O estudo foi desenvolvido nos seguintes tópicos: na primeira seção, serão analisadas as considerações iniciais sobre o TDAH, incluindo a conceituação, os critérios diagnósticos, a etiologia e a epidemiologia; na segunda seção, será explanado em linhas gerais o contexto da abordagem farmacológica na terapêutica do TDAH, com a definição de terapêutica e de abordagem farmacológica, a análise do metilfenidato e a reflexão sobre a medicalização da infância e da vida; na terceira seção, será vista a terapêutica do TDAH em crianças e adolescentes na atenção primária à saúde, com o estudo da compatibilização das alternativas disponíveis com as diretrizes norteadoras da atenção básica e das recomendações oficiais no âmbito do SUS.

#### 4.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE O TDAH

O TDAH “é considerado uma condição do neurodesenvolvimento, caracterizada por uma tríade de sintomas envolvendo desatenção, hiperatividade e impulsividade em um nível exacerbado e disfuncional para a idade” (BRASIL, 2022, p. 2). A prevalência mundial há aproximadamente 20 anos variava entre 3 a 5% das crianças em idade escolar, observando-se um aumento desses dados em pesquisas realizadas posteriormente para taxas entre 4 e 12% de crianças entre 6 e 12 anos de idade (VASCONCELOS *et al.*, 2003). Fala-se, atualmente, uma taxa de prevalência mundial média de 3 a 8% de crianças e adolescentes acometidos pelo distúrbio, enquanto nos adultos se menciona taxa a nível global de 2,5 a 3% (JERNELÖV *et al.*, 2019).

Existem várias causas possíveis do TDAH atribuídas pela comunidade científica contemporaneamente, dentre elas estão a hereditariedade, a má qualidade de substâncias ingeridas na gestação, o sofrimento fetal no curso do parto, a exposição a chumbo e outros metais pesados, a ocorrência de problemas familiares e outros, sendo que o fator genético ganha ressaltado diante da probabilidade de uma criança ser diagnosticada com TDAH aumentar oito vezes caso os pais tenham sido identificados com o transtorno (SENO, 2010). Embora as causas do TDAH não tenham sido ainda elucidadas completamente, prevalece que essa manifestação se trata de uma doença de origem multifatorial, resultante da interação com fatores genéticos, neurobiológicos e ambientais, todos determinantes para sua ocorrência (CONITEC, 2020).

No Brasil, a prevalência e as características demográficas do TDAH são semelhantes ao que tem sido relatado mundialmente, desde as primeiras pesquisas realizadas quanto as perspectivas nacionais de incidência do transtorno (ARRUDA *et al.*, 2015). A prevalência de TDAH no território brasileiro é estimada em 7,6% em crianças e adolescentes com idade entre 6 e 17 anos, 5,2% em indivíduos entre 18 e 44 anos e 6,1% em indivíduos maiores de 44 anos com presença de sintomas de TDAH (BRASIL, 2022).

A persistência funcional dos sintomas na adolescência chega a 85% das crianças que foram diagnosticadas com o transtorno, enquanto a continuidade dessa morbidade na idade adulta alcança 50 a 70% das crianças outrora acometidas, sendo comum a associação do TDAH com outros (VASCONCELOS *et al.*, 2003). É comum que as dificuldades desse neurodesenvolvimento comprometido causadas pelo TDAH somente restem evidenciadas quando as responsabilidades e a

independência dos acometidos aumentem, por exemplo, no momento da avaliação em contexto escolar, na realização de tarefas sem a supervisão dos pais e no gerenciamento de atividades por sua conta e risco, sem a presença ativa dos responsáveis (BRASIL, 2022).

Desde o começo do estudo das taxas de prevalência de TDAH em crianças e adultos, percebe-se que há uma grande variação dessas taxas, seja a nível mundial, seja a nível nacional, sobretudo quando se analisam os estudos de predominância mais recentes, fator que reforça a hipótese dos que entendem o TDAH como um traço distintivo da individualidade humana que não caracteriza um transtorno propriamente dito, fenômeno que seria mais bem qualificado como uma variação biológica normal de alguns indivíduos, ideia que ganha robustez pela ausência de base biológica científica sólida que fundamente o TDAH em seus aspectos conceituais e de diagnóstico (SIGNOR; BERBERIAN; SANTANA, 2017).

O diagnóstico do TDAH é controverso, mas se dá a partir de uma avaliação clínica e psicossocial completa, sendo realizado por um médico psiquiatra, por um pediatra ou por outro profissional médico, com necessário envolvimento de equipe multidisciplinar (BRASIL, 2022). Tradicionalmente, recomenda-se, para que haja a necessidade de encaminhamento da criança para a Psiquiatria Pediátrica ou para a Neurologia Pediátrica, a percepção de condições clínicas como: 1) diagnóstico de TDAH mediante a percepção de pelo menos seis sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, considerando resposta de pais e educadores pelo prazo de 06 meses de avaliação da criança; e 2) persistência dos sintomas após 04 semanas de tratamento farmacológico com metilfenidato (doses iniciais de 5 mg 01 ou 02 vezes ao dia); ou a associação do diagnóstico com outras comorbidades psiquiátricas (UFRGS, 2018).

Em adultos, algumas condições clínicas indicam a necessidade de encaminhamento, como a verificação de sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade presentes por mais de seis meses ou persistência de sintomas de TDAH em pacientes que estão sendo submetidos a tratamento ou cenário de diagnóstico de TDAH associado a transtorno por uso de substâncias grave ou mesmo paciente com ideação suicida persistente (UFRGS, 2016).

Na tentativa de se encontrar critérios objetivos de identificação do TDAH em crianças e adolescentes, analisou-se a imagem de cérebros de pessoas diagnosticadas com transtorno a fim de serem percebidos traços distintivos com

relação a indivíduos considerados “normais”, contudo, as imagens dos estudos encontrados não revelaram traços distintivos satisfatórios ou apresentaram problema de método, haja vista a variável do uso prévio ou continuado de medicação estimulante não ser considerada, fato que condiciona a observação biológica constitutiva porque o uso de drogas psicotrópicas traz efeitos transitórios ou persistentes para o funcionamento e para a estrutura do sistema nervoso central (SIGNOR; BERBERIAN; SANTANA, 2017).

O Instituto Nacional de Saúde Americano destaca a subjetividade excessiva no diagnóstico do TDAH, sem olvidar que pode haver certa confiabilidade no uso de métodos de entrevista de diagnóstico bem testados, devendo mais pesquisas ser realizadas para se colocar e enquadrar firmemente o TDAH como sendo distúrbio cerebral (NIH, 1998). Esforços como “descrição cuidadosa dos casos, uso de critérios diagnósticos específicos, estudos repetidos de acompanhamento, estudos familiares (incluindo estudos de gêmeos e adoção), estudos epidemiológicos e estudos de tratamento de longo prazo” (NIH, 1998) são mecanismos para validação científica correta do TDAH como transtorno propriamente dito.

#### 4.2 A ABORDAGEM FARMACOLÓGICA NA TERAPÊUTICA DO TDAH

Convém iniciar essa discussão esclarecendo o conceito de terapêutica, a fim de que a abordagem conceitual permita a melhor compreensão dos institutos em análise. A palavra “terapêutica” é uma tradução do grego *therapeutiké* e significa a ciência de se escolher as terapias (meios) mais adequadas ao trato das doenças, assumindo a qualidade de ramo da Medicina, ao lado da anamnese, do diagnóstico e do prognóstico, sendo aplicada na linguagem médica corrente como sinônima de tratamento, sendo, contudo, um termo mais amplo, por significar a ciência do tratamento das doenças (REZENDE, 2010).

A abordagem farmacológica, consistente na escolha e uso de medicamentos para o tratamento de sinais e sintomas de doenças, para qualquer tipo de patologia ou transtorno, ultrapassa o campo biomédico e alcança implicações sociais, econômicas, antropológicas e epidemiológicas, pelas repercussões que acompanham a indicação de um fármaco como terapêutica principal para um diagnóstico (CALIMAN; RODRIGUES, 2014).

Há, no Brasil, dois medicamentos aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como abordagem farmacológica para o tratamento do TDAH, embora não haja a recomendação de dispensação de nenhum desses no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): o cloridrato de metilfenidato e o dimesilato de lisdexanfetamina, ambos estimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC) (CONITEC, 2020).

O metilfenidato – comercializado no Brasil como Ritalina®, Ritalina® LA e Concerta® – é um fármaco que atua na estimulação do SNC, similarmente às anfetaminas, sendo considerada a primeira escolha no tratamento farmacológico em casos de TDAH, atuando a partir de mecanismos como inibição da recaptação da dopamina e da noradrenalina, aumentando a concentração desses neurotransmissores na fenda sináptica; liberação de dopamina nos neurônios pré-sinápticos; e bloqueio sobre a enzima monoaminoxidase, provocando o fenômeno da normalização biológica das atividades do circuito córtex cingulado anterior ventral e cingulado posterior e melhora das interações funcionais com o córtex pré-frontal lateral (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2015).

A anfetamina foi sintetizada pela primeira vez na Alemanha, em 1887, mas foi utilizada somente quarenta anos depois na medicina como substância que aliviava a fadiga, atuava como descongestionante nasal, facilitava o controle da asma e servia como estimulante do SNC, sendo o metilfenidato (MPH) descoberto somente na década de 1940 (BRANT; CARVALHO, 2012). Embora o metilfenidato tenha sido descoberto somente no início da década de 1940, o princípio ativo MPH somente chegou ao Brasil em 1998 (CIM-UFPB, 2020).

O metilfenidato passou a ser utilizado a partir dos anos 1950 como instrumento de alívio de fadiga crônica, não estando originariamente relacionado a diagnósticos psiquiátricos e não havendo nenhum diagnóstico específico para seu uso, sendo também aplicado para emagrecimento, para melhora da performance atlética e aumento do desempenho intelectual, somente nos últimos anos sendo conhecida por sua associação ao TDAH, ocasião em que houve um alavanco nas vendas do produto e a colocação no mercado como um dos estimulantes mais consumidos no mundo (ITABORAHY, 2009).

Os primeiros estudos envolvendo o metilfenidato, datados das décadas de 1970 e 1980, constataram que a eficácia obtida no tratamento de crianças era maior que a dos adultos, alcançando a marca de 70% a 80% de eficácia, causando a

popularização do fármaco, mesmo com os esclarecimentos de que a justificativa para a sobrelevada produção de efeitos positivos estava relacionada à dosagem utilizada - a dose utilizada nos adultos variava em torno de 0,5 mg/kg/dia, muito inferior em relação à dose utilizada em crianças (1,0 mg/kg/dia) (LOUZÃ; MATTOS, 2007).

Há, contudo, efeitos adversos negativos comumente verificados como perda de apetite, insônia, irritabilidade, cefaleia e sintomas gastrointestinais, além de efeitos controversos que merecem ser mencionados, como a interferência do metilfenidato no crescimento, o potencial de abuso desse fármaco, o aparecimento de consequências ainda não mapeadas, porém indesejadas, decorrentes da suspensão do tratamento por breves períodos, como em férias ou finais de semana, e a morte súbita (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2015).

A indissociabilidade entre o TDAH e a Ritalina® construída ao longo dos anos 1980 e 1990 trouxe consigo o fenômeno da ampliação dos critérios diagnósticos para o TDAH e o conseqüente aumento do número de prescrições do metilfenidato, como resultado do pleito dirigido à comunidade científica pela expansão diagnóstica (ORTEGA *et al.*, 2010). Ampliar os critérios de inclusão diagnóstica aumenta o uso dos medicamentos recomendados para o tratamento da patologia diagnosticada, no caso do TDAH, a ocorrência de casos limítrofes que não preenchem critérios diagnósticos clássicos impossibilita a indicação do tratamento medicamentoso, caso por que a expansão de critérios diagnósticos é buscada no lugar da restrição do uso do medicamento aos casos em que o diagnóstico é indubitável (ORTEGA *et al.*, 2010).

Ressalte-se que há de se alertar para a situação de que em ensaios clínicos, dentre eles os que discutem a eficácia do uso de fármacos e os efeitos adversos, os pacientes acabam por ser cuidadosamente selecionados para que logrem uma alta probabilidade de sucesso no tratamento, não sendo selecionados indivíduos que eventualmente não respondam aos medicamentos ou que tenham algum histórico de intolerância a eles – o que acaba por ser comum na população em geral – desaguando no fenômeno de se subestimar a incidência dos efeitos adversos dentre os usuários em geral, ademais, persiste a situação de que as empresas farmacêuticas são as financiadoras das pesquisas de fármacos no mundo, sendo conveniente para elas que sejam priorizados resultados positivos dos seus produtos

para serem publicados, gerando necessidade de cautela na análise e reprodução (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2015).

As evidências que apoiam o uso de medicamentos estimulantes e não estimulantes em jovens com TDAH sugerem que esses agentes são eficazes e geralmente bem tolerados entre crianças, contudo, assim como os antidepressivos, é necessário conhecer seus efeitos colaterais e perfis de segurança para utilizar efetivamente esses medicamentos, sendo extremamente importante considerar intervenções psicossociais no tratamento de transtornos de saúde mental na juventude, eis que a psicoterapia pode ter efeitos salutares tanto nos resultados sintomáticos quanto no funcionamento na juventude (STRAWN; DOBSON; GILES, 2017).

O metilfenidato é considerado a principal tecnologia médica moderna, deixando à mostra o fenômeno da patologização e da medicalização das insatisfações cotidianas, mais especificamente com as problemáticas do número excessivo de diagnósticos em crianças e adultos, da patologização de questões de ordem educacional e da expansão do uso não médico do medicamento, do qual jovens e adultos fazem uso para melhora da performance cognitiva, para perda de peso ou com finalidade recreativa (CALIMAN; RODRIGUES, 2014).

Brant e Carvalho (2012) chegam a defender a ideia de que há uma conjugação de forças para não trazer à luz da ciência o fato de que a partir da produção do metilfenidato que se cria a patologia do TDAH, na tentativa de se criar um imenso mercado consumidor, inventando-se primeiro o remédio e depois a doença. Santos (2017) corrobora esse indicativo ao mencionar que a relação entre a indústria farmacêutica e o campo biomédico pode ser responsável pela propagação hodierna de diferentes transtornos, sombreando expressões de sofrimentos e dificuldades inerentes ao regular curso da vida agravadas pelas condições de vida da sociedade capitalista.

Argumentos como a ausência de dependência em razão do uso, mesmo contínuo, da substância fortalecem a tese dos que defendem a desnecessidade do rigor no controle do metilfenidato, os quais advogam que deve ser adotado, por exemplo, o receituário azul, providência simples que implicaria em respostas como facilitação ao tratamento, menor amedrontamento de pais e responsáveis por crianças submetidas à terapêutica, redução da marginalização e do estigma sobre os que necessitam do medicamento e diminuição da resistência e da inibição do uso

do fármaco (BRANT; CARVALHO, 2012). É de se esclarecer que a não causação de dependência é um argumento de origem eminentemente teórica, haja vista a ausência de pesquisas clínicas sobre o assunto.

Não se deve confundir a controvérsia da afirmação de que não há dependência no uso do metilfenidato com a assertiva de que há redução da tendência de uso de outras substâncias psicoativas promovida pelo uso do metilfenidato, justamente porque, quanto à primeira ideia, não há dados suficientes disponíveis sobre a dependência e o uso de estimulantes em longo prazo e, quanto à segunda, parece estar mais relacionada à colocação do TDAH como fator de risco para o uso de substâncias psicoativas, incluindo o desenvolvimento do abuso de drogas, de maneira que a redução desse sintoma reduziria o próprio risco provocado pelo transtorno (ORTEGA *et al.*, 2010).

O uso de fármacos para a terapêutica do TDAH pode ser inserido dentro do fenômeno em ascensão da 'medicalização da vida', que consiste no conjunto de ações e serviços que querem solucionar os sofrimentos e dificuldades que permeiam o viver, a partir da transformação das intempéries causadas pelas relações sociais em classificações patológicas passíveis de diagnóstico e tratamento por profissionais, com a respectiva prescrição medicamentosa (SANTOS, 2017).

Não se deve confundir medicalização com medicação, haja vista os medicamentos historicamente representarem avanços da ciência no controle do sofrimento e no tratamento de doenças. O fenômeno da medicalização, que pode ou não vir acompanhado da prescrição medicamentosa, diz respeito a um crescente processo de explicar e conduzir a vida a partir da patologização de comportamentos humanos outrora considerados normais, ampliando o campo de intervenção da biomedicina, ressaltado pelo papel da indústria farmacêutica na produção de medicamentos e na propagação de transtornos (SANTOS, 2017).

A conformação contemporânea dos fenômenos sociais faz com que seja necessário o desenvolvimento de profissionais ainda mais capacitados nas diversas áreas do conhecimento, mormente na saúde, aptos a ultrapassar a barreira do uso indiscriminado das hipóteses organicistas e de causa e efeito para a explicação dos fenômenos e a atentar para causas de ordem não biológica para acometimentos sem base física sólida (SIGNOR; BERBERIAN; SANTANA, 2017).

Diante desses apontamentos estudados, foram desenvolvidas estratégias para a recepção, diagnóstico e tratamento do paciente com sintomas de TDAH no

âmbito da atenção primária à saúde, considerando-se os valores norteadores do SUS e os impactos que o uso de fármacos possui no âmbito da rede pública de saúde e na saúde dos indivíduos para escolha da melhor terapêutica para o transtorno.

#### 4.3 TERAPÊUTICA DO TDAH EM CRIANÇAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A atenção primária à saúde é a principal porta de entrada do SUS e se comunica com toda a rede pública de atenção e cuidado, caracterizada por um conjunto de ações que abrangem aspectos como a promoção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a redução de danos, em âmbito individual e coletivo, com estratégias de cuidado capazes de desenvolver uma atenção integral, atendendo aos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (BRASIL, 2020).

A opção pelo enfoque na terapêutica da criança e do adolescente se dá porque a proeminência dos sintomas do TDAH ocorre na primeira infância, no máximo na adolescência, sendo controverso o aparecimento de sintomas somente na idade adulta, ou seja, o manejo do indivíduo adulto tende a perpassar pela terapêutica recebida no curso da tenra idade, ademais, dependendo da eficácia da abordagem eleita para a criança e o adolescente, nas reavaliações do jovem com TDAH, pode ocorrer de sequer ser necessária a continuidade do eventual tratamento recebido no curso da idade adulta, ou, sendo necessário o tratamento, devem ser feitos arranjos para uma transição suave para os serviços de adultos, com detalhes do tratamento previsto e dos serviços que o jovem necessitará (BRASIL, 2022).

Contemporaneamente, reconhece-se a importância e as especificidades que as ingerências na infância e na adolescência acarretam durante toda a vida da pessoa, incidindo fatores como as novas concepções de família, a reformulação dos papéis ínsitos à maternidade, a institucionalização da pequena infância em espaços fora do contexto familiar, o aumento de exposição a telas, o amplo acesso à informação, a colocação do indivíduo em baixa idade no mercado consumidor, a imobilidade progressiva pelo uso imoderado de recursos elétricos e eletrônicos, dentre outros, que exacerbam os sintomas de irritação, agitação, hiperatividade e agitação – quadros compatíveis com os sintomas diagnósticos do TDAH – e que

devem ser considerados na formulação das estratégias de cuidado em saúde (VECTORE *et al.*, 2018).

A mudança das condições às quais os infanto-juvenis são submetidos faz com que haja uma tendência de se considerar o seu comportamento como típico dos sintomas característicos do TDAH, contudo, como dito, há fatores contemporâneos que repercutem diretamente na reatividade dos menores, causando irritação, hiperatividade, desatenção, compatíveis com o TDAH, desaguando numa tendência de patologização de características que por vezes são reações ao cenário de vida em que estão inseridos (VECTORE *et al.*, 2018).

A Portaria SCTIE/MS nº 9/2021 (BRASIL, 2021) tornou pública a decisão de não incorporar a lisdexanfetamina e o metilfenidato para o tratamento do TDAH em crianças e adolescentes entre 06 e 17 nos no âmbito do SUS, com fundamentação no relatório de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) supramencionado, sendo considerados aspectos como a fragilidade das evidências que sustentam a eficácia e a segurança destes tratamentos para TDAH, o elevado aporte de recursos financeiros apontados na análise de impacto orçamentário e a fatores como número pequeno de participantes da maioria dos estudos primários, o curto tempo de acompanhamento (máximo 20 semanas), baixo o grau de confiança das evidências.

Recentemente, no âmbito do SUS, por meio da Portaria Conjunta nº 14/22 (BRASIL, 2022), aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, diante da necessidade do estabelecimento de parâmetros nacionais do TDAH para o desenvolvimento de diretrizes de diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença, não havendo nenhuma preconização de uso de medicamentos para o manejo do TDAH no âmbito da atenção primária em saúde no SUS. Com esse documento, houve uma mudança do tradicional paradigma da medicalização para o manejo do TDAH no âmbito da atenção básica ou primária em saúde, diante da evolução de estudos que denotam a importância da cautela na adoção de terapêutica farmacológica inicial para o transtorno.

Numa revisão sistemática sobre a eficácia do uso do metilfenidato ou lisdexanfetamina para o tratamento de TDAH em crianças e adolescentes de 6 a 17 anos, os resultados sobre os efeitos desejáveis foram moderados, havendo certa melhora as sintomatologia nos que utilizaram os fármacos, sendo os resultados dos

tratamentos ativos superiores aos do placebo, contudo, não havendo diferença entre os medicamentos analisados (BRASIL, 2022).

Atualmente, o único recurso disponível para o tratamento de TDAH no SUS é a psicoterapia, realizada individualmente ou em grupo, cujo tipo de abordagem fica a cargo do terapeuta, não havendo oferta farmacológica no sistema público de saúde brasileiro (CONITEC, 2020). Uma avaliação sobre os resultados da eficácia e segurança do metilfenidato, em suas liberações imediata e prolongada, e da lisdexanfetamina revelou o nível baixo para a qualidade geral das evidências de melhora clínica e muito baixo para a apresentação de efeitos adversos gerais, não compensando o elevado impacto orçamentário com a baixa de evidências clínicas verificada (CONITEC, 2020).

O tratamento do TDAH recomendado pelo Ministério da Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2022) no que tange ao gerenciamento do transtorno, dada a complexidade dessa condição, inclui a intervenção multimodal, com abordagem não medicamentosa, mais precisamente com intervenções cognitivas e comportamentais para a melhora dos sintomas, sendo a forma de tratamento mais bem estabelecida, recomendada e amplamente utilizada.

No plano de tratamento não medicamentoso, os profissionais devem enfatizar o valor de uma dieta equilibrada, da boa nutrição e do regular exercício físico para pessoas com TDAH, além de intervenções psicossociais, comportamentais e de habilidades sociais, cujo destaque é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), termo genérico que contempla várias abordagens do modelo cognitivo comportamental, com técnicas que possibilitam que o paciente seja capaz de reestruturar suas crenças por meio de perspectivas mais adaptativas, suprimindo ou amenizando os comportamentos condicionados, mal adaptativos e modificando suas crenças, emoções, pensamentos e sensações, culminando no desenvolvimento da técnica de aquisição de habilidades comportamentais duradouras (BRASIL, 2022).

As técnicas utilizadas no tratamento do TDAH são divididas em cognitivas e comportamentais. As técnicas cognitivas mais usadas são “reestruturação cognitiva, solução de problemas, diálogo interno, treinamento de autocontrole, autorreforço e treino de autoinstrução” (BRASIL, 2022, p. 9), enquanto as técnicas comportamentais são “automonitoramento e autoavaliação, sistema de recompensas, sistema de fichas, custo de resposta, punições, tarefas de casa,

modelagem, dramatizações, além de treinamento de comunicação social, planejamento e cronogramas” (BRASIL, 2022, p. 9).

Os profissionais médicos, mormente os que trabalham na atenção primária à saúde, devem estar em contínua atualização para compreender as estratégias adotadas pelos gestores do SUS para a terapêutica das diversas enfermidades que podem atingir os usuários que buscam acesso à rede pública. Para isso, optou-se por sistematizar didaticamente as principais recomendações constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, constante na Portaria Conjunta nº 14/22, a seguir.

**Quadro 2 - Exposição didática das recomendações trazidas pelo Ministério da Saúde no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade - Portaria Conjunta nº 14/22.**

<b>Terapêutica</b>	<b>Considerações</b>
Tratamento não medicamentoso	Recomendação de dieta equilibrada, boa nutrição, regular exercício físico, além de intervenções psicossociais, comportamentais e de habilidades sociais, com destaque para a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). A tríade atendimento psicológico, orientação aos pais e apoio escolar, deve ser iniciada precocemente, com frequência semanal, cuja demanda deve ser periodicamente avaliada.
Tratamento medicamentoso	Os medicamentos metilfenidato e lisdexanfetamina para tratamento de crianças e adolescentes com TDAH foram avaliados pela CONITEC, concluindo-se que a eficácia e a segurança destes tratamentos para TDAH são frágeis dada sua baixa/muito baixa qualidade, bem como o elevado aporte de recursos financeiros apontados na análise de impacto orçamentário, não sendo, portanto, recomendados no Protocolo.
Apoio escolar	Alterações no ambiente escolar e maior atividade nas intervenções escolares, a fim de que os impactos do TDAH na área da educação sejam minorados.
Orientação para pacientes	· Esclarecer sobre os impactos positivos de receber um diagnóstico; · melhorar a compreensão dos sintomas, identificando e construindo pontos fortes individuais; · orientar sobre os impactos negativos de receber um diagnóstico, como estigma e rotulagem; · informar sobre a importância das modificações ambientais para reduzir o impacto das questões de educação de sintomas de TDAH (por exemplo, ajustes razoáveis na escola e faculdade); · orientar sobre as questões de emprego (por exemplo, impacto nas escolhas de carreira e direitos a ajustes razoáveis no local de trabalho); · explicar os desafios do relacionamento social e orientar formas de gerenciar o TDAH; e · orientar quanto ao aumento do risco de uso indevido de substâncias e automedicação.
Orientações para familiares	· Perguntar às famílias ou cuidadores de pessoas com TDAH como isso os afeta diretamente e como afeta outros membros da família e discutir quaisquer preocupações que eles tenham; · incentivar os familiares ou cuidadores de pessoas com TDAH a buscar uma avaliação de suas necessidades pessoais, sociais e de saúde mental e a ingressar em grupos de autoajuda e apoio, se apropriado; · Pensar nas necessidades de um pai ou uma mãe com TDAH que também tem um filho ou uma filha com TDAH, incluindo

	se eles precisam de apoio extra com estratégias organizacionais.
Hábitos alimentares	Recomendação de maior ingestão de ferro, zinco e ácidos graxos poli-insaturados e de menos ingestão de corantes alimentares, conservantes e açúcar, porém sem consenso científico quanto à associação de açúcar e hiperatividade e ao potencial de influência alimentar no transtorno.
Monitoramento	A equipe responsável pelo cuidado à pessoa com TDAH, sempre que possível, deve ser composta por médico, psicólogo, fonoaudiólogo e educadores. O ideal é que as primeiras consultas não ocorram com intervalos superiores a 30 dias, podendo ampliar o intervalo para a cada três ou quatro meses, se o caso tiver boa evolução.

**Fonte:** Adaptado de das discussões trazidas em BRASIL, 2022.

Não se pode olvidar que existe uma grande vantagem na eventual defesa de uma intervenção farmacológica na terapêutica do TDAH, que é a concretização do postulado da equidade, norteador do SUS, eis que é comum que famílias de baixa renda não consigam arcar materialmente com o tratamento medicamentoso e que também não tenham acesso a nenhum fármaco, enquanto os que possuem recursos financeiros para utilizar a rede privada de assistência à saúde têm amplo acesso aos medicamentos (BRASIL, 2022). Uma das soluções para essa problemática seria o necessário condicionamento da intervenção farmacológica ao acompanhamento por intervenções não medicamentosas na rede pública, como a terapia e o apoio educacional, situação que, por sua vez, iria incrementar o impacto orçamentário dos cofres públicos com um transtorno cujo diagnóstico e categorização encontra divergências (BRASIL, 2022).

As discussões apresentadas sobre o TDAH e a respectiva terapêutica devem ser de conhecimento estimulado para que os profissionais da saúde, sobretudo os médicos, na qualidade de responsáveis por recepcionar a criança e o adolescente que chegam à rede pública de saúde pela porta de entrada usual da atenção primária, se capacitem na aplicação da abordagem mais adequada. O cuidado ofertado à criança e ao adolescente com TDAH vai repercutir na vida adulta no sentido de se aproveitar os avanços e se descontinuar as práticas no caso de boa evolução. O olhar do profissional para os fenômenos da medicalização e da patologização de situações comuns, em destaque nos tempos hodiernos, deve ser estimulado, a fim de que se aperfeiçoem os métodos de diagnóstico e se qualifiquem como transtornos as condutas e cenários merecedores de tal qualificação, adotando-se o viés humanizado de cuidado, com absoluto enfoque na integralidade e na eficácia da assistência dispensada ao paciente.

Por se tratar de um transtorno controverso em seu diagnóstico e tratamento, existe uma lacuna de tratamento que fortaleça o acesso a intervenções farmacológicas confiáveis e adequadas, por isso, as pesquisas em torno do TDAH devem transcender as práticas locais e globais de conhecimento e integrar práticas que alcancem o cotidiano dos sujeitos afetados pelo transtorno, incluindo profissionais escolares e pais, além dos que convivem com os sintomas, a fim de que sejam traçados melhores diagnósticos e sejam reduzidas as ocorrências de violência estrutural que a individualização das intervenções pode assumir diante do aumento do acesso a intervenções medicamentosas não disponíveis para todos (ORTEGA, MÜLLER, 2020).

É importante que a terapêutica adequada para o TDAH envolva inovações na prestação de serviços, como o uso de tecnologias de telessaúde para fornecer serviços baseados em evidências para crianças com transtornos mentais e comportamentais, a fim de que as mudanças nos sintomas e no desempenho da criança também repercutam em seus cuidadores, corrigindo também as disparidades no acesso aos cuidados de saúde mental baseados em evidências (STOEP *et al.*, 2017).

Sugere-se que seja utilizado para o TDAH o tratamento multimodal, sendo idealmente recomendado como um tratamento multidisciplinar que considera o contexto biopsicossocial no qual se encontra inserido o indivíduo e seus familiares e que busca combinar a utilização de recursos psicofarmacológicos, psicoterapêuticos e psicopedagógicos (ARANEDA *et al.*, 2019), o que encontra correspondência somente parcial na atenção primária à saúde brasileira em razão da estratégia da não abordagem farmacológica como diretriz governamental pública (BRASIL, 2022). Crianças que recebem prescrições de remédios psicotrópicos acabam por entrar nas estatísticas de maiores portadoras de comorbidades psiquiátricas associadas ao TDAH (HAUCK *et al.*, 2017), havendo também a influência de características sociodemográficas e clínicas na prescrição medicamentosa para o transtorno por pediatras (KAMIMURA-NICHIMURA *et al.*, 2019), cenário que relativiza cada vez mais a adequação do uso de medicamento para TDAH.

A abordagem farmacológica possui efeitos colaterais não apenas quando do seu uso, mas quando de sua interrupção (MATTHIJSEN *et al.*, 2020), devendo parâmetros mais amplos ser adotados quando na realização de estudos futuros que analisem o controle de efeitos da abordagem farmacológica (PATON *et al.*, 2013).

Ademais, persiste o aparecimento de evidências científicas que ilustram as vantagens que crianças não medicadas possuem diante de crianças medicadas, como no desempenho em testes de fluência e manutenção da criatividade pessoal e da personalidade, cenário que fomenta ainda mais o debate sobre a real indicação do uso da medicação (TEN *et al.*, 2020), havendo verdadeiras lacunas no conhecimento e no acompanhamento quantitativo de crianças que usam medicação para TDAH e no monitoramento dos reais efeitos adversos (CHEFFER *et al.*, 2022).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto as pesquisas tradicionais, ligadas ao viés organicista de base positivista, associam os sintomas de TDAH a uma doença neuropsiquiátrica, há uma contracorrente crescente que baseia as discussões sobre o transtorno no âmbito do sofrimento inerente à inserção dos indivíduos nas práticas sociais mediante a influência de fatores de diversas ordens como sociais, afetivas, educacionais, culturais, ideológicas e políticas, sendo relevante para os profissionais da saúde conhecer formas de interpretação da realidade e a conseqüente repercussão no trato com os indivíduos que se apresentam como portadores de sintomas sobretudo diante de linhas tênues que envolvem a normalidade e a patologia dos traços característicos do TDAH referentes a comportamento, atenção e a aprendizagem.

O enfoque na desmedicalização e na cautela da adoção de parâmetros de diagnósticos não buscam menosprezar, mas sim assegurar, a partir de uma maneira diversa de interpretação da realidade, que os acometidos com sintomas de TDAH receberão a terapêutica apropriada. O uso de estimulantes pode trazer ampla variabilidade de efeitos adversos, dentre eles, alterações no SNC, motivo pelo qual outros tratamentos podem ser oferecidos sem mais prejuízos ao desenvolvimento biológico, mantendo o alívio do sofrimento dos que convivem com o transtorno.

O reconhecimento institucional analisado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (2022) da eficácia de tratamentos menos invasivos, com disponibilização de equipe multidisciplinar ativamente cooperante, promove a adoção, na rede básica pública, de métodos com mínimos efeitos colaterais e com máximos alcance e eficácia, de maneira a tornar o tratamento livre de necessidades farmacológicas e com reduzidas barreiras e estigmas do indivíduo perante a família e a comunidade em que convive.

Diante da decisão, no âmbito do SUS (BRASIL, 2022), da não possibilidade de adoção do recurso medicamentoso pelo profissional da saúde para o tratamento do TDAH, faz-se necessária a promoção de constantes debates sobre o transtorno, a fim de que se conheça a eficácia das abordagens diferenciais, as razões pelas quais se decidiu pelo não uso da vertente farmacológica para alívio dos sintomas e tratamento e os sentidos de diagnósticos da doença, de maneira que a pessoa acometida receba a melhor intervenção possível no âmbito da atenção primária à saúde.

## REFERÊNCIAS

ARIAS ARANEDA, Leticia; GARCIA SALAZAR, Olga; ALARCON-ESPINOZA, Marina. Evaluación de los efectos positivos de un tratamiento multimodal para niños con déficit atencional con hiperactividad en la atención primaria de salud desde la perspectiva de madres usuarias. **Interdisciplinaria**, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v. 36, n. 1, p. 237-256, 2019.

ARRUDA, Marco A.; QUERIDO, Cícero Nardini; BIGAL, Marcelo E.; POLANCZYK, Guilherme V. ADHD and mental health status in Brazilian school-age children. **Journal of Attention Disorders**, v. 19, n. 1, pp. 11-17, 2015.

BRANT, Luiz Carlos; CARVALHO, Tales Renato F. Metilfenidato: medicamento *gadget* da contemporaneidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 42, pp. 623-636, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde e Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Portaria Conjunta nº 14, de 29 de julho de 2022**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. Brasília, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2022/portaria-conjunta-no-14-pcdt-transtorno-do-deficit-de-atencao-com-hiperatividade-tdah.pdf>>. Acesso em: 24 ago., 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Portaria SCTIE/MS nº 9, de 18 de março de 2021**. Torna pública a decisão de não incorporar a lisdexanfetamina e metilfenidato para o tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) em crianças e adolescentes entre 6-17 anos, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2021. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-sctie/ms-n-9-de-18-de-marco-de-2021-309308877>>. Acesso em: 12 ago., 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**: versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps\\_versao\\_profissionais\\_saude\\_gestores\\_completa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf)>. Acesso em: 28 ago., 2022.

BRZOZOWSKI, Fabiola Stolf; CAPONI, Sandra. Medicamentos estimulantes: uso e explicações em casos de crianças desatentas e hiperativas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.7, n.15, p.01-23, 2015.

CALIMAN, Luciana Vieira; RODRIGUES, Pedro Henrique Pirovani. A experiência do uso de metilfenidato em adultos diagnosticados com TDAH. **Psicologia em estudo**, v. 19, n. 1, pp. 125-134, 2014.

CHEFFER, Maycon Hoffmann; SHIBUKAWA, Bianca Machado Cruz; BORGES, Gabriele da Silva; DIETRICHKEIT, Elisete Teleginski; CAMPOS, Terezinha

Aparecida; SALCI, Maria Aparecida; HIGARASHI, Ieda Harumi. Minors using Ritalin: obstacles in Primary Health Care surveillance. **Rev. Rene**, v. 23, e. 72148, 2022.

CIM – Centro de Informações de Medicamentos. Departamento de Ciências Farmacêuticas (DCF). Universidade Federal da Paraíba (UFPB). **Metilfenidato no tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)**. Portal UFPB, 2020. Disponível em: <<https://www.ufpb.br/cim/contents/menu/publicacoes/cimforma/metilfenidato-no-tratamento-do-transtorno-de-deficit-de-atencao-e-hiperatividade-tdah#wrapper>>. Acesso em: 19 set., 2022.

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Metilfenidato e lisdexanfetamina para indivíduos com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade**. Relatório nº 236. Brasília, 2020. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-midias/consultas/relatorios/2021/Sociedade/20210319\\_resoc236\\_metilfenidato\\_lisdexanfetamina\\_tdah.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-midias/consultas/relatorios/2021/Sociedade/20210319_resoc236_metilfenidato_lisdexanfetamina_tdah.pdf)>. Acesso em: 27 out., 2022.

HAUCK, Tanya S.; LAU, Cindy; WING, Laura Li Foa; KURDYAK, Paul; TU, Karen. ADHD Treatment in Primary Care: Demographic Factors, Medication Trends, and Treatment Predictors. **Can. J. Psiquiatria**, v. 62, n. 6, pp. 393-402, 2017.

ITABORAHY, Cláudia. **A ritalina no Brasil: uma década de produção, divulgação e consumo**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

JERNELÖV, Susanna; LARSSON, Ylva; LLENAS, Milagros; NASRI Berkeh; KALDO, Viktor. Effects and clinical feasibility of a behavioral treatment for sleep problems in adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a pragmatic within-group pilot evaluation. **BMC Psychiatry**, v. 19, n. 1, 2019.

KAMIMURA-NISHIMURA, Kelly I.; EPSTEIN, Jeffrey N.; FROEHLICH, Tanya E.; PEUGH, James; BRINKMAN, William B.; BAUM, Rebecca; GARDNER, William; LANGBERG, Joshua M.; LICHTENSTEIN, Phil; CHEN, David; KELLEHER, Kelly J. Factors Associated with Attention Deficit Hyperactivity Disorder Medication Use in Community Care Settings. **J. Pediatr.**, v. 213, e. 1, pp. 155-162, 2019.

LOUZÃ, Mario R.; MATTOS, Paulo. Questões atuais no tratamento farmacológico do TDAH em adultos com metilfenidato. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online]**, v. 56, n. 1, pp. 53-56, 2007.

MARTINS, Heloisa Helena T. de S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa [online]**, v. 30, n. 2, 2004.

MATTHIJSSSEN, Anne-Flore M.; DIETRICH, Andrea; BIERENS, Margreet; DETERS, Renee Kleine; VAN DE LOO-NEUS, Gigi HH; VAN DEN HOOFDACKER, Barbara J.; BUITELAAR, Jan K.; HOEKSTRA, Pieter J.. Effects of Discontinuing Methylphenidate on Strengths and Difficulties, Quality of Life and Parenting Stress. **Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology**, v. 30, ed. 3, pp. 159-165, 2020.

NIH - National Institutes of Health. Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. **NIH Consensus Statement**, v. 16, n. 2, pp. 1-37, 1998.

ORTEGA, Francisco; MÜLLER, Manuela Rodrigues. Global Mental Health and Pharmacology: The Case of Attention Deficit and Hyperactivity Disorders in Brazil. **Front Sociol.**, v. 5, e. 535125, 2020.

ORTEGA, Francisco; BARROS, Denise; CALIMAN, Luciana; ITABORAHY, Claudia; JUNQUEIRA, Lívia; FERREIRA, Cláudia Passos. A Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 34, pp. 499-512, 2010.

PATON, Kate; HAMMOND, Phoebe; BARRY, Edwina; FITZGERALD, Michael; MCNICHOLAS, Fiona; KIRLEY, Aiveen; ROBERTSON, Ian H.; BELLGROVE, Mark A.; GILL, Michael; JOHNSON, Katherine A. Methylphenidate improves some but not all measures of ATTENTION, as measured by the TEA-Ch in medication-naïve children with ADHD. **Neuropsicologia Infantil**, v. 20, ed. 3, 2014.

REZENDE, Joffre Marcondes de. Terapia, terapêutica, tratamento. **Revista de Patologia Tropical/ Journal of Tropical Pathology**, Goiânia, v. 39, n. 2, p. 149–150, 2010.

SANTOS, Regina Célia dos. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e medicalização na infância: uma análise crítica das significações de trabalhadores da educação e da atenção básica em saúde**. 2017. 150 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.

SENO, Marília Piazzzi. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): o que os educadores sabem? **Revista Psicopedagogia**, São Paulo, v. 27, n. 84, 2010.

SIGNOR, Rita de Cássia Fernandes; BERBERIAN, Ana Paula; SANTANA, Ana Paula. A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/aprendiz. **Educação e Pesquisa [online]**, v. 43, n. 3, pp. 743-763, 2017.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein** (São Paulo) [online], v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

STOEP, Ann Vander; MCCARTY, Carolyn A.; ZHOU, Chuan; ROCKHILL, Carol M.; SCHOENFELDER, Erin N.; MYERS, Kathleen. The Children's Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Telemental Health Treatment Study: Caregiver Outcomes. **J. Abnorm Child Psychol**, v. 45, n. 1, pp. 27-43, 2017.

STRAWN, Jeffrey R.; DOBSON, Eric; GILES, Lisa. Primary Pediatric Care Psychopharmacology: Focus on medications for ADHD, depression and anxiety. **Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care**, v. 47, n. 1, pp. 03-14, 2017.

TEN, Wen; TSENG, Chien-Chih; CHIANG, Yu-Shu; WU, Ching-Lin; CHEN, Hsueh-Chih. Creativity in children with ADHD: Effects of medication and comparisons with normal peers. **Psychiatry Research**, v. 284, e. 112680, 2020.

UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Protocolos de Encaminhamento para Psiquiatria Pediátrica**. Porto Alegre-RS, 2018. Disponível em: <[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/ptrs\\_psiquiatria\\_pediatria.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/ptrs_psiquiatria_pediatria.pdf)>. Acesso em: 24 ago., 2022.

UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Protocolos de Encaminhamento para Psiquiatria Adulto**. Porto Alegre-RS, 2018. Disponível em: <<https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201712/13112341-protocolos-ses-psiquiatria.pdf>>. Acesso em: 24 ago., 2022.

VASCONCELOS, Márcio M.; WERNER JR., Jairo; MALHEIROS, Ana Flávia de Araújo; LIMA, Daniel Fampa Negreiros; SANTOS, Ítalo Souza Oliveira; BARBOSA, Jane Bardawil. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria [online]**, v. 61, n. 1, pp. 67-73, 2003.

VECTORE, Celia; SOUZA, Marilene Proença Rebello de; PAVANIN, Thaís Vettore; SILVA, Ana Caroline Dias da. "Ele foi orçado, mas não planejado!": a infância na contemporaneidade. **CES Psicologia**, v. 11, n. 2, pp. 37-52, 2018.