



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**INGRID DE QUEIROZ FERNANDES**

**PROTOCOLO CLÍNICO PARA O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E  
HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: SABERES E PRÁTICAS  
DOS PRESCRITORES**

**FORTALEZA-CE**

**2018**

INGRID DE QUEIROZ FERNANDES

PROTOCOLO CLÍNICO PARA O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E  
HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: SABERES E PRÁTICAS DOS  
PRESCRITORES

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Farmácia Clínica e Vigilância Sanitária.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Soares Gondim.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andrea Amaro Quesada.

FORTALEZA-CE

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

F399p Fernandes, Ingrid de Queiroz.  
Protocolo clínico para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças e adolescentes :  
saberes e práticas dos prescritores / Ingrid de Queiroz Fernandes. – 2018.  
94 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e  
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Fortaleza, 2018.  
Orientação: Profa. Dra. Ana Paula Soares Gondim.  
Coorientação: Profa. Dra. Andrea Amaro Quesada.

1. Protocolos clínicos. 2. TDAH. 3. Crianças. 4. Adolescentes. I. Título.

CDD 615

---

INGRID DE QUEIROZ FERNANDES

PROTOCOLO CLÍNICO PARA O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E  
HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: SABERES E PRÁTICAS DOS  
PRESCRITORES

Dissertação apresentada à Coordenação do  
Programa de Pós-Graduação em Ciências  
Farmacêuticas da Universidade Federal do  
Ceará, como requisito parcial para a obtenção  
do título de mestre.

Área de concentração: Farmácia Clínica e  
Vigilância Sanitária.

Aprovada em: 22/03/2018.

BANCA EXAMINADORA

Ana Paula Soares Gondim

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Soares Gondim – (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Andrea Amaro Quesada

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andrea Amaro Quesada – (Coorientadora)  
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Cinthia Mendonça Cavalcante

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cinthia Mendonça Cavalcante  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Mirian Parente Monteiro

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mirian Parente Monteiro  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus, por me permitir realizar esse sonho,  
A minha família,  
Ao meu noivo Paulo Sérgio

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me abençoar nesta jornada, por me inspirar, pela força interior e amparo nos momentos desafiadores.

Aos meus amados pais, José Nildo e Aurinete, que sempre estiveram presentes, investiram na minha formação e acreditaram no meu potencial. Obrigada pelos ensinamentos, a motivação e o amor incondicional.

Aos meus irmãos, Alan e Maria Isabel e minha sobrinha, Liz, pelo carinho, apoio e incentivo; mesmo distantes, sempre vibraram com as minhas conquistas.

Ao meu noivo, Paulo Sérgio, companheiro de todos os momentos, por seu amor, compreensão, paciência e colaboração. Obrigada por estar ao meu lado nessa caminhada.

Aos meus avós, tios e familiares que, de algum modo, me ajudaram, estimularam e torceram por mim.

A Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Soares Gondim, minha orientadora. Não tenho palavras para agradecer pela paciência, atenção, por todos os ensinamentos, tempo dedicado e por ter depositado em mim sua confiança para o desenvolvimento deste estudo.

A Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andrea Amaro Quesada, minha coorientadora, pela disponibilidade, atenção e orientações precisas.

Aos membros da Banca — Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mirian Parente e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cinthia Cavalcante — pela disponibilidade e importantes contribuições dadas a esta dissertação.

Aos meus amigos pessoais e aos colegas de trabalho do HGCC e dos CAPS de Caucaia-CE, que me apoiaram, compreenderam minhas ausências, me deram forças e compartilharam comigo momentos de angústias e de alegrias.

Aos colegas de mestrado e do Laboratório Interdisciplinar de Saúde Coletiva, Farmácia Social e Saúde Mental Infantojuvenil (LISFARME), pelo companheirismo, motivação e troca de experiências; em especial, ao amigo Manoel Ribeiro, que me incentivou a participar da seleção do mestrado e me ajudou imensamente durante toda essa jornada.

Ao William, pela atenção e eficiência na condução da Secretaria do Mestrado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – CE, por ter autorizado a realização deste estudo.

Aos médicos e gestores da Atenção Primária à Saúde e dos CAPSi de Fortaleza - CE, pela disponibilidade e por terem compartilhado suas experiências e conhecimentos.

A todos os que, direta ou indiretamente, colaboraram para o engrandecimento e conclusão deste estudo.

“Há medicamentos para toda a espécie de doenças, mas, se esses medicamentos não forem dados por mãos bondosas, que desejam amar, não será curada a mais terrível das doenças: a doença de não se sentir amado.”  
(Madre Teresa de Calcutá)

## RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um dos principais transtornos que acometem as crianças e os adolescentes. Associa-se a importantes comorbidades e é cada vez mais reconhecido. Os protocolos clínicos podem ser utilizados como instrumentos de intervenção, para o diagnóstico e tratamento do TDAH. O objetivo deste estudo é analisar os saberes e práticas dos médicos prescritores sobre protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para o TDAH em crianças e adolescentes na rede pública de saúde infantojuvenil de Fortaleza - CE. É um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no período de setembro de 2017 a janeiro de 2018, com 115 médicos prescritores. Os dados foram coletados por meio de um questionário semiaberto. Utilizou-se o programa Epi Info, versão 3.5.1, para análise dos dados. Dos 115 prescritores que atenderam aos critérios de inclusão do estudo, houve predominância do sexo feminino (67,0%), adultos de meia-idade, concursados, bom tempo de trabalho na rede (média de 10,9 anos), a maior parte com o título de residente médico e especialização (principalmente em Pediatria e Saúde da Família). A maioria dos prescritores (93,9%) conhece os protocolos clínicos, no entanto, apenas 14,8% utilizam esse instrumento como intervenção para o diagnóstico e tratamento das crianças e adolescentes com o TDAH. Os principais motivos para utilização do instrumento foram: aumento da precisão diagnóstica, melhor escolha do tratamento e trazem benefícios. A maior parte dos prescritores (44,3%) considerou extremamente importante empregar um protocolo clínico para tratamento do TDAH na rede. Os principais profissionais designados para auxiliar no diagnóstico do TDAH são médicos especialistas (neurologista, neuropediatra, psiquiatra e pediatra), psicólogos e terapeutas ocupacionais. Os principais critérios utilizados para o diagnóstico foram: avaliação dos sintomas clínicos (44,3%) e histórico familiar (23,7%). As principais abordagens terapêuticas adotadas foram: as terapias psicológicas e, em menor percentual, a farmacológica. O medicamento de primeira escolha para o tratamento farmacológico foi o metilfenidato (28,7%), seguido da lisdexanfetamina (3,5%). A faixa etária mínima de prescrição do metilfenidato foi a idade de seis anos (13,9%). Em sua maior parte, os prescritores participantes do estudo se mostraram interessados quanto à proposta de desenvolvimento e futura implantação de um protocolo clínico para TDAH no Município de Fortaleza - CE. Assim, conclui-se ser necessária uma reflexão desses profissionais, quanto aos seus saberes e práticas para emprego dos protocolos clínicos como instrumento de intervenção para o cuidado de crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH nas rotinas de trabalho,



como um meio de melhorar a qualidade do atendimento, privilegiando a individualidade, realizando diagnósticos mais seguros e eficazes e otimizando o cuidado a esses pacientes.

**Palavras-chave:** Protocolos clínicos. TDAH. Crianças. Adolescentes.

## ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the main disorders to affect children and adolescents. It is associated with important co-morbidities and it has increasingly been acknowledged. Clinical protocols may be used as instruments of intervention for the diagnosis and treatment of ADHD. The aim of this study is to analyse the knowledge and routine of prescribers doctors on clinical protocols and herapeutic guidelines for children and adolescents with ADHD in the child-juvenile public health system of Fortaleza-CE. It is a descriptive study with a quantitative approach, conducted between September of 2017 to January 2018 with 115 medical prescribers. The data was, collected through a semi open questionnaire and Epi Info version 3.5.1 was used for analysis. It was found that out of the 115 prescribers that fitted the inclusion criteria, there was a predominance in the feminine sex (67,0%), middle aged adults, public sector workers, long time working for the system (average of 10,9 years), with the majority having medical residency and speciality (mainly in paediatrics and family health). Great part of the prescribers (93,9%) are familiar with the clinical protocols, however, only 14,8% use this instrument for the intervention of the diagnosis and treatment of children and adolescents with ADHD. The main reasons for using this instrument were: increase in the precision of diagnosis, better choice of treatment and other benefits. Most of the prescribers (44,3%) consider the implementation of a clinical protocol for ADHD extremely important. The professionals assigned to assist the diagnosis of ADHD are: specialty medical doctors (neurologist, neuro paediatrician, psychiatrist and paediatrician), psychologists and occupational therapists. The criteria used for diagnosis were: evaluation of clinical symptoms (44,3%) and family history (23,7%). The main therapeutic approaches adopted were: psychological behavioural therapy and, in a lower percentage scale, pharmacological. The first choice of therapy was methylphenidate (28,7%), followed by lisdexamphetamine (3,5%). The minimum prescription age of methylphenidate was six years (13,9%). For the most part, the prescribers participating in the study were interested in the proposed development and future implementation of a clinical protocol for ADHD in the city of Fortaleza - CE. Thus, it is concluded that it is necessary to reflect these professionals as to their knowledge and practices for the use of clinical protocols as an intervention tool for the care of children and adolescents diagnosed with ADHD in work routines, as a means of improving quality of the service, privileging the individuality, performing safer and more effective diagnoses and optimizing the care to these patients.

**Keywords:** Clinical Protocols. ADHD. Children. Adolescents.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Serviços que fazem parte da RAPS. Fortaleza - CE, 2017.....	37
Quadro 2 - Distribuição das Unidades de Atenção Primária á Saúde e CAPSi por Secretaria Regional (SR). Fortaleza – CE, 2017.....	37
Quadro 3 - Distribuição dos profissionais prescritores da Rede Pública de Saúde Infantojuvenil, de acordo com o local de trabalho. Fortaleza – CE, 2017.....	39
Quadro 4 - Nome das UAPS e respectivos números de equipes da Estratégia de Saúde da Família e de profissionais de saúde, por Secretaria Regional (SR). Fortaleza - CE, 2017.....	40
Quadro 5 - Nome dos CAPSi e respectivos números de profissionais de saúde, por Secretaria Regional. Fortaleza - CE, 2017.....	41
Quadro 6 - Distribuição dos profissionais prescritores da Rede Pública de Saúde Infantojuvenil, de acordo com o local de trabalho. Fortaleza – CE, 2017.....	42
Quadro 7 - Distribuição dos prescritores que participaram do estudo, na Rede Pública de Saúde Infantojuvenil. Fortaleza - CE, 2017.....	48

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das características demográficas, formativas e profissionais dos prescritores da Rede Pública de Saúde Infantojuvenil. Fortaleza - CE, 2017.....	50
Tabela 2 - Distribuição das características formativas e profissionais dos prescritores da Rede Pública de Saúde Infantojuvenil. Fortaleza - CE, 2017.....	51
Tabela 3 - Relação das variáveis categóricas para os saberes e práticas dos prescritores sobre protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Fortaleza – CE, 2017.....	52
Tabela 4 - Relação das variáveis categóricas quanto à utilização, pelos prescritores, dos protocolos clínicos para o TDAH. Fortaleza – CE, 2017.....	53
Tabela 5 - Relação das variáveis categóricas dos critérios utilizados pelos prescritores para o diagnóstico do TDAH. Fortaleza – CE, 2017.....	54
Tabela 6 - Relação das variáveis categóricas utilizadas para realizar o diagnóstico do TDAH. Fortaleza – CE, 2017.....	55
Tabela 7 - Relação das variáveis categóricas utilizadas pelos prescritores para identificação das estratégias terapêuticas recomendadas para crianças e adolescentes com TDAH. Fortaleza - CE, 2017.....	56
Tabela 8 - Relação dos critérios utilizados pelos prescritores ao realizarem uma prescrição médica. Fortaleza - CE, 2017.....	57
Tabela 9 - Relação das variáveis categóricas utilizadas pelos prescritores para caracterização da abordagem farmacológica recomendada para crianças e adolescentes com TDAH. Fortaleza - CE, 2017.....	58
Tabela 10 - Relação das variáveis categóricas utilizadas pelos prescritores quanto ao uso do metilfenidato para crianças e adolescentes com TDAH. Fortaleza - CE, 2017.....	59
Tabela 11 - Conhecimento dos prescritores sobre protocolos clínicos recomendados para TDAH. Fortaleza - CE, 2017.....	59

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP	Academia Americana de Pediatria
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CID-10	<i>International Classification of Disorder</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COGTES	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LMEC	Lista de Medicamentos Essenciais para Crianças
NF	<i>Neurofeedback</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
SOPAI	Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza
SR	Secretaria Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
THS	Treinamento de Habilidades Sociais
TP	Treinamento de Pais
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNIFOR	Universidade de Fortaleza

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	Objetivo geral.....	17
2.1	Objetivos específicos.....	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1	Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.....	18
3.2	Transtorno do TDAH: do diagnóstico ao tratamento.....	20
3.2.1	<i>Diagnóstico</i> .....	22
3.2.2	<i>Tratamento</i> .....	23
3.2.3	<i>Tratamento não farmacológico</i> .....	23
3.2.4	<i>Tratamento farmacológico</i> .....	26
3.3	“Medicalização” .....	29
3.4	Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do TDAH: da política ao acesso.....	31
3.4.1	<i>Políticas de saúde mental</i> .....	32
3.4.2	<i>Saúde mental versus transtornos mentais infantojuvenis</i> .....	33
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	36
4.1	Tipo do estudo.....	36
4.2	Local do estudo.....	36
4.3	População do estudo: caracterização e seleção.....	38
4.4	Critérios de inclusão e exclusão.....	42
4.5	Tamanho e cálculo da amostra.....	43
4.6	Procedimentos para coleta de dados.....	44
4.6.1	<i>Descrição dos instrumentos de coleta de dados</i> .....	44
4.6.2	<i>Coleta de dados</i> .....	44
4.6.3	<i>Estudo-piloto</i> .....	45
4.7	Descrição das variáveis.....	45
4.8	Análise dos dados.....	47
4.9	Aspectos éticos.....	47
5	RESULTADOS.....	48
5.1	Características demográficas dos prescritores.....	49

5.2	Características formativas e profissionais dos prescritores.....	49
5.3	Saberes e práticas sobre protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.....	52
5.4	Utilização dos protocolos clínicos para o TDAH.....	53
5.5	Critérios relacionados ao diagnóstico do TDAH.....	53
5.6	Estratégias terapêuticas das crianças e adolescentes com TDAH.....	56
6	DISCUSSÃO.....	60
7	CONCLUSÕES.....	70
8	RECOMENDAÇÕES.....	72
	REFERÊNCIAS.....	73
	ANEXO A - SECRETARIAS REGIONAIS DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA.....	86
	ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO EMITIDO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC).....	87
	ANEXO C – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO EMITIDA PELA COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE (COGTES) DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA-CE.....	88
	ANEXO D – DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO GRAMATICAL E ESTILÍSTICA.....	89
	APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	90
	APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS PRESCRITORES DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE INFANTOJUVENIL DE FORTALEZA-CE.....	92

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse por este tema surgiu de uma experiência vivida durante minha trajetória profissional como farmacêutica dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Caucaia – CE, onde diariamente dispensava medicamentos psicotrópicos para o tratamento de crianças e adolescentes com possível diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Ao perceber um crescimento exponencial do consumo de metilfenidato e de outros psicotrópicos dispensados para o público infantojuvenil, da quantidade de prescrições atendidas e de pacientes cada vez mais jovens diagnosticados com TDAH, fui em busca de meios, os quais me ofertassem melhor compreensão e aprofundassem meus conhecimentos a respeito da temática. Em 2014, fui convidada a participar do grupo de pesquisa do Laboratório Interdisciplinar em Saúde Coletiva, Farmácia Social e Saúde Mental Infantojuvenil – LISFARME, onde se desenvolvem estudos sobre Saúde Mental infantojuvenil. Posteriormente, ingressei no Mestrado de Ciências Farmacêuticas da UFC, a fim de ampliar meus conhecimentos e desenvolver um estudo envolvendo essa temática no Município de Fortaleza – CE.

O tema também foi motivado por ação de uma pesquisa multicêntrica, desenvolvida em 2011, intitulada “Utilização de psicofármacos em crianças e adolescentes inseridos na rede pública de saúde mental nos Municípios de Campinas e Fortaleza”, que avaliou o uso de psicofármacos em crianças e adolescentes nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) desses municípios e mostrou elevada prevalência do uso precoce de psicofármacos em crianças e adolescentes e a hipótese diagnóstica de maior frequência foi o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (ARAÚJO, 2011).

No ano de 2017, um novo levantamento foi realizado nos CAPSi de Fortaleza - CE, mostrando que 44,5% das crianças realizavam tratamento medicamentoso, outras 43,8% efetuavam a combinação de tratamento medicamentoso e não-medicamentoso e 11,6% realizavam o tratamento não-medicamentoso (GONDIM; MACIEL, MONTEIRO, 2017).

Os resultados desses estudos, foram de fundamental importância para caracterização da atual realidade da rede pública de saúde infantojuvenil do Município de Fortaleza - CE, que apresenta uma demanda cada vez mais frequente de crianças e principalmente adolescentes com hipóteses diagnósticas de TDAH, onde se observa um



exacerbado aumento das prescrições e consumo de psicofármacos (dentre eles os psicoestimulantes) (MACIEL *et al.*, 2013).

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é considerado o distúrbio neuropsiquiátrico mais frequente e socialmente importante em crianças e adolescentes em idade escolar (TCHEREMISSINE; SALAZAR, 2008; CORTESE *et al.*, 2015). Caracteriza-se por sintomas de desatenção (baixa concentração, distração e esquecimentos), hiperatividade e/ou impulsividade (SERRANO-TRONCOSO *et al.*, 2013; PON *et al.*, 2015). O diagnóstico é essencialmente clínico e deve ser baseado na história e avaliação funcional completa da criança, bem como em critérios operacionais clínicos claros e bem definidos (ROHDE; HALPERN, 2004; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2011; NATIONAL INSTITUT E FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2009).

Com efeito, estabelecer intervenções precoces, voltadas para a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes com TDAH, é expresso como excelente oportunidade de prevenção, uma vez que significativo percentual de transtornos mentais em adultos tem início ou fases pré-mórbidas na infância e adolescência (KIM-COHEN *et al.*, 2003).

A fim de auxiliar nesse processo, como instrumento de intervenção, podem ser utilizados pelos prescritores os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) que fornecem informações baseadas em evidências científicas e que os auxiliam na tomada de decisões quanto à definição do diagnóstico, tratamento não farmacológico e farmacológico e adequada prescrição de medicamentos (PICON *et al.*, 2010).

Estudo realizado em Juiz de Fora - MG avaliou a percepção dos médicos em relação ao uso de protocolos no tocante às vantagens e limitações desta prática (CHEHUEN NETO *et al.*, 2009). Como resultados, a pesquisa mostrou que 68,42% o utilizavam, por acharem esses protocolos uma prática segura de tomada de decisões; 60,52% por acreditam que este recurso diminui a possibilidade de ocorrência de erros médicos; 21,05% justificam que é uma maneira mais simples de se realizar a prática médica; por fim, 13,15% concordam com a utilização, porque entendem que esta é uma maneira de reduzir custos.

Em decorrência desses resultados, considerando a escassez de literatura que se reporte à formação e ao conhecimento dos prescritores sobre instrumentos utilizados na saúde mental infantojuvenil que fundamentem o diagnóstico do TDAH e adequadas escolhas farmacoterapêuticas (POLANCZYK *et al.*, 2014), bem como a necessidade de identificar quem são os prescritores que realizam o diagnóstico e tratamento de TDAH, e de saber quais critérios utilizam para esse diagnóstico, procurou-se suscitar a seguinte questão: quais saberes e

práticas acerca de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para o TDAH que norteiam os prescritores no atendimento de crianças e adolescentes?

Com efeito, considerando a realidade do Município de Fortaleza - CE, este estudo procura contribuir para uma reflexão por parte dos prescritores quanto aos seus saberes e práticas para utilização de instrumentos de intervenção para o TDAH que os auxiliem na sua prática clínica, como meio para melhorar a qualidade de atendimento das crianças e adolescentes, realizar um diagnóstico mais seguro e eficaz, bem como definir a melhor estratégia terapêutica a ser realizada, otimizando, assim, o cuidado a esses pacientes com diagnóstico de TDAH, atendidos na Rede Pública de Saúde Infantojuvenil de Fortaleza - CE.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar os saberes e práticas dos prescritores sobre protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em crianças e adolescentes atendidos na Rede Pública de Saúde Infantojuvenil de Fortaleza- CE.

### **2.2 Objetivos específicos**

- I) Mapear a Rede Pública de Saúde Infantojuvenil onde atuam os prescritores que realizam o atendimento às crianças e aos adolescentes com possível diagnóstico de TDAH.
- II) Caracterizar os prescritores da rede quanto as suas características demográficas, formativas e profissionais.
- III) Identificar a utilização de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas pelos prescritores.
- IV) Descrever as situações nas quais os prescritores utilizam os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas como instrumentos de intervenção do TDAH.
- V) Descrever as estratégias terapêuticas recomendadas pelos prescritores para crianças e adolescentes com possível diagnóstico de TDAH.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas

Os protocolos clínicos são recomendações de rotinas para os cuidados e a gestão de um determinado serviço, elaborados com suporte em informações técnicas de qualidade, respaldados nas melhores evidências científicas, visando a orientar as condutas e procedimentos dos profissionais de saúde (PICON *et al.*, 2010).

O objetivo dos protocolos é oferecer uma diretriz que oriente a conduta médica no contato com as doenças mais frequentes e indique o tipo de tratamento, exames laboratoriais e de imagem mais adequados ao quadro do paciente. Como resultado, haverá padronização no atendimento, melhor escolha de tratamento, aumento da precisão diagnóstica, da qualidade da assistência médica, dos serviços de saúde e do controle de custos (DISTRITO FEDERAL, 2006).

As diretrizes clínicas são documentos informativos que incluem recomendações dirigidas a aperfeiçoar o cuidado ao paciente. Sua elaboração teve início ao final dos anos de 1970, sendo utilizados em todas as áreas médicas, elaboradas principalmente por hospitais, sociedades médicas, sistemas públicos e privados de saúde e organizações de pacientes (BURGERS *et al.*, 2003; SPULS; NAST, 2010).

Surgiram, então, os *guidelines* ou protocolos clínicos que são guias de procedimentos, desenvolvidos sistematicamente para auxiliar o médico em decisões sobre a melhor e mais apropriada conduta em situações clínicas específicas (BOXWALA *et al.*, 2001; SANTIAGO, 2004). A complexidade progressiva da medicina deixa cada vez mais clara a necessidade da utilização de diretrizes (BOXWALA *et al.*, 2001).

As diretrizes clínicas podem receber as seguintes denominações: guias de prática clínica, manuais, *guidelines*, cadernos, protocolos, entre outros. Essa denominação foi normatizada no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei nº 12.401 de 2011, com as diretrizes clínicas oficiais para o SUS, sendo intitulados de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) (BRASIL, 2011a).

O Decreto nº 7.508 e a Lei nº 12.401, ambos de 2011, norteiam as condutas diagnósticas e terapêuticas dos PCDT no SUS (BRASIL, 2011a). A garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, no entanto, no contexto ambulatorial é guiada pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), onde os PCDT são

considerados instrumentos-chave na definição das linhas de cuidados para as 79 doenças incluídas neste âmbito (BRASIL, 2011b).

Em relação aos protocolos no Sistema Único de Saúde (SUS), ligam-se intimamente aos conceitos de eficiência (incluindo a relação custo-benefício), de qualidade e de Medicina baseada em evidências, alargando-se para o conceito de saúde baseada em evidências (BRASIL, 2014).

Para que os protocolos consigam cumprir com seus objetivos, as estratégias de implantação necessitam ser bem definidas. Na realidade brasileira, a estratégia mais utilizada é a distribuição do material nas unidades de saúde com o financiamento direto do insumo. Existem, contudo, poucas informações a respeito da eficácia dessas estratégias, da maneira como esses protocolos são utilizados na prática do cotidiano, bem como as dificuldades que os profissionais enfrentam quanto ao emprego do instrumento (BRASIL, 2014).

Observando ética e tecnicamente a prescrição médica, os PCDT, também, objetivam criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz, estabelecer os critérios do diagnóstico de doenças, o algoritmo de tratamento com os medicamentos e as doses adequadas, bem como os mecanismos para o monitoramento clínico quanto à efetividade do tratamento e supervisão de possíveis efeitos adversos (PICON *et al.*, 2010; BRASIL, 2014).

Considerando a importância dos protocolos clínicos como instrumentos de intervenção para distintos problemas de saúde, e analisando o contexto da saúde mental infantil no Brasil, onde existe elevada prevalência dos diagnósticos de crianças e adolescentes com transtornos mentais, em especial o TDAH — que traz um diagnóstico e tratamento complexo - percebe-se uma necessidade de padronizar a utilização desses instrumentos na prática profissional (SOUZA *et al.*, 2007; BOR *et al.*, 2013).

Carreiro *et al.* (2014) corrobora essa compreensão, quando mostra em seu estudo a importância da utilização de um protocolo interdisciplinar de avaliação neuropsicológica, comportamental e clínica para crianças e adolescentes com queixas de desatenção e hiperatividade. Percebem-se, então, que abordagens abrangentes, multiprofissionais, com análise de múltiplos informantes e reconhecimento de prejuízos cognitivos, conduzem à aproximação de precisão no diagnóstico e indicação de procedimentos de intervenção para o TDAH.

### 3.2 Transtorno do TDAH: do diagnóstico ao tratamento

As primeiras abordagens à hiperatividade e à desatenção ocorreram em 1865 e não foram publicadas na literatura médica. A primeira descrição do transtorno foi mostrada pelos pediatras ingleses George Still e Alfred Tredgold, que observaram uma alteração de defeito na conduta moral, acompanhada de inquietação, desatenção e dificuldades em relação a regras e limites (ROHDE; HALPERN, 2004; BARKLEY *et al.*, 2008).

Nos dias atuais, o TDAH, também chamado de Transtorno Hiper-cinético, é considerado a desordem neurocomportamental mais comum na infância (TCHEREMISSINE; SALAZAR, 2008; CORTESE *et al.*, 2015). Os pacientes podem exibir um déficit cognitivo e um comprometimento no desenvolvimento da motricidade e da linguagem, (PON *et al.*, 2015; VRBA *et al.*, 2016). As complicações secundárias incluem um comportamento dissocial e uma perda de autoestima (SERRANO-TRANCOSO *et al.*, 2013).

A tríade sintomática caracteriza-se por: sintomas de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade, que é mais frequente e grave do que o normal para a idade dessa criança ou adolescente, promovendo um prejuízo funcional significativo no desempenho escolar ou no trabalho e dificuldades com interações sociais e nas atividades cotidianas (CATALÁ-LÓPEZ *et al.*, 2015; OTASOWIE *et al.*, 2014).

Os sintomas de hiperatividade e impulsividade aparecem mais cedo (aos 3-4 anos de idade) enquanto a desatenção se torna mais evidente ao iniciar o período escolar (5-7 anos) (SERRANO-TRANCOSO *et al.*, 2013). Esses sintomas são mais comuns em meninos do que em meninas (razão 4:1) (HERRÁN PAZ *et al.*, 2014), e tendem a persistir na vida adulta (*Centers for Disease Control and Prevention [CDCP]*, 2013).

A etiologia do TDAH continua sendo alvo de muitas pesquisas. Há um consenso de que as causas do TDAH podem resultar de uma combinação complexa de fatores genéticos, neurobiológicos, ambientais e sociais (PAIDIPATI; DEATRICK, 2015). De acordo com os especialistas, esse problema relaciona-se com alterações no neurodesenvolvimento baseado em uma predisposição genética (SERRANO-TRANCOSO *et al.*, 2013).

Alguns estudos indicam a existência de marcadores fenotípicos familiares, bem como marcadores genéticos de recorrências familiares, revelando, assim, elevado índice de influência hereditária, em torno de 76% contra 4,6% da população em geral. Vale ressaltar o fato de que os estudos genéticos envolvendo TDAH não excluem as influências culturais, familiares e exposições a eventos estressantes (por exemplo, tabagismo materno durante a

gravidez ou exposição ambiental ao chumbo) (SARRIS *et al.*, 2011; FELDMAN; REIFF, 2014). Estudos de neuroimagem e por modelos cognitivos e neuropsicológicos justificam essas sugestões (SANTOS; VASCONCELOS, 2010).

A fisiopatologia do TDAH é multifatorial e causal, porém, seus mecanismos ainda não estão bem definidos. Estudos de imagem estruturais e funcionais do cérebro, no entanto, sugerem que a disfunção das regiões cingulada, frontal e regiões parietal corticais e de desequilíbrio dos sistemas dopaminérgicos e noradrenérgicos contribuem para esse mecanismo (HANWELLA *et al.*, 2011).

Parece haver um consenso do ponto de vista neuroquímico de que a dopamina e a noradrenalina participam de maneira predominante e exercem intensa influência nos centros motores e na atenção, respectivamente (RADER *et al.*, 2009; SANTOS; VASCONCELOS, 2010). A realização do tratamento farmacológico de TDAH, principalmente administrado por substâncias psicoestimulantes, que atuam como agonistas indiretos desses neurotransmissores, são essenciais, possibilitando diminuição dos sintomas motores, impulsividade e desatenção, bem como melhoria das interações sociais e desempenho acadêmico (POLANCZYK *et al.*, 2010).

A literatura aponta dados clínicos e/ou epidemiológicos informando que as crianças e adolescentes com TDAH podem denotar riscos de comorbidades psiquiátricas, como depressão, ansiedade, transtorno bipolar (BOND *et al.*, 2012; MILLER *et al.*, 2013), transtornos disruptivos do comportamento: transtorno de conduta e transtorno opositor desafiante (MCBURNETT; PFIFFNER, 2009), tíques (LERNER; WIGAL, 2008), insônia (KIDWELL *et al.*, 2015) e abuso de substâncias ilícitas (BARRETT; GIAROLI; TRACY, 2013).

Atualmente o *Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders*, na 5ª edição (DSM-V), reconhece os transtornos específicos da aprendizagem e o TDAH como duas doenças distintas que possuem características próprias (APA, 2013).

Alguns estudos sugerem que o TDAH pode submeter os adultos a risco para outros transtornos de personalidade e, em todas as idades, o TDAH está associado a deficiências funcionais, como disfunção escolar, problemas de relacionamentos, conflitos familiares, baixo desempenho ocupacional, lesões físicas, comportamento antissocial, infrações e acidentes de trânsito (BIEDERMAN, 2005; LIST; BARZMAN, 2011).

### 3.2.1 Diagnóstico

O diagnóstico do TDAH é essencialmente clínico, deve ser baseado na história e avaliação funcional completa da criança, não apenas em uma ou mais características evidentes da doença, bem como em critérios operacionais clínicos claros e bem definidos (ROHDE; HALPERN, 2004; ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA, 2011; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2009)

Nos dias atuais, podem ser utilizados como critérios para o diagnóstico do TDAH: a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão – CID 10, e/ou o DSM-V, que não alterou substancialmente o DSM-IV. Em ambas as edições do DSM, o diagnóstico em crianças tem base na ocorrência de pelo menos seis dos nove sintomas em um ou em ambos os domínios: desatenção e hiperatividade-impulsividade (HERRÁN - PAZ, 2014).

Os procedimentos adotados atualmente pelos neuropediatras entrevistados em um estudo são semelhantes entre si e, embora pautados nos critérios do DSM-IV, expandem a investigação e incluem fatores físicos, sensoriais, funcionamento cognitivo, entre outros (LARROCA; DOMINGOS, 2012).

Aproximadamente 5,4 milhões de crianças e adolescentes (de 3 a 17 anos de idade) nos Estados Unidos receberam um diagnóstico de TDAH (FELDMAN; REIFF, 2014; PAIDIPATI; DEATRICK, 2015). A prevalência é de 12% entre os jovens de 12 a 17 anos (CHAN, *et al.*, 2016).

As altas taxas de prevalência sugerem um sobrediagnóstico da doença. De acordo com o *National Institute for Health and Clinical* (NICE, 2009) em torno de 5% das crianças e adolescentes em idade escolar cumprem os critérios de diagnóstico do DSM-IV para TDAH, o que corresponde a 366 mil crianças e adolescentes na Inglaterra e País de Gales.

Na Itália, as taxas de prevalência relatadas variam 1,3-7,0%. Tal variabilidade pode ser explicada pelos distintos procedimentos diagnósticos, metodológicos e critérios utilizados nos estudos. Já nos adultos, a prevalência do TDAH na população geral varia de 2,5% a 8%. Outros estudos mostram que cerca de 60% a 70% das crianças com TDAH apresentarão o diagnóstico na vida adulta (BONATI *et al.*, 2015).

No Brasil, estudos mostram prevalência de TDAH, entre crianças e adolescentes, que varia de 6,7 a 17,1% com idade na faixa de 6-17 anos e prevalência entre o sexo masculino (HORA *et al.*, 2015).



### 3.2.2 Tratamento

O tratamento do TDAH requer abordagem multidisciplinar, englobando intervenções intersetoriais, incluindo também profissionais das áreas de saúde e educação, os pais, outros membros familiares, além da própria criança e, pode haver intervenções psicoterápicas, educacionais, farmacológicas e nutricionais (DALEY *et al.*, 2014).

A escolha do tratamento deve considerar comorbidades, como epilepsia, síndrome de Tourette e outras desordens, o perfil de efeito adverso, potencial para abuso de drogas e preferências da criança e dos cuidadores (KEEN; HADIJIKOUMI, 2011).

### 3.2.3 Tratamento não farmacológico

As intervenções não farmacológicas do TDAH despertam interesse entre clínicos e pesquisadores em razão de aspectos como a necessidade de lidar com problemas relacionados à doença, os quais podem piorar os sintomas centrais e que não melhoram com medicamentos, pacientes que não respondem ou têm baixa resposta ao fármaco e possíveis efeitos adversos (alterações de pressão arterial e frequência cardíaca, o que eleva o risco cardiovascular) (PASTURA; MATTOS, 2004; SCHATZ *et al.*, 2015).

Outros fatores são a relutância de algumas famílias em usar medicamentos e a necessidade de tratar crianças de menos de 6 anos, para as quais os fármacos não são recomendados (WOLRAICH *et al.*, 2011; SERRANO-TRANCOSO *et al.*, 2013).

As intervenções não farmacológicas que demonstraram evidências científicas eficazes podem ser divididas, essencialmente, em dois grupos: intervenções psicológicas e educativas (MUÑOZ-SOLOMANDO *et al.*, 2008)

As principais intervenções psicológicas utilizadas para o TDAH são (EVANS *et al.*, 2014) :

- Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC);
- Treinamento de Pais (TP);
- Treinamento de Habilidades Sociais (THS) e
- *Neurofeedback* (NF)

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) envolvendo os pais ou professores, enfatiza um amplo conjunto de intervenções específicas cujo objetivo é modificar o ambiente físico e social para alterar o comportamento. É uma abordagem ativa, diretiva, colaborativa,

estruturada e de prazo limitado. Apoiar-se na compreensão de que o TDAH é função de um quadro de deficiência de estratégias cognitivas. As evidências para a eficácia desse tipo de terapia em crianças com TDAH derivam de uma variedade de estudos (PELHAM; FABIANO, 2008; WOLRAICH *et al.*, 2011).

Esse tipo de terapia deve ser realizado por um profissional habilitado, objetivando a discussão familiar sobre o transtorno, os problemas de comportamento das crianças e as dificuldades nas relações familiares. Esses objetivos são efetuados por meio de procedimentos como autoinstrução, autocontrole, registro de pensamentos disfuncionais, solução de problemas, automonitoramento, autoavaliação, planejamento e cronogramas (GPC -ESPAÑA, 2010; WOLRAICH *et al.*, 2011).

Segundo o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2009), a TCC é recomendada como tratamento inicial para o TDAH em crianças e adolescentes em qualquer uma das situações descritas na sequência.

- Sintomas leves de TDAH.
- Diagnóstico incerto do TDAH.
- Os pais rejeitarem o uso de medicamentos.
- Crianças menores de 5 anos.

Outro tipo de intervenção que pode ser realizada é o Treinamento de Pais (TP), cujo objetivo é instruí-los sobre técnicas de aprendizagem social, oferecer orientações de como substituir estilos de disciplina permissivos, punitivos e incoerentes para estratégias de manejo comportamental efetivo, visando a modificar o relacionamento com seus filhos, diminuir os comportamentos desadaptativos e incentivar os comportamentos pró-sociais de suas crianças (HAUTMANN *et al.*, 2009).

Já o Treinamento de Habilidades Sociais (THS) tem por objetivo analisar mudanças no repertório comportamental, podendo oferecer informações relevantes sobre o contexto de desenvolvimento das crianças e ajudar a superar dificuldades interpessoais (VALLE, 2009).

O *Neurofeedback* (NF) é um treinamento realizado para aumentar a capacidade de autoregulação sobre os padrões de atividade cerebral e, conseqüentemente sobre os estados do cérebro. Descobertas recentes sugerem que o NF constitui alternativa promissora para o tratamento do TDAH (MORIYAMA *et al.*, 2012).

As intervenções educativas incluem um conjunto de práticas dentro do ambiente escolar relacionadas com a aprendizagem. Deve ser a primeira intervenção a ser realizada.

Quanto mais instruídos a família e o paciente, melhores serão suas escolhas e respostas ao tratamento (KNIGHT *et al.*, 2008; SERRANO-TRANCOSO *et al.*, 2013). Elas são divididas em: intervenções acadêmicas focadas na criança e intervenções escolares realizadas por meio da formação de professores.

A testagem psicológica pode ser de muita importância, tanto para clareamento do diagnóstico como para o planejamento de uma intervenção. O uso de escalas Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV), Comprehensive Behavior Rating Scale (CONNERS), Potencial Evocado (P300), Questionário de Swanson, Nolan e Pelham (SNAP-IV), bem como testes psicológicos e neuropsicológicos, são opções viáveis, capazes de fornecer um número significativo de informações (HERRÁN PAZ *et al.*, 2014).

Atualmente, a Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV) é um dos testes mais utilizados em avaliação neuropsicológica. É um instrumento clínico que avalia a capacidade intelectual das crianças e o processo de resolução de problemas. É adaptado para crianças com faixa etária de 6 anos e 0 meses a 16 anos e 11 meses. Composto por 15 subtestes, sendo 10 principais e 5 suplementares, dispõe de quatro índices: Índice de Compreensão Verbal, Organização Perceptual, Memória Operacional e Velocidade de Processamento. A soma dos índices é equivalente ao score de QI Total da criança. As crianças com TDAH costumam denotar baixos Índices de Memória Operacional e Velocidade de Processamento (WECHSLER, 2013).

A Escala CONNERS é utilizada para triagem e avaliação de sintomas de TDAH. Refere-se de maneira minuciosa alguns sintomas específicos. Ainda que essa escala esteja focada significativamente na detecção do TDAH, ela traz subescalas que abarcam aspectos como comportamento de oposição, problemas cognitivos, comportamento ansioso/tímido, perfeccionismo, problemas sociais e instabilidade emocional. Tanto a versão para pais como para professores está validada no Brasil (GRAEFF; VAZ, 2008).

O P300 é um potencial evocado auditivo de longa latência dependente das habilidades cognitivas, mostrando-se como um dos testes eletrofisiológicos mais estudados na atualidade, devendo ser realizado por neurologistas. É valorizado nas pesquisas atuais como um instrumento de investigação do processamento da informação (codificação, seleção, memória e tomada de decisão) e permite avaliar a atividade cortical envolvida nas habilidades da discriminação, integração e atenção (BORJA; PONDE, 2009).

A SNAP-IV (Questionário de Swanson, Nolan e Pelham) é uma escala de triagem e avaliação de sintomas de TDAH, composta de 18 ítems que englobam perguntas relativas a

nove sintomas de desatenção, seis de hiperatividade e três de impulsividade, sendo as duas últimas categorias englobadas num só domínio (hiperatividade/impulsividade). Exprime duas versões - pais e professores (MATTOS *et al.*, 2006).

Considerando a complexidade do TDAH, o acompanhamento terapêutico das crianças e adolescentes com este diagnóstico deve ser realizado preferencialmente por equipes multidisciplinares, tendo em vista que as concepções de desenvolvimento influenciam na avaliação e intervenção do transtorno (SANTOS; VASCONCELOS, 2010).

Com fundamento nesse contexto, apenas as crianças e adolescentes que exprimam casos mais graves do transtorno devem ser acompanhados pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). Sendo assim, o paciente será avaliado pela equipe e de acordo com cada caso, será elaborado individualmente o Projeto Terapêutico Singular (PTS), incluindo terapias não medicamentosas e, quando necessário a terapia medicamentosa. Todo o processo deve ser realizado mediante um trabalho interdisciplinar e articulado junto à rede intersetorial (COUTO, 2012).

### ***3.2.4 Tratamento farmacológico***

As diretrizes da Academia Americana de Pediatria (AAP, 2011) recomendam que o tratamento do TDAH vai depender da idade do paciente, conforme explicitado na sequência.

a) Para pré-escolares (4-5 anos), o tratamento de primeira escolha deve ter como base as terapias comportamentais administradas por pais e/ou professores, fundamentadas por provas científicas (WOLRAICH *et al.*, 2011);

b) Para crianças (6 a 11 anos), devem ser prescritos fármacos aprovados pelo FDA (*Food and Drug Administration*) para o tratamento do TDAH e/ou terapia comportamental administradas por pais ou professores, ou, preferencialmente, por ambos.

c) Para adolescentes (12-18 anos), são prescritos fármacos aprovados pelo FDA para o tratamento do TDAH, podendo se recomendar terapias comportamentais administradas por pais ou professores, preferentemente por ambos.

Os medicamentos recomendados e aprovados pelo FDA para o tratamento do TDAH incluem estimulantes do sistema nervoso central (metilfenidato e lisdexanfetamina) (CLAVENNA; BONATI, 2014; STUHEC *et al.*, 2015) e, mais recentemente a atomoxetina, um medicamento não estimulante. São utilizados como opções terapêuticas de primeira

escolha em países como Canadá e Austrália (HODGKINGS *et al.*, 2012; CATALÁ-LOPEZ, 2015).

Esses medicamentos já estão aprovados no Brasil para comercialização pela ANVISA (BISSON, 2012). O Ministério da Saúde, entretanto não inclui o metilfenidato nas suas listas padronizadas da dispensação de medicamentos via Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME (BRASIL, 2015a). As secretarias estaduais e municipais possuem relativa autonomia para definir listas próprias, atendendo às especificidades locais e elencando medicamentos que não estejam nas predefinições nacionais da dispensação pública, garantindo, assim, que alguns medicamentos possam ser solicitados por meio de processos administrativos nas farmácias do SUS estaduais, e não apenas por via judicial (CALIMAN; DOMITROVIC, 2013).

Por outro lado, na Inglaterra e no País de Gales, os algoritmos de tratamento recomendam o metilfenidato como a medicamento de primeira linha para o TDAH, e a atomoxetina como uma opção de segunda linha (HODGKINGS *et al.*, 2012).

Os antidepressivos tricíclicos têm uso geralmente limitado para crianças e adolescentes, haja vista seu potencial de cardiotoxicidade, pois registram uma meia-vida relativamente longa (aproximadamente 12 horas), no entanto, ainda são utilizados, em algumas situações, no tratamento do TDAH (OTASOWIE *et al.*, 2014).

As taxas de prescrição de antipsicóticos aumentaram substancialmente entre os jovens nos Estados Unidos, Canadá e na Europa. Alguns estudos mostram o uso da terapia de combinação (antipsicótica e estimulante) sendo recomendada por algumas diretrizes, mas apenas como um tratamento de terceira linha, após monoterapia e uso de estimulantes, combinados com intervenções comportamentais, para tratar a agressão em pacientes com TDAH (LINTON *et al.*, 2013).

A estimativa de custos sociais relacionados ao TDAH varia de 143 bilhões a 266 bilhões de dólares americanos. Esses índices elevados são oriundos, principalmente, dos custos de saúde relacionados ao tratamento (prescrições de medicamentos e consultas ambulatoriais) e educacionais (por exemplo: serviços de educação especial e disciplinar) para crianças e adolescentes (CHAN *et al.*, 2016; PELHAM *et al.*, 2007).

Estudos realizados por Alessi-Severini *et al.* (2012) mostraram que o uso de antipsicóticos em associação com metilfenidato em crianças aumentou de 13% em 1999 para 43% em 2008. Atualmente, as evidências clínicas a respeito são limitadas e não se baseiam em dados sólidos. Os pacientes submetidos a terapêutica de associação devem ser

cuidadosamente monitorizados quanto aos efeitos colaterais metabólicos (GORMAN *et al.*, 2015).

O metilfenidato é um fármaco simpaticomimético, com ação farmacológica relacionada à valorização extracelular dos níveis de dopamina no estriado, mediante o bloqueio dos transportadores de dopamina, ampliando a duração da resposta deste mediador químico, além da estimulação noradrenérgica no córtex, e produz respostas motoras após sua administração repetida (BRANDON, *et al.*, 2001; VOLKOW, *et al.*, 2005; WILENS, 2008). É um estimulante do sistema nervoso central, age de modo a aumentar a capacidade de atenção, convergência de pensamento e retenção de informação. É indicado como parte do tratamento do TDAH, que pode incluir também medidas psicológicas, educacionais e sociais (STOREBO *et al.*, 2015).

A comercialização do metilfenidato no Brasil iniciou-se em 1998, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), tendo a produção mundial passado de 2,8 toneladas em 1990, para aproximadamente 38 toneladas no ano de 2006 e, em 2010, a estatística atingiu a marca de 43 toneladas. A produção brasileira foi de 23 kg no ano 2000, aumentando para 226 kg em 2006 (ITABORAHY; ORTEGA, 2013). Em levantamento mais recente, a ANVISA divulgou que as vendas de metilfenidato em 2011 chegaram a mais de 413 kg do produto e, que o gasto estimado das famílias brasileiras com o medicamento, nesse mesmo ano, foi de R\$ 28,5 milhões (BRASIL, 2012). Maior produção do fármaco está diretamente relacionada a um maior número de prescrições e ao maior consumo (CALIMAN; DOMITROVIC, 2013).

O metilfenidato é uma opção por parte dos médicos nos CAPSi de Fortaleza (MACIEL *et al.*, 2013), mesmo não pertencendo à Lista de Medicamentos Essenciais para Crianças (LMEC). Esse elenco, contém uma lista-modelo a ser adaptada pelas nações, de acordo com suas necessidades e circunstâncias. As necessidades se referem às especificidades das crianças como um grupo diferenciado em termos de processos físicos, metabólicos e psicológicos peculiares ao crescimento, desde o nascimento até a idade adulta, e aos aspectos farmacêuticos das formulações, fundamentais para administração em crianças (COELHO *et al.*, 2013).

Seu emprego não é recomendado para crianças menores de seis anos de idade, pois, não são estabelecidos os critérios de segurança e efetividade para essa faixa etária (ROWLES; FINDLING, 2010). É mais utilizado nos períodos escolares, sendo comumente suspenso aos finais de semana e durante as férias. Essa interrupção visa a amenizar os efeitos

adversos de longo prazo e os efeitos secundários em curto prazo (SANTOS; VASCONCELOS, 2010).

Os principais efeitos adversos causados pelos medicamentos estimulantes para tratamento de TDAH são: eventos adversos específicos (como desfechos dicotômicos), incluindo a ocorrência de redução do apetite, perda de peso, distúrbios do sono, dores de cabeça e dor de estômago (PLISZKA, 2007; CATALÁ-LOPES, 2015). Em relação aos efeitos cardiovasculares, estão associados com uma elevação média da pressão arterial ( $\leq 5$  mmHg) e frequência cardíaca ( $\leq 10$  batimentos/min) mas sem alterações nos parâmetros eletrocardiográficos (HAMMERNESS *et al.*, 2011).

É importante que os médicos trabalhem com pacientes e famílias para educar, identificar e gerenciar os efeitos colaterais, a fim de facilitar a eficácia e a adesão à terapia, evitando interrupção abrupta do tratamento (CATALÁ-LOPES, 2015).

Os medicamentos indicados para o tratamento do TDAH são normalmente bem tolerados, no entanto, seu uso terapêutico requer avaliação diagnóstica cuidadosa, monitoramento contínuo e também racional, que pode ser garantido pela implementação e monitoramento de práticas baseadas em evidências, ou seja, monitorando a segurança e a eficácia dos tratamentos em curto e longo prazos com meios adequados e abordagens apropriadas (CLAVENNA; BONATI, 2014).

Os benefícios do tratamento do TDAH com a terapia medicamentosa decorrem da facilidade de administração, melhorias na atenção das crianças, maximização no controle dos sintomas de impulsividade e evolução da aprendizagem, tornando-se, assim, um estímulo para a busca de terapias adequadas por parte do paciente. As terapias não farmacológicas trazem grandes benefícios psicoemocionais, tendendo a afastá-lo de atitudes disruptivas ou antissociais (COELHO *et al.*, 2010).

### **3.3 “Medicalização”**

O termo “medicalização” refere-se à atualização de um método clínico como produção de uma verdade médica sobre a doença (FOUCAULT, 2001). É a transformação de aspectos não-médicos (sociais, culturais, educacionais e políticos) em aspectos médicos; ou seja, é o controle médico sobre a vida das pessoas, estabelecendo normas a respeito dos seus variados comportamentos. O processo saúde/doença é considerado como algo centrado na pessoa, segundo uma abordagem organicista (MOYSÉS; COLLARES, 2007).

O fenômeno da “medicalização” torna-se mais evidente no campo da saúde mental, no qual se observa a indicação abusiva de medicamentos para sofrimentos psíquicos que, muitas vezes, estão relacionados a problemas sociais e econômicos (CONRAD, 2007). Sendo assim, percebe-se, nesses serviços, uma terapêutica voltada para utilização de psicotrópicos, com suscetível comunicação entre profissionais e usuários (SANTOS, 2009).

O atendimento de saúde mental na rede de APS, no entanto, se restringe à consulta médica e à prescrição de medicamentos, levando à manutenção da conduta terapêutica para o transtorno mental diagnosticado. Essa prática é comum aos problemas de saúde reivindicados pelos usuários, evidenciando a doença, e não a experiência da pessoa (SANTOS, 2009).

As questões sociais, quando “medicalizadas”, perdem a dimensão coletiva; o problema deixa de ser de ordem social, histórico, político, interacional e afetivo e passa a ser individual (MOYSÉS; COLLARES, 2007; TEIXEIRA, 2008). Como exemplo, verifica-se o caso de crianças cujos problemas sociais se tornam individualizados, e a dificuldade de aprendizagem se faz resultado de um possível TDAH. Como consequência, será medicada com metilfenidato, descartando, assim, a ideia de que a aprendizagem ocorre em interação com o ensino (SILVA *et al.*, 2012). No contexto, o TDAH é descrito como um dos diagnósticos que mais sustentam, hoje, a “medicalização” da vida, em razão do crescente consumo de metilfenidato (SCHICOTTI; ABRÃO; GOUVEIA, 2014).

Um dos principais problemas relacionados ao tratamento dos transtornos mentais na rede de APS é a baixa adesão da equipe quanto à utilização dos protocolos clínicos e diretrizes baseadas em evidências para realizar o acompanhamento e tratamento. O acompanhamento dos pacientes, realizado por uma equipe multiprofissional, é de fundamental importância no campo da saúde mental, no entanto, esse processo ainda não ocorre do mesmo modo que no tratamento e acompanhamento de outras doenças crônicas (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Percebe-se nesse contexto, que os transtornos mentais são tratados de modo “medicalizado” e excessivamente, sendo as principais causas: o prescritor deixar de rever as causas do diagnóstico e medicamentos prescritos inicialmente ou por outros especialistas, pouca formação do profissional sobre o manejo de psicofármacos, pressão da indústria farmacêutica, fatores sociais ou estruturais da rede da saúde relacionados ao crescimento da prevalência de doenças susceptíveis de terapia com medicamentos, pouco tempo para consulta



médica, bem como a dificuldade de encaminhar o paciente para os serviços de terapias psicológicas alternativas (ROCHA; WERLAN, 2013).

Para a utilização racional dos psicofármacos prescritos para os transtornos mentais, é de indescritível relevância que seja realizado um controle adequado das prescrições, mediante a padronização do uso de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas que fundamentem essa prática, bem como da formação dos profissionais atuantes na rede de APS (ROCHA; WERLAN, 2013).

### **3.4 Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do TDAH: da política ao acesso.**

Os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) resultam de consenso técnico-científico e são formulados sob rigorosos parâmetros de qualidade, precisão de indicação e evidências científicas (PICON *et al.*, 2010).

Alguns estados já instituíram o Protocolo e Diretrizes Terapêuticas para uso do metilfenidato, visando a garantir uma prescrição segura e eficaz, padronização e sistematização das condutas médicas e o uso racional do medicamento (BRASIL, 2014). Exemplo é configurado na Portaria nº 986/2014, que regula a prescrição e dispensação do metilfenidato no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SÃO PAULO, 2014).

Em apoio a essa medida, as coordenações de Saúde da Criança e do Aleitamento Materno, de Saúde dos Adolescentes e dos Jovens e a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde recomendam a publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação do metilfenidato (BRASIL, 2015b).

Seguindo o mesmo modelo da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, no ano de 2015, Santa Catarina também elaborou um “*Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, para o acolhimento, o tratamento e o encaminhamento intersectorial de crianças e adolescentes com transtornos hiper-cinéticos (incluindo as síndromes de déficit de atenção com e sem hiperatividade)*”, objetivando auxiliar no diagnóstico mais seguro e na prescrição mais racional (SERRANO *et al.*, 2016).

Considerando a necessidade de se estabelecerem parâmetros sobre o TDAH no Brasil e diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento farmacológico e não farmacológico, bem como acompanhamento de crianças e adolescentes com este transtorno, emergiu uma demanda pelo desenvolvimento e possível implantação desse protocolo, inicialmente, na Rede

Pública de Saúde Infantojuvenil de Fortaleza - CE e, posteriormente, para uma possível publicação pelo Ministério da Saúde.

### ***3.4.1 Políticas de saúde mental***

A atenção voltada à saúde mental de crianças e adolescentes no contexto pós - reforma psiquiátrica, fundamentou-se na institucionalização do cuidado. Em 1992, entretanto, com a II Conferência Nacional de Saúde Mental, verificou-se que os efeitos dessa institucionalização resultavam em exclusão desses pacientes. A III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, reconhece a necessidade da criação de uma lei voltada para o amparo de crianças e adolescentes (BRASIL, 2002b).

Foi no contexto do movimento da Reforma Sanitária, sedimentada por meio da institucionalização do SUS, e do reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direitos e responsabilidades pela promulgação do *Estatuto da Criança e do Adolescente* (ECA), de 1990, que houve uma redefinição da atitude do Estado em relação à assistência e à elaboração de políticas públicas dirigidas a essa população (DELFINI; REIS, 2012).

A Portaria n.º 336, publicada em 19 de fevereiro de 2002, foi impulsionada pela III Conferência Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, em 2001, quando se percebeu a necessidade de aplicar a Reforma Psiquiátrica da Luta Antimanicomial para o público infantojuvenil (BRASIL, 2002a).

Baseado nessa portaria, de acordo com a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e pertencente à Gestão Municipal, constitui-se como um ambulatório diário para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, configurando o seu atendimento nos moldes dos locais onde está inserido, e visa a ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2009).

O CAPSi deve dispor de uma equipe multiprofissional e equipamentos variados, de atendimento regular a um número limitado de pacientes e seus familiares, em regimes diferenciados de tratamento, de acordo com as necessidades de cada caso (intensivo, semi-intensivo e não intensivo), desenvolvendo um elenco diversificado de atividades terapêuticas. Deve ainda, possibilitar atendimentos clínicos especializados, tendo como função promover saúde, inserir o usuário (crianças e adolescentes) no meio social e reabilitá-los, rompendo com o estigma da loucura (RONCHI; AVELLAR, 2010).

A recente reformulação na política de saúde mental no SUS, mediante o estabelecimento das Redes de Atenção Psicossocial – RAPS, revela, no campo da atenção às crianças e adolescentes, uma dívida de cuidado para essas pessoas (BRASIL, 2011c, 2013a). Dados do Ministério da Saúde expressam que 12% da população necessitam de alguma atenção em saúde mental contínua ou eventual, e que 2,3% do orçamento anual do SUS são destinados para essa área (MENEZES; MELO, 2010).

A atenção em saúde mental no SUS confere importantes reforços para sua ampliação e consolidação no âmbito territorial, mediante Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011c). Outros pontos de atenção ganham relevância unindo-se aos CAPS, para a formação de uma rede efetiva de cuidados, a qual se compõe de variados pontos de atenção, desde a Atenção Básica a Estratégias de Geração de Renda, Desinstitucionalização e Acolhimento Residencial.

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) oferece assistência aos pacientes com problemas de saúde mental, com inúmeros atendimentos psiquiátricos e diagnósticos realizados, e apoio matricial como uma importante ferramenta para qualificar esse trabalho. Em média, todavia, apenas 50% desses casos são diagnosticados adequadamente e uma percentagem menor ainda é tratada de acordo com as evidências científicas (BINOTTO *et al*, 2012).

### ***3.4.2 Saúde mental versus transtornos mentais infantojuvenis***

Os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes têm alta prevalência e curso crônico, além de envolverem diversos determinantes, desde fatores genéticos, desordem cerebrais, problemas no desenvolvimento, temperamento, interação com os pais, até fatores traumáticos, demográficos, sociais e culturais.

No século XX, emergiram os saberes da Psiquiatria Infantil e, paralelamente, surgiu a descrição de transtornos infantis como objetos de estudo e intervenção. É importante identificar os precursores dos transtornos psiquiátricos na infância e adolescência para o entendimento da etiologia e, assim, planejar estratégias de intervenções curativas e preventivas específicas (ASSIS, 2009).

Os transtornos mentais e comportamentais constituem uma série de perturbações e estão descritos pela *International Classification of Disorder-10* (CID-10). Esses transtornos caracterizam-se por uma combinação de idéias, emoções, comportamentos e relacionamentos fora do normal com outros indivíduos. Têm-se, como exemplos esquizofrenia, depressão,

TDAH, atraso mental e perturbações, em decorrência do uso de substâncias psicoativas (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

O DSM-IV é utilizado para classificação de transtornos mentais, adotado pela Associação Americana de Psiquiatria, correlacionando-se com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID -10. Trata-se de um sistema classificatório organizado de modo a agrupar 16 classes diagnósticas, que recebem códigos numéricos específicos e se distribuem por cinco grandes eixos (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

A prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes aumentou significativamente, em especial nas faixas etárias mais elevadas. O diagnóstico é difícil, duvidoso e desafiador, porquanto a criança está em período de desenvolvimento, quando a capacidade de mostrar o desconforto psíquico e os problemas emocionais é limitada. Sendo assim, essas condições tornam-se externalizadas por meio de um comportamento que foge dos padrões (MONTEIRO *et al.*, 2012).

As queixas de transtornos mentais e alterações de comportamentos nas crianças e adolescentes, percebidos pelos seus cuidadores, podem estar relacionadas a condições culturais e ambientais, requerendo assim uma avaliação mais cuidadosa nas escolas ou nos serviços de saúde, antes de serem encaminhadas para os serviços de saúde mental (FALAVIANA; CERQUEIRA, 2008).

Com efeito, o trabalho de analisar a percepção dos profissionais em relação ao diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais em crianças e adolescentes é bastante desafiador, pois requer formação específica, um exame criterioso e um olhar cuidadoso por parte desses profissionais (CURATOLO, 2003; GRILLO; SILVA, 2004).

Estudo realizado em Sobral - CE mostrou que os médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) se achavam despreparados para o atendimento das demandas de saúde mental e apontavam fatores importantes para caracterização desse contexto, tais como: deficiência de disciplinas na graduação que abordassem a temática saúde mental na atenção comunitária; formação profissional voltada a “preconceitos” e “tabus” em relação ao atendimento de pacientes portadores de transtornos mentais; sistemas de informação oferecidos eram ineficazes e que não privilegiavam adequadamente os atendimentos de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (PEREIRA; ANDRADE, 2017).

Verifica-se, então, a necessidade de implementar meios básicos de intervenção que ampliem a capacidade de realizar diagnósticos e manejo de transtornos mentais no

exercício clínico dos médicos da rede de APS, por exemplo: ampliação de estratégias educacionais, incrementação de modelos de integração assistencial/educativa dirigidos para a integração curricular de residentes de Psiquiatria e de Medicina Comunitária bem como, a realização de cursos introdutórios presenciais ou em formato de Educação a Distância (EAD) relativos a saúde mental (DEMARZO *et al.*, 2011; PEREIRA; ANDRADE, 2017).

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1. Tipo do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado com os médicos prescritores das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e dos CAPSi do Município de Fortaleza-CE. O período de realização da pesquisa configurou os meses de setembro de 2017 e janeiro de 2018.

O estudo quantitativo é utilizado para descrever a distribuição de variáveis pre-determinadas numa população em estudo, determinar se essas variáveis denotam uma relação de causa e efeito, estabelecer predicação e avaliar a eficácia, efetividade ou eficiência de uma intervenção (SILVA; MENEZES, 2001; STANGE, 1989).

Este estudo também se caracteriza como descritivo, pois visa à observação, ao registro e à descrição das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno abordado neste estudo (BARROS; LEHFELD, 2007; LAKATOS; MARCONI, 2010; PEROVANO, 2014).

### 4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Fortaleza – CE, a qual possui população estimada de 2.627.482 milhões de habitantes, ocupa a área de 314 km<sup>2</sup> (IBGE, 2016) e tem sua Administração Municipal dividida em Secretarias Regionais (SR's). O Anexo A traz um mapa da Capital cearense, diferenciando suas seis SR's (I, II, III, IV, V, VI).

A Rede Pública de Saúde Infantojuvenil de Fortaleza – CE compõe-se de vários serviços, incluindo componentes nos três níveis de atenção e atendimento de urgência. Vale ressaltar que se destaca, neste passo, a rede que assiste o Município de Fortaleza.

Fazendo parte dessa rede, na contextura municipal, há a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), dispondo de variados serviços (QUADRO 1), os quais, integrados e juntamente com as demais redes assistenciais e com os diversos setores da sociedade, promovem ações que garantem atender a complexidade das necessidades das pessoas com transtornos mentais e que fazem uso abusivo/dependente de álcool, *crack* e outras drogas (FORTALEZA, 2016).

Quadro 1: Serviços que fazem parte da RAPS. Fortaleza – CE, 2017.

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	06 - CAPS Álcool e Outras Drogas 06 - CAPS Geral 02 - CAPS Infantojuvenil (SR III e SR VI).
Serviços de Residência Terapêutica (SRT)	03 – SRT
Leitos em Unidade de Acolhimento (UA)	30 – leitos
Leitos em Unidade de Desintoxicação (UD)	12 – leitos
Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral Infantojuvenil (SOPAI)	25 – leitos

FONTE: Prefeitura Municipal de Fortaleza /SMS

O público infantojuvenil é atendido inicialmente nas UAPS por profissionais de nível superior, onde passam por uma avaliação na qual é determinado se o paciente será acompanhado no serviço ou se será encaminhado para a rede especializada secundária ou terciária.

A Atenção Primária à Saúde de Fortaleza é composta por 109 UAPS divididas entre as seis SR's (QUADRO 2). Atualmente, são apenas 42 UAPS, que contam com a presença de médicos pediatras (FORTALEZA, 2016).

Quadro 2 – Distribuição das Unidades de Atenção Primária à Saúde e CAPSi por Secretaria Regional (SR). Fortaleza – CE, 2017.

SECRETARIAS REGIONAIS (SRS)	Nº DE UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (UAPS)	Nº DE UAPS COM PEDIATRAS	Nº DE CAPSi
SR I	14	4	0
SR II	12	10	0
SR III	18	4	1
SR IV	13	5	0
SR V	24	9	0
SR VI	28	10	1
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>42</b>	<b>2</b>

Fonte: Célula de Atenção Especializada à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – CE.

O Município dispõe, atualmente, de dois CAPSi, sendo o CAPSi Estudante Nogueira localizado na SR III e, o CAPSi Maria Ildeuza Verçosa situado na SR VI. A demanda infantojuvenil das outras secretarias regionais fica dividida entre eles, sendo o CAPSi da SR III a referência para o atendimento das SR's I, III e V. Já o CAPSi da SR VI é a referência para o atendimento das SR's II, IV e VI (QUADRO 2). Funcionam durante os cinco dias úteis da semana e têm capacidade para realizar o acompanhamento de 180 crianças e adolescentes ao mês (FORTALEZA, 2016).

Os CAPSi são especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes, com o objetivo de reinserção social. Atendem demanda intensiva, semi-intensiva e não intensiva. A equipe multiprofissional do CAPSi é composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e educadores físicos.

Para os pacientes acolhidos, os profissionais traçam um projeto terapêutico individual e de maneira estratégica, o qual atenda as necessidades de maior interesse. Não contemplando os requisitos, esses pacientes são encaminhados para locais adequados e competentes, de acordo com as suas necessidades. Além dos atendimentos individuais, existem também as oficinas temáticas e os grupos terapêuticos, os quais são organizados por faixa etária e por perfil psicológico, coordenados por dois profissionais de formações acadêmicas distintas (FORTALEZA, 2016).

Os pacientes com transtornos mentais mais específicos que necessitam de acompanhamento profissional inexistente nos CAPSi, tampouco na rede de atenção primária, são encaminhados para os serviços especializados da rede de atenção terciária.

#### **4.3 População do estudo: caracterização e seleção**

A população do estudo englobou médicos prescritores (psiquiatras, pediatras, médicos da ESF) que atuam na Rede Pública de Saúde Infantojuvenil de Fortaleza - CE. Esses prescritores estão distribuídos nas seis SR's, onde exercem atividades nas UAPS, bem como nos dois CAPSi (QUADRO 3).

Atualmente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município é formada por 460 equipes, alocadas nas UAPS. São 385 médicos prescritores atuantes nas equipes da ESF (QUADRO 3) (FORTALEZA, 2016).



Quadro 3 – Distribuição dos profissionais prescritores da Rede Pública de Saúde Infantojuvenil, de acordo com o local de trabalho. Fortaleza – CE, 2017.

Secretarias Regionais (SRS)	Nº de profissionais de saúde das UAPS		Nº de profissionais de saúde dos CAPSi	TOTAL
	MÉDICOS DA ESF	PEDIATRAS	PSIQUIATRAS	
<b>SR I</b>	54	5	0	<b>59</b>
<b>SR II</b>	43	15	0	<b>58</b>
<b>SR III</b>	58	7	2	<b>67</b>
<b>SR IV</b>	41	5	0	<b>46</b>
<b>SR V</b>	81	8	0	<b>89</b>
<b>SR VI</b>	108	12	2	<b>122</b>
<b>TOTAL</b>	<b>385</b>	<b>52</b>	<b>4</b>	<b>441</b>

Fonte: Célula de Atenção Especializada à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – CE.

Para a seleção dos participantes, realizou-se inicialmente (agosto/2017) um levantamento na Célula de Atenção Especializada da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - CE, a fim de mapear os prescritores da rede que atendiam a demanda infantojuvenil com hipótese diagnóstica de TDAH. Foi identificado um total de 42 UAPS, distribuídas entre as seis SR`s, onde se encontravam médicos pediatras e médicos da ESF, os quais realizavam atendimento às crianças e adolescentes com hipótese diagnóstica de TDAH (QUADRO 4).

Quadro 4 - Nome das UAPS e respectivos números de equipes da Estratégia de Saúde da Família e de profissionais de saúde, por Secretaria Regional. Fortaleza - CE, 2017.

Nome das UAPS por Secretarias Regionais (SRS)	UAPS	Nº de equipes da ESF	Nº de profissionais de saúde das UAPS		
			PEDIATRAS	MÉDICOS DA ESF	TOTAL
<b>SR I</b>	<b>4</b>				
Carlos Ribeiro		6	1	6	7
Floresta		6	2	4	6
Lineu Jucá		7	1	5	6
João Medeiros		3	1	2	3
<b>TOTAL</b>		<b>22</b>	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>22</b>
<b>SR II</b>	<b>10</b>				
Frei Tito		3	1	3	4
Aída Santos		3	2	3	5
Flávio Marcílio		4	2	3	5
Odorico de Moraes		3	1	2	3
Rigoberto Romero		3	3	3	6
Benedito Arthur		3	2	3	5
Irmã Hercília		7	1	7	8
Pio XII		3	1	3	4
Paulo Marcelo		4	1	3	4
Mirian Porto Mota		3	1	3	4
<b>TOTAL</b>		<b>36</b>	<b>15</b>	<b>33</b>	<b>48</b>
<b>SR III</b>	<b>4</b>				
Anastácio Magalhães		4	3	4	7
Clodoaldo Pinto		4	1	3	4
Hermínia Leitão		4	1	3	4
Santa Liduína		3	2	2	4
<b>TOTAL</b>		<b>15</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>19</b>
<b>SR IV</b>	<b>5</b>				
Dom Aluísio Lorscheider		5	1	4	5
Ocelo Pinheiro		3	1	2	3
Parangaba		2	1	2	3
Roberto Bruno		4	1	3	4
Valdevino de Carvalho		5	1	4	5
<b>TOTAL</b>		<b>19</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>20</b>
<b>SR V</b>	<b>9</b>				
Graciliano Muniz		3	1	3	4
José Galba de Araújo		4	1	4	5
José Paracampos		4	1	3	4
José Walter		4	1	3	4
Jurandir Picanço		4	0	3	3

Quadro 4 - Nome das UAPS e respectivos números de equipes da Estratégia de Saúde da Família e de profissionais de saúde, por Secretaria Regional. Fortaleza - CE, 2017. (Continuação).

Nome das UAPS por Secretarias Regionais (SRS)	UAPS	Nº de equipes da ESF	Nº de profissionais de saúde das UAPS		
			PEDIATRAS	MÉDICOS DA ESF	TOTAL
<b>SR V</b>	<b>10</b>				
Luciano Torres de Melo		3	1	3	4
Luíza Távora		4	1	2	3
Pedro Celestino		2	1	2	3
Regina Severino		3	1	2	3
<b>TOTAL</b>		<b>31</b>	<b>8</b>	<b>25</b>	<b>33</b>
<b>SR VI</b>					
César Cals		6	2	6	8
Galba de Araújo		4	1	4	5
Hélio Goes		4	2	4	6
Janival de Almeida		3	1	3	4
Maria Grasiela		3	1	3	4
Melo Jaborandi		6	1	6	7
Monteiro de Moraes		4	1	4	5
Edimar Fugita	4	1	4	5	
Otoni Cardoso	2	1	2	3	
Maria de Lurdes Jereissati	3	1	2	3	
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>12</b>	<b>38</b>	<b>50</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>162</b>	<b>52</b>	<b>140</b>	<b>192</b>

Fonte: Célula de Atenção Especializada à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – CE.

Os dois CAPSi do Município também contavam com a presença de médicos psiquiatras os quais realizavam atendimento às crianças e adolescentes com hipótese diagnóstica de TDAH (QUADRO 5).

Quadro 5 - Nome dos CAPSi e respectivos números de profissionais de saúde, por Secretaria Regional. Fortaleza - CE, 2017.

Nome dos CAPSi por Secretarias Regionais (SRS)	CAPSi	Nº de profissionais de saúde dos CAPSi	
		PSIQUIATRAS	TOTAL
<b>SR III</b>	1		
Estudante Nogueira		2	2
<b>SER VI</b>	1		
Maria Ileuda Verçosa		2	2
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

Fonte: Célula de Atenção Especializada à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – CE.

De acordo com o levantamento realizado, foi selecionado para o estudo o total de 52 pediatras, 90 médicos da ESF e 4 psiquiatras, os quais realizavam atendimento às crianças e adolescentes com hipótese diagnóstica de TDAH, totalizando 146 médicos prescritores, distribuídos nas seis SR's (QUADRO 6).

Quadro 6 – Distribuição dos profissionais prescritores da Rede Pública de Saúde Infantojuvenil, de acordo com o local de trabalho. Fortaleza – CE, 2017.

SECRETARIAS REGIONAIS (SRS)	Nº de profissionais de saúde UAPS		Nº de profissionais de saúde CAPSi	TOTAL
	MÉDICOS DA ESF	PEDIATRAS	PSIQUIATRAS	
<b>SR I</b>	8	5	0	14
<b>SR II</b>	20	15	0	35
<b>SR III</b>	9	7	2	17
<b>SR IV</b>	11	5	0	15
<b>SR V</b>	17	8	0	26
<b>SR VI</b>	25	12	2	39
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>52</b>	<b>4</b>	<b>146</b>

Fonte: Célula de Atenção Especializada à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – CE.

#### 4.4 Critérios de inclusão e exclusão

As exigências estabelecidas aos participantes como critérios de inclusão foram: os prescritores estarem lotados nos locais onde o estudo ocorreu, realizarem atendimento a crianças e adolescentes com hipótese diagnóstica de TDAH e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Os prescritores selecionados para participação de teste-piloto da pesquisa e os prescritores que se encontravam em afastamento legal do exercício trabalhista (férias ou licença), bem como outro tipo de afastamento no momento da coleta de dados não foram convidados a participar do estudo.

#### 4.5 Tamanho e cálculo da amostra

A amostra do estudo descritivo foi calculada mediante a fórmula do tamanho da amostra, para determinar a frequência de um fator em uma população, onde:

---

##### Tamanho da amostra para a frequência em uma população

Tamanho da população (para o fator de correção da população finita ou fcp) ( $N$ ): 441

Frequência % hipotética do fator do resultado na população ( $p$ ): 83% +/-5

Limites de confiança como % de 100 (absoluto +/--%)( $d$ ): 5%

Efeito de desenho (para inquéritos em grupo- $EDFF$ ): 1

##### Tamanho da Amostra( $n$ ) para vários Níveis de Confiança

---

IntervaloConfiança (%)	Tamanho da amostra
95%	146

---

Para o dimensionamento da amostra aleatória simples, utilizou-se para o cálculo a fórmula abaixo.

Equação:

$$n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$$

Ocorreram perdas (21,2%), pois, no momento da coleta, muitos prescritores, principalmente os da Estratégia de Saúde da Família, estavam de férias, gozando licença, não estavam mais lotados nas UAPS visitadas e também não realizavam atendimento às crianças e adolescentes com hipótese de TDAH. Assim, foram contabilizados como percentual de perdas na pesquisa.

A estimativa de utilização de protocolos clínicos pelos prescritores foi realizada com base em estudos realizados no Brasil, que mostram uma prevalência de utilização desses instrumentos pelos profissionais prescritores em torno de 83,0% (CHEHUEN NETO *et al.*, 2009).

## **4.6 Procedimentos para coleta de dados**

### ***4.6.1 Descrição dos instrumentos de coleta de dados***

O instrumento de coleta que se utilizou neste estudo foi um questionário semiaberto (APÊNDICE B), direcionado aos prescritores da Rede Pública de Saúde Infantojuvenil de Fortaleza – CE.

Baseando-se no referencial teórico e nos objetivos desse estudo, o questionário foi agrupado em cinco partes, envolvendo as temáticas Dados de identificação; Dados de formação acadêmica e titulação; Características profissionais; Saberes e práticas sobre protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e Saberes e práticas com o cuidado as crianças e adolescentes com TDAH.

Para o desenvolvimento do estudo e aplicação do instrumento buscou-se articulação com as Células da Atenção Primária e de Atenção Especializada à Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - CE, informando sobre a natureza da pesquisa.

### ***4.6.2 Coleta de dados***

Aplicou-se um questionário semiaberto (APÊNDICE B) com os prescritores, por meio de visitas diretas às UAPS e CAPSi. Foi solicitado, pessoalmente, ao profissional, o preenchimento do instrumento, para não haver redução do número de participantes.

Inicialmente, foram escolhidos por sorteio, dos participantes do estudo, cinco questionários para a aplicação de um teste-piloto. Estes foram eliminados da pesquisa, conforme consta nos critérios de exclusão. A aplicação dos demais questionários ocorreu durante os meses de outubro de 2017 a janeiro de 2018.

A estratégia adotada para a coleta de dados iniciou-se pelo contato telefônico com as unidades de saúde a serem visitadas, a fim de informar sobre o estudo, identificar o horário de atendimento dos prescritores e a disponibilidade destes de participar do estudo. No dia da realização da visita, primeiramente era contactado o gestor da unidade de saúde e exibida a proposta do estudo, os aspectos éticos e os esclarecimentos de dúvidas, além da entrega do ofício de autorização da pesquisa, emitido pela Coordenadoria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGTES) da SMS de Fortaleza - CE (ANEXO C).

Após o aceite, era acordado o horário que melhor se adequasse ao prescritor, para não comprometer o desenvolvimento de suas atividades. No momento do contato com o prescritor, eram explicados os objetivos do estudo, sua relevância, os aspectos éticos e esclarecimento de dúvidas e, em seguida, eram entregues o TCLE (APÊNDICE A) e o questionário para preenchimento.

#### **4.6.3 Estudo – piloto**

Efetivou-se um estudo piloto no período de 18 a 30 de setembro de 2017, com cinco questionários, selecionados por sorteio, dos participantes do estudo, com os objetivos a seguir.

- ✓ Testar o instrumento de coleta de dados.
- ✓ Avaliar o nível de compreensão das perguntas.
- ✓ Testar se a estrutura do instrumento utilizado possibilitava a entrada adequada dos dados e sua posterior análise por meio do programa estatístico EPI-INFO.

Após a realização do teste-piloto, foi efetuado um ajuste de linguagem e reorganização das variáveis, tornando instrumento mais preciso. O contexto delas, no entanto, permaneceu o mesmo. A aplicação dos demais questionários ocorreu durante os meses de outubro de 2017 a janeiro de 2018.

#### **4.7 Descrição das variáveis**

Para análise descritiva, as variáveis foram classificadas em contínuas ou discretas e categóricas (ARANGO, 2009).

As variáveis contínuas ou discretas definidas:

- *Idade*: número de anos do participante no momento da pesquisa.
- *Tempo decorrido da conclusão do curso de graduação*: período (em anos) compreendido da conclusão do curso de graduação à data do preenchimento do questionário.
- *Tempo de serviço no local de trabalho na rede pública*: período compreendido do início de atuação na ESF à data do preenchimento do questionário. Foram consideradas todas as experiências de trabalho nas ESF do Município de Fortaleza – CE.
- *Tempo de serviço no local de trabalho na rede privada*: período compreendido do início de atuação na rede privada à data do preenchimento do questionário.

➤ *Frequência com que utiliza Protocolo Clínico ou Diretriz Terapêutica como instrumento de intervenção para cuidado do TDAH:* período em que utilizava o instrumento.

➤ *Frequência em que realiza o diagnóstico:* período apresentado pelos participantes que realizam diagnósticos desses pacientes.

➤ *Idade mínima para a qual prescreve o metilfenidato:* opções expressas pelos participantes para a melhor idade de utilização do medicamento.

Variáveis categóricas:

➤ *Características demográficas dos prescritores* - Gênero: definição do participante como homem ou mulher.

➤ *Características formativas e profissionais dos prescritores:* grau máximo de titulação, curso de maior titulação do participante da pesquisa, especialidade médica, tipo de vínculo no serviço público, atuação do profissional na Rede de Saúde Mental infantojuvenil.

➤ *Saberes e práticas para utilização de Protocolos Clínicos:* conhecimento de protocolos clínicos, momentos na prática profissional em que aplica protocolos clínicos, fontes de informações que utiliza para acessar os protocolos clínicos, disponibilização dos protocolos clínicos pelas instituições.

➤ *Utilização dos Protocolos Clínicos para o TDAH:* uso de protocolo clínico ou diretriz terapêutica como instrumento de intervenção para cuidado do TDAH, motivo da utilização dos protocolos clínicos no diagnóstico e tratamento do TDAH, grau de importância de empregar um protocolo clínico para TDAH na Rede de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de Fortaleza.

➤ *Crítérios relacionados ao diagnóstico do TDAH:* realização do diagnóstico na sua rotina de trabalho, critérios que utiliza para o diagnóstico do TDAH, profissionais indicados para auxiliar no diagnóstico e tratamento do TDAH, critérios estabelecidos antes do início do tratamento farmacológico e durante sua consecução. Duas perguntas abertas foram aplicadas aos prescritores a fim de investigar se conheciam e utilizavam algum tipo de protocolo clínico e diretrizes terapêuticas direcionado para o cuidado do TDAH implantados no Brasil.

➤ *Estratégias terapêuticas das crianças e adolescentes com TDAH:* abordagens terapêuticas recomendadas para TDAH, avaliação do tratamento não medicamentoso para TDAH, tipos de terapias não medicamentosas recomendadas para tratamento do TDAH, recomenda tratamento farmacológico para TDAH, avaliação da utilização de metilfenidato,



outras opções medicamentosas para tratamento do TDAH, critérios utilizados para primeira escolha, critérios considerados relevantes na realização de uma prescrição médica.

#### **4.8 Análise dos dados**

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados utilizando-se o programa estatístico EPI-INFO versão 3.5.1. O mesmo programa foi aplicado para a obtenção de frequências simples das variáveis de interesse, e estas, mostradas por meio de percentuais e proporções em tabelas.

Para as variáveis contínuas ou discretas, foram empregadas medidas de tendência central (média, mediana, mínimo e máximo) e dispersão (desvio-padrão). Para as categóricas, foram realizadas estatísticas descritivas simples (proporção).

#### **4.9 Aspectos éticos**

Esse estudo faz parte do projeto “guarda-chuva” intitulado “Uso de psicotrópicos e problemas de formulações no atendimento às crianças e adolescentes na rede pública de saúde em Fortaleza- Ceará”, autorizado pela Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGTES) da SMS de Fortaleza – CE (ANEXO C), por meio da declaração nº P245428/2016, cuja realização foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), (ANEXO B) mediante o Parecer nº 1.684.517.

Os médicos prescritores selecionados foram esclarecidos sobre os aspectos éticos dessa pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). A eles foi assegurada a confidencialidade da informação fornecida por via do preenchimento dos questionários, sendo todo o material guardado em lugar seguro. Reconhecem-se que os entrevistados podem ter se sentido constrangidos ou desconfortáveis ao serem abordados para participar do estudo e ao fornecerem informações relacionadas a suas formações e a suas rotinas de trabalho. Foram assegurados a eles o acesso aos procedimentos da pesquisa e a opção de desistência. Este estudo seguiu as diretrizes de pesquisas que envolvem seres humanos, estabelecidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013b).

## 5 RESULTADOS

Neste estudo descritivo, com abordagem quantitativa, foi aplicado um questionário (APÊNDICE B) aos prescritores da Rede Pública de Saúde Infantojuvenil de Fortaleza – CE, a fim de analisar seus saberes e práticas sobre protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o TDAH em crianças e adolescentes.

Dos 146 (n=146) prescritores selecionados para participar do estudo de acordo com o cálculo amostral, 115 (n=115) responderam ao questionário. Deixaram de participar do estudo 31 prescritores (n=31). Destes, 05 (03 pediatras e 02 médicos da ESF) se recusaram a participar do estudo e 26 (06 pediatras e 20 médicos da ESF) não participaram por estarem de férias, licença ou não estavam mais lotados na unidade de saúde no período da coleta de dados (QUADRO 7). Esse quantitativo de prescritores excluídos representou 21,2% de perdas do total da amostra selecionada.

Quadro 7- Distribuição dos prescritores que participaram do estudo, na Rede Pública de Saúde Infantojuvenil. Fortaleza - CE, 2017.

SECRETARIAS REGIONAIS (SRS)	Nº de profissionais de saúde UAPS		Nº de profissionais de saúde CAPSi	TOTAL
	MÉDICOS DA ESF	PEDIATRAS	PSIQUIATRAS	
<b>SR I</b>	5	2	0	7
<b>SR II</b>	14	13	0	27
<b>SR III</b>	7	7	2	16
<b>SR IV</b>	8	4	0	12
<b>SR V</b>	14	7	0	21
<b>SR VI</b>	20	10	2	32
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>43</b>	<b>4</b>	<b>115</b>

Fonte: Célula de Atenção Especializada à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – CE, 2017.

Cada subitem dessa parte do estudo corresponde a uma das categorias constituídas na etapa de análise dos dados, a saber: características demográficas dos prescritores, características formativas e profissionais dos prescritores, formação para utilização de protocolos clínicos, utilização dos protocolos clínicos para o TDAH, critérios relacionados ao diagnóstico do TDAH e estratégias terapêuticas das crianças e adolescentes com TDAH.

## 5.1 Características demográficas dos prescritores

Dos 115 prescritores que participaram do estudo, houve predominância do sexo feminino, sendo 67,0% (77) mulheres e 33,0% (38) homens (TABELA 1). Em relação à idade, a média do estudo foi de 44 anos, variando de 23 a 76 anos (TABELA 1).

## 5.2 Características formativas e profissionais dos prescritores

A variação do término da graduação abrangeu o período que compreende os anos de 1972 (mínimo) e 2017 (máximo). Os dados mostram que 50,4% (58) prescritores possuíam um tempo menor ou igual a 18 anos de graduados e 49,6% (57) prescritores exprimiram tempo de graduação acima de 18 anos. A média do tempo decorrido do ano de conclusão da graduação foi de 18,3 anos (TABELA 1).

No estudo, verificou-se que 39,1% (45) dos prescritores concluíram seu curso de graduação até 1994, ano de criação do PSF. Dos 115 prescritores, 81,7% (94) realizaram algum curso de pós-graduação, seja *lato sensu* ou *stricto sensu*, enquanto 18,3% (21) ainda eram somente graduados (TABELA 1).

O estudo detalhou a divisão dos profissionais por grau máximo de titulação (graduação, especialização, residência, mestrado acadêmico, mestrado profissional e doutorado). Percebeu-se predomínio de realização dos cursos *lato sensu* por parte dos prescritores, contabilizando 47,0% (54) como residentes e 23,4% (27) como especialistas. Os cursos de pós-graduação *stricto sensu* apresentaram poucos representantes entre os prescritores, sendo 8,7% (10) mestres e 2,6% (3) doutores (TABELA 1).

Em relação à variável especialidade médica dos prescritores, verificou-se que 53,0% (61) eram médicos da ESF, 37,4% (43) pediatras, 3,5% (04) psiquiatras e 6,1% (07) outros (médicos que possuíam apenas graduação e que atuavam na ESF). Nas unidades de saúde visitadas não havia nenhum médico neurologista atuando como membro das equipes (TABELA 1).

Considerável número de prescritores [27,8% (32)] relatou ter mais de uma especialidade médica. Normalmente, trabalham em outros locais que não fazem parte da rede, exercendo essas outras especialidades. Considerando o contexto do estudo, os prescritores de mais de uma especialidade médica que se destacaram foram: os que atuam na ESF e são psiquiatras, representando 3,5% (04) e os que fazem parte da ESF e são pediatras

representando 4,3% (05). Foi detectado apenas 0,8% (01) prescritor que atuava na UAPS como pediatra e tinha residência em Neurologia, porém, não exercia essa atividade.

**TABELA 1-** Distribuição das características demográficas, formativas e profissionais dos prescritores da Rede Pública de Saúde Infantojuvenil. Fortaleza - CE, 2017.

Variáveis	n	%	Desvio					
			Média	Padrão	Variância	Mínimo	Máximo	Moda
<b>Idade (anos) (n=115)</b>			44,0	11,9	143,7	23	76	31
40-76	70	60,9						
23-39	45	39,1						
<b>Sexo (n=115)</b>								
Feminino	77	67						
Masculino	38	33						
<b>Tempo de formação profissional (anos) (n=115)</b>			18,3	12,5	157,2	1	46	2
Menor ou igual a 18 anos*	58	50,4						
Acima de 18 anos	57	49,6						
<b>Titulação (n=115)</b>								
Residência	54	47,0						
Especialização	27	23,4						
Graduação	21	18,3						
Mestrado Profissional	7	6,1						
Mestrado Acadêmico	3	2,6						
Doutorado	3	2,6						
<b>Especialidade Médica (n=115)</b>								
Médico da ESF	61	53,0						
Pediatra	43	37,4						
Outros**	7	6,1						
Psiquiatra	4	3,5						
Neurologista	-	-						

\* Seis profissionais com tempo inferior de um ano de serviço; \*\* Profissionais que possuem apenas graduação que atuam na ESF.

Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao local de trabalho, verificou-se que 53,1% (61) dos prescritores trabalhavam na rede pública, e 46,9% (54) nas redes públicas e privadas. O tempo médio de

trabalho na rede pública foi de 10,9 anos, com variação de 0,8 (mínimo) e 30 (máximo) anos (TABELA 2).

Os prescritores também foram classificados quanto ao vínculo de trabalho estabelecido com a Prefeitura Municipal de Fortaleza - CE. Concurso público (estatutário) foi a forma que apresentou o maior percentual, contando com 59,1% (68) dos profissionais, seguido pela classificação “Bolsista Mais Médicos”, com 25,2% (29) dos participantes. Os vínculos “contrato por tempo determinado” e “processo seletivo (celetista)” denotaram, respectivamente, 9,6% (11) e 0,9% (1) dos profissionais. Apenas 0,9% (01) profissional assinalou o vínculo por “contrato indeterminado”. O item “Bolsista Provab” foi assinalado por 1,7% (02) dos profissionais (TABELA 2).

Outra variável analisada foi quanto à atuação dos prescritores na Rede de Atenção de Saúde Mental Infantojuvenil de Fortaleza - CE, pois 9,6% (11) afirmaram que faziam parte da rede e 90,4% (104) não atuavam (TABELA 2).

**TABELA 2 - Distribuição das características formativas e profissionais dos prescritores da Rede Pública de Saúde Infantojuvenil. Fortaleza - CE, 2017.**

Variáveis	n	%	Média	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
<b>Rede de atuação profissional (n=115)</b>							
Rede pública	61	53,1					
Rede pública e privada	54	46,9					
<b>Tempo de serviço do profissional* (anos) (n=115)</b>							
Rede pública	115	100	10,9	9,5	18,9	0,8	30,0
Rede privada	54	46,9	14,1	10,5	20,9	0,16	38,0
<b>Forma de ingresso no serviço público (n=115)</b>							
Concurso público (estatutário)	68	59,1					
Bolsista mais médicos	29	25,2					
Contrato por tempo determinado	11	9,6					
Residência médica	3	2,6					
Bolsista PROVAB	2	1,7					
Contrato por tempo indeterminado	1	0,9					
Processo seletivo simplificado (celetista)	1	0,9					
<b>Profissional atua na rede de atenção de saúde mental infantojuvenil de Fortaleza (n = 115)</b>							
Não	104	90,4					
Sim	11	9,6					

\*Alguns profissionais trabalham em ambas as redes (pública e privada).

Fonte: Elaboração própria.

### 5.3 Saberes e práticas sobre protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas

Os resultados mostram que, em sua maior parte, os prescritores 93,9% (108) conhecem os protocolos clínicos e que 76,5% (88) aplicam esses instrumentos na sua prática profissional no momento do diagnóstico e tratamento.

Quanto às fontes de informações utilizadas para acessar os protocolos clínicos, os profissionais assinalaram mais de uma opção. Verificou-se que 28,4% (87) utilizavam sites oficiais (Ministério da Saúde, CONITEC), 20,9% (64) os *guidelines*, 17,3% (53) os protocolos impressos e 15,7% (48) os periódicos (TABELA 3).

Quanto à disponibilização de protocolos clínicos pelas instituições nas quais os profissionais trabalham, 62,2% (72) viabilizam esse material. Entre os disponibilizados, 48,4% (59) são protocolos impressos do Ministério da Saúde, 36,1% (44) são por intermédio de sites oficiais (Ministério da Saúde, CONITEC) e 10,6% (13) dos *guidelines* (TABELA 3).

**TABELA 3** – Relação das variáveis categóricas para os saberes e práticas dos prescritores sobre protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Fortaleza – CE, 2017.

Variáveis	n	%
<b>Profissional conhece protocolos clínicos? (n=115)</b>		
Sim	108	93,9
Não	7	6,1
<b>Momentos da prática profissional que aplica protocolos clínicos (n = 115)</b>		
Em ambos	88	76,5
Não utiliza	13	11,3
No diagnóstico	7	6,1
Na escolha do tratamento	5	4,3
Outros	2	1,7
<b>Fontes de informação utilizadas para acessar protocolos clínicos* (n=306)</b>		
Sites oficiais (Ministério da Saúde, CONITEC)	87	28,4
<i>Guidelines</i>	64	20,9
Protocolos impressos	53	17,3
Periódicos (revistas científicas, artigos, bases de dados)	48	15,7
<i>Textbooks/handbooks</i>	33	10,8
Material distribuído por representantes	12	3,9
Outros	9	2,9
<b>Protocolos clínicos são disponibilizados pelas instituições? (n=115)</b>		
Sim	72	62,2
Não	43	37,4
<b>Protocolos clínicos disponibilizados pelas instituições ** (n=122)</b>		
Protocolos impressos do Ministério da Saúde	59	48,4
Sites oficiais (Ministério da Saúde, CONITEC)	44	36,1
<i>Guidelines</i>	13	10,6
<i>Textbooks/handbooks</i>	6	4,9

\* variável com mais de uma resposta, \*\* variável apresentando mais de uma resposta.

Fonte: Elaboração própria.

#### 5.4 Utilização dos protocolos clínicos para o TDAH

Quanto a utilização dos protocolos clínicos como instrumento de intervenção para o cuidado às crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH, os resultados mostram que apenas 14,8% (17) dos prescritores fazem uso do instrumento e que 8,7% (10) os utilizam parcialmente. 33,4% (09) são utilizados de forma semanal, 37,0% (10) esporadicamente e 25,9% (07) mensalmente. Apenas 3,7% ou seja, 01 profissional assinalou utilizar o instrumento diariamente. O total de 76,5% (88) dos prescritores não utiliza o instrumento (TABELA 4).

**TABELA 4** - Relação das variáveis categóricas quanto à utilização, pelos prescritores, dos protocolos clínicos para o cuidado do TDAH. Fortaleza – CE, 2017.

Variáveis	n	%
<b>Utilização de protocolo clínico ou diretriz terapêutica como instrumento de intervenção para o TDAH (n=115)</b>		
Não	88	76,5
Sim	17	14,8
Utiliza parcialmente	10	8,7
<b>Frequência que utiliza (n=27)</b>		
Outra (esporadicamente)	10	37,0
Semanal	9	33,4
Mensal	7	25,9
Diária	1	3,7

Fonte: Elaboração própria.

#### 5.5 Critérios relacionados ao diagnóstico do TDAH

Os resultados mostram que 47,8% (55) das crianças e adolescentes atendidos na rede são diagnosticados com TDAH. Em relação à frequência que realizam o diagnóstico, verificou-se que 43,6% (24) são realizados esporadicamente, 30,9% (17) mensal, 18,2% (10) semanal e 7,3% (04) diariamente. Maior quantitativo de profissionais 52,2% (60) não realiza o diagnóstico do TDAH (TABELA 5).

Dos critérios para diagnóstico relacionados ao TDAH, os principais foram: avaliação dos sintomas clínicos 44,3% (54) e histórico familiar 23,7% (29). O DSM e a CID – 10 exibiram resultados semelhantes no estudo, respectivamente 14,0% (17) e 14,7% (18) (TABELA 5). Alguns profissionais, 3,3% (04) utilizam outros tipos de critérios para diagnóstico: “escala para rastreio do TDAH”, “observação clínica”, “relatórios da escola” e “livro (*Mentes Inquietas*).

Em relação às abordagens terapêuticas adotadas pelos prescritores para o tratamento do TDAH, foram identificadas as três principais: terapias psicológicas [43,5% (50)], terapias educativas [26,9% (31)] e [20,0% (23)] terapia farmacológica. Na opção “outras”, 9,6% (11) dos prescritores citaram outros tipos de terapias que costumavam recomendar: atividades educativas, atividades físicas, musicoterapia, orientação para a escola, trabalho com a família e encaminhamento ao especialista para que realize a indicação (TABELA 5).

**TABELA 5** - Relação das variáveis categóricas dos critérios utilizados para o diagnóstico do TDAH. Fortaleza – CE, 2017.

Variáveis	n	%
<b>Na sua rotina de trabalho é realizado o diagnóstico de crianças e adolescentes com TDAH? (n=115)</b>		
Não	60	52,2
Sim	55	47,8
<b>Frequência que realiza o diagnóstico do TDAH (n=55) *</b>		
Outra (esporadicamente)	24	43,6
Mensal	17	30,9
Semanal	10	18,2
Diária	4	7,3
<b>Crítérios utilizados para diagnóstico do TDAH (n=122) **</b>		
Avaliação dos sintomas clínicos	54	44,3
Histórico familiar	29	23,7
Classificação Internacional de Doenças (CID 10)	18	14,7
Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais	17	14,0
Outros	4	3,3
<b>Abordagens terapêuticas que costuma recomendar para o TDAH (n = 115) ***</b>		
Terapias Psicológicas	50	43,5
Terapias Educativas	31	26,9
Terapia Farmacológica	23	20,0
Outras	11	9,6

\*O n=55 refere-se aos prescritores que afirmaram realizar o diagnóstico do TDAH; \*\* marcaram mais de uma opção; \*\*\*o n=115 nesta variável é diferente do n da pesquisa.

Fonte: Elaboração própria.

Quanto à designação dos profissionais para auxiliar no diagnóstico e tratamento do TDAH, verificou-se que 42,2% (111) eram médicos especialistas, 32,0% (84) psicólogos e 14,8% terapeutas ocupacionais. Os profissionais enfermeiros e farmacêuticos foram mostrados como pouco indicados. Alguns prescritores [5,4% (14)] indicaram outros tipos de profissionais, como fonoaudiólogos e psicopedagogos (TABELA 6). Dos 111 médicos especialistas designados para auxiliar no diagnóstico e tratamento do TDAH, os principais recomendados foram: 31,6% (35) neuropediatras, 27,9% (31) neurologistas, 14,4% (16)



psiquiatras e 4,5% (05) pediatras. Alguns prescritores, no entanto, recomendaram mais de uma especialidade médica: 13,5% (15) neurologista e psiquiatra, 3,6% (04) neurologista e pediatra, 2,7% (03) pediatra e psiquiatra e 1,8% (02) neuropediatra e psiquiatra.

Outro questionamento tratado com os profissionais de saúde foi sobre os motivos da utilização do instrumento no diagnóstico e tratamento do TDAH. O “aumento da precisão diagnóstica”, a “melhor escolha do tratamento” e “trazem benefícios” foram os principais motivos expressos pelos prescritores. A opção “não se aplica” denotou o maior percentual, 41,4% (67), considerando um número significativo de prescritores (76,5%) que não utilizavam o instrumento (TABELA 6).

Para avaliação do grau de importância em empregar um protocolo clínico para tratamento do TDAH na rede infantojuvenil de Fortaleza-CE, observou-se que 44,3% (51) dos prescritores consideraram extremamente importante, 33% (38) muito importante e 21,7% (25) importante. Apenas 0,9% (01) prescritor considerou sem nenhuma importância. A opção “pouco importante” não foi assinalada por nenhum profissional (TABELA 6).

**TABELA 6 -** Relação das variáveis categóricas utilizadas para realizar o diagnóstico do TDAH. Fortaleza – CE, 2017.

Variáveis	n	%
<b>Profissionais indicados para auxiliar no diagnóstico e tratamento do TDAH (n=263) *</b>		
Médico especialista**	111	42,2
Psicólogo	84	32,0
Terapeuta ocupacional	39	14,8
Outros	14	5,4
Enfermeiro	9	3,4
Farmacêutico	6	2,2
<b>Motivos para utilizar os protocolos clínicos no diagnóstico e tratamento do TDAH (n=162) **</b>		
Aumento da precisão diagnóstica	30	18,5
Melhor escolha do tratamento	27	16,7
Trazem benefícios	26	16,0
Diminuição dos custos	11	6,8
Limitações na aplicabilidade	1	0,6
Não se aplica	67	41,4
<b>Importância de empregar um protocolo clínico para tratamento do TDAH na Rede de Atenção Infantojuvenil de Fortaleza-CE (n=115)</b>		
Extremamente importante	51	44,3
Muito importante	38	33,0
Importante	25	21,7
Sem nenhuma importância	1	0,9
Pouco importante	-	-

\* Várias opções marcadas neste ítem; \*\* mais de uma opção marcada neste ítem em alguns questionários.

Fonte: Elaboração própria.

## 5.6 Estratégias terapêuticas das crianças e adolescentes com TDAH

Dos 115 prescritores participantes do estudo, 36,5% (42) estabelecem critérios antes de iniciar o tratamento farmacológico do TDAH e durante sua consecução; sendo que 85,7% (36) recomendam parcialmente e 14,3% (06) recomendam todos os critérios (TABELA 7).

Em relação ao grau de importância do tratamento não medicamentoso, verificou-se que a maior parte dos prescritores [56,5% (65)] considerou “extremamente importante”. Um percentual muito pequeno [1,7% (2)] dos prescritores considerou “pouco importante” ou “sem importância” esse tipo de tratamento (TABELA 7).

As principais terapias não medicamentosas recomendadas para o TDAH foram: Terapia cognitivo comportamental 32% (93), Treinamento de Pais 29,2% (85) e Treinamento de Habilidades Sociais 26,5% (77). O *Neurofeedback* foi pouco recomendado [5,5% (16)]. Alguns prescritores 5,1% (15) recomendaram outros tipos de terapias, como: atividades físicas, terapias alternativas, homeopatia, método Kumon e psicomotricidade (TABELA 7).

**TABELA 7-** Relação das variáveis categóricas utilizadas pelos prescritores para identificação das estratégias terapêuticas recomendadas para crianças e adolescentes com TDAH. Fortaleza - CE, 2017.

Variáveis	n	%
<b>Você costuma estabelecer critérios antes do tratamento farmacológico e durante sua consecução? (n=115) *</b>		
Não	73	63,5
Sim	42	36,5
<b>Critérios Recomendados (n=42) *</b>		
Recomendam parcialmente	36	85,7
Recomendam todos os critérios	6	14,3
<b>Como você avalia o tratamento não medicamentoso utilizando uma escala de 1 a 5? (n=115)</b>		
Extremamente importante	65	56,5
Muito importante	29	25,2
Importante	19	16,5
Pouco importante	2	1,7
Sem numa importância	-	-
<b>Tipos de terapias não medicamentosas recomendadas para tratamento do TDAH (n=291) **</b>		
Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)	93	32,0
Treinamento de Pais (TP)	85	29,2
Treinamento de Habilidades Sociais (THS)	77	26,5
<i>Neurofeedback</i>	16	5,5
Outros***	15	5,1
Não recomenda	5	1,7

\* Avaliação do peso e altura, medição do pulso e pressão arterial, ECG, exames sanguíneos; \*\* mais de uma opção marcada em alguns questionários; \*\*\* outros tipos de terapias recomendadas.

Fonte: Elaboração própria.

Em relação as prescrições que realizam, 47,8% (55) dos profissionais consideraram todos os critérios relevantes, 47,0% (54) parcialmente relevantes e um pequeno percentual 5,2% (06) os consideram irrelevantes (TABELA 8).

**TABELA 8** – Relação dos critérios utilizados pelos prescritores ao realizar uma prescrição médica. Fortaleza - CE, 2017.

Variáveis	n	%
<b>Critérios que considera relevante ao realizar uma prescrição médica * (n=115)</b>		
Todos os critérios relevantes	55	47,8
Critérios parcialmente relevantes	54	47,0
Critérios sem relevância	6	5,2

\* Idade do paciente; comorbidades; efeitos adversos; resposta terapêutica.

Fonte: Elaboração própria.

Quanto à recomendação da terapia farmacológica para tratamento do TDAH, a maior parte dos prescritores não realiza 63,5% (73) o tratamento de primeira escolha. Dentre os que recomendam o tratamento farmacológico, 36,5% (42) orientam como principal escolha o metilfenidato 78,6% (33), seguido da lisdexanfetamina 11,9% (05). Alguns prescritores 11,9% (05) recomendam outros fármacos como primeira escolha (risperidona e antipsicóticos) (TABELA 9).

Os critérios mais utilizados para realização da primeira escolha foram: evidências científicas (protocolos clínicos, *guidelines*) e melhor resposta terapêutica com mesma frequência de utilização, 32,2% (19) cada uma, e melhoria dos sintomas de impulsividade, representando 27,1% (16). Apenas 8,5% (05) dos prescritores, indicaram o critério facilidade de administração (TABELA 9).

Considerando as outras opções medicamentosas para tratamento do TDAH, a risperidona foi o medicamento de maior escolha, 41,7% (48). A nortriptilina apareceu com menor frequência [6,1% (07)], seguida da bupropiona e da imipramina que apontou o mesmo percentual de escolha 5,2% (06). Alguns prescritores [3,5% (04)] apresentaram outras opções de medicamentos utilizados, como anticonvulsivantes e antipsicóticos (TABELA 9).

**TABELA 9-** Relação das variáveis categóricas utilizadas pelos prescritores para caracterização da abordagem farmacológica recomendada para crianças e adolescentes com TDAH. Fortaleza - CE, 2017.

Variáveis	n	%
<b>Você recomenda tratamento farmacológico para o TDAH? (n=115)</b>		
Não	73	63,5
Sim	42	36,5
<b>Recomendação como tratamento de primeira escolha (n=42)</b>		
Metilfenidato	33	78,6
Outros	5	11,9
Lisdexanfetamina	4	9,5
Atomoxetina	-	0
<b>Critérios que utiliza para a primeira escolha (n=59) *</b>		
Evidências científicas (protocolos clínicos, guidelines)	19	32,2
Melhor resposta terapêutica	19	32,2
Melhoria dos sintomas de impulsividade	16	27,1
Facilidade de administração	5	8,5
<b>Outras opções medicamentosas que podem ser utilizadas para tratamento do TDAH (n=115)</b>		
Risperidona	48	41,7
Não prescrevem	42	36,5
Nortriptilina	7	6,1
Bupropiona	6	5,2
Imipramina	6	5,2
Outros**	4	3,5
Clonidina	2	1,8

\*Apresentam mais de uma opção de resposta; \*\*a opção “outros” refere-se a outros tipos de medicamentos, e a alguns profissionais, dizendo que não prescreve outro tipo de medicamento.

Fonte: Elaboração própria.

No concernente à avaliação dos resultados do uso do metilfenidato, 39,2% (45) dos prescritores consideram satisfatórios; pequena quantidade 2,6% (03) considerou não satisfatório e 58,2% (67) dos prescritores assinalou a opção “outros”, onde especificaram em sua maior parte [51,3% (59)] que “não prescreviam o medicamento”. (TABELA 10).

A idade mínima de prescrição do metilfenidato foi a partir dos seis anos de idade [13,9% (16)]. Alguns prescritores [4,3% (05)] consideraram a idade mínima de prescrição de 12 anos de idade. A maior parte dos profissionais [81,7% (94)] relatou não prescrever o medicamento (TABELA 10).

**TABELA 10-** Relação das variáveis categóricas utilizadas pelos prescritores quanto ao uso do metilfenidato para crianças e adolescentes com TDAH. Fortaleza - CE, 2017.

Variáveis	n	%
<b>Como avalia os resultados do uso do cloridrato de metilfenidato? (n=115)</b>		
Outros*	67	58,2
Satisfatórios	45	39,2
Não satisfatórios	3	2,6
<b>Idade mínima de pacientes que prescreve o metilfenidato? (n=115)</b>		
Não prescrevo	94	81,8
A partir dos 6 anos de idade	16	13,9
A partir dos 12 anos de idade	5	4,3
A partir dos 3 anos de idade	-	-

\*A opção outros refere-se aos prescritores que afirmaram “não prescrever” o medicamento.

Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao conhecimento dos profissionais sobre protocolo e diretrizes clínicas para o TDAH implantados no Brasil, verificou-se que 93,0% (107) dos prescritores não conhecem nenhum instrumento implantado no Brasil; apenas 7,0% (08) afirmaram ter conhecimento (TABELA 11). Quanto ao nome do instrumento que afirmaram conhecer, foram especificados diferentes tipos, considerados pelos prescritores como protocolos.

**TABELA 11-** Conhecimento dos prescritores sobre protocolos clínicos recomendados para TDAH. Fortaleza - CE, 2017.

Variáveis	n	%
<b>Profissional conhece algum protocolo e diretrizes clínicas para o TDAH implantados no Brasil? (n=115)</b>		
Não	107	93,0
Sim	08	7,0
<b>Quais? (n=08)</b>		
Escala SNAP-4	1	12,5
MC. CHAT.	1	12,5
PCDT do Ministério da Saúde	1	12,5
Protocolo do Rio Grande do Sul	1	12,5
Protocolo implantado em São Paulo escrito pelo Rodhe	1	12,5
Protocolo disponibilizado periodicamente pelo PSF	1	12,5
Psiquiatria e neurologia infantil do Dr. Assunção.	1	12,5
Questionário da OMS	1	12,5

Fonte: Elaboração própria.

## 6 DISCUSSÃO

Em razão da proposta de descrever os saberes e práticas sobre protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para o TDAH em crianças e adolescentes, procedeu-se à aplicação de um questionário com os prescritores da Rede Pública de Saúde Infantojuvenil na cidade de Fortaleza-CE.

A descrição das características demográficas, formativas e profissionais foi analisada sob alguns aspectos. Os resultados obtidos demonstram uma série de características para os prescritores com a seguinte predominância: sexo feminino, adultos de meia-idade, concursados, bom tempo de trabalho na rede (média de 10,9 anos), bom tempo de formados, a maior parte tinha o título de residência médica (principalmente em Pediatria) e especialização.

A média de idade dos participantes do estudo foi de 44 anos, variando de 23 a 76 anos. O tempo médio decorrido do ano de conclusão da graduação foi de 18,3 anos. Em relação à variável especialidade médica, verificou-se que 53,0% (61) eram médicos da ESF e 37,4% (43) pediatras. Um considerável número de prescritores [27,8% (32)] relatou ter mais de uma especialidade médica, bem como exercem essas outras especialidades em locais que não fazem parte da rede.

Esses achados corroboram os de outro estudo, no qual os profissionais entrevistados eram considerados experientes no diagnóstico e tratamento desse transtorno, visto que 57,0% dos entrevistados tinham bom tempo de atuação (mais de dez anos) com crianças com TDAH e 76,7% tinham bom tempo de formação (mais de dez anos). A maioria desses profissionais, entretanto, não aderiu à sua prática cotidiana o conhecimento sobre instrumentos, critérios e recomendações, produzidos na última década, sobre o TDAH (PEIXOTO; RODRIGUES, 2008).

Resultados semelhantes foram evidenciados em outro estudo realizado com 31 médicos nas UBS do Município de Embu – SP, onde a idade dos participantes variou de 30 a 68 anos (média de 46,7 anos) e os anos de formação indicaram a média de 21,3 anos. Em relação a especialidade médica, dos 31 profissionais que responderam ao questionário, 24 deles haviam realizado residência ou especialização na área de Pediatria, três em Clínica Médica e quatro em Medicina Social/Saúde Pública. Em relação a outras atividades, 17 profissionais relataram que mantêm atuação em um ou mais serviços além das UBS do Município (RIBEIRO *et al.*, 2010).

Em relação à categoria profissional, um dado que chamou bastante atenção foi a inexistência de neurologistas na rede de APS, tendo em vista a necessidade de profissionais com essa especialidade, experiência e prática profissional para realização do diagnóstico de TDAH em crianças e adolescentes. No estudo de Peixoto e Rodrigues (2008), verificou-se que entre os profissionais entrevistados, os neurologistas foram os que realizaram com maior frequência o diagnóstico de TDAH em crianças pré-escolares.

Evidenciou-se elevada frequência de pediatras, concursados, com tempo de formação profissional considerável, representando um quantitativo de prescritores mais experientes para o acompanhamento das crianças e adolescentes com possível diagnóstico de TDAH, atendidos na rede.

A atuação do pediatra na APS é relevante, por ser o profissional que conhece e acompanha cada fase do desenvolvimento da criança. O momento de realização da consulta é de fundamental importância, pois, o profissional observa desde a entrada do paciente com seus familiares na sala do consultório até a maneira como ele brinca, demonstra afeto e o seu humor. Esse momento inicial exige do profissional habilidade e sensibilidade, a fim de estabelecer boa relação médico-paciente, quando decidirá o sucesso ou o fracasso no diagnóstico precoce dos transtornos mentais (BIRD; DUARTE, 2002; CURATOLO, 2003).

De modo geral, os médicos atuantes na ESF demonstram certo grau de dificuldade no atendimento de crianças e adolescentes com hipótese de TDAH, haja vista, o pouco conhecimento, a falta de formação profissional específica e de condições adequadas para realizar o diagnóstico e tratamento desses pacientes. A percepção dos transtornos mentais em crianças e adolescentes é bastante desafiadora, pois requer formação específica e um olhar cuidadoso dos profissionais (BIRD; DUARTE, 2002; CURATOLO, 2003; GRILLO; SILVA, 2004).

No estudo realizado, verificou-se também a atuação de quatro psiquiatras nos dois CAPSi (SR III e SR VI). Esses profissionais são de fundamental importância para garantir melhor diagnóstico para o paciente, porquanto não se recomenda detectar o TDAH apenas com base nos questionários ou observações de comportamento, e sim na realização de uma avaliação completa, clínica e psicossocial, com o auxílio de um profissional de saúde bem capacitado e equipe multiprofissional com formação especializada e experiência nesse tipo de transtorno (NICE, 2009).

Em relação à variável atuação dos prescritores na Rede de Atenção de Saúde Mental Infantojuvenil de Fortaleza-CE, pequeno quantitativo de profissionais afirmou

fazerem parte da rede (9,60%). A pequena quantidade de prescritores que informaram fazer parte da saúde mental do Município é composta pelos psiquiatras atuantes nos CAPSi e outros profissionais que possuem mais de uma especialidade médica (psiquiatras e médicos da ESF) e que trabalham nas UAPS.

Essa análise mostra que a maior parte dos prescritores da APS não veem as questões de saúde mental como parte integrante do seu trabalho cotidiano; há um despreparo desses profissionais para atender a demanda dos pacientes com transtornos mentais. Sabe-se que as ações de saúde mental devem ser desenvolvidas em articulação com a Atenção Primária pela convergência de princípios entre elas (SINIBALDI, 2013).

No Estado do Ceará e Sudeste do País, foram desenvolvidos alguns estudos, no sentido de avaliar as ações de saúde mental por parte de equipes da ESF (SILVEIRA, 2003; BESSA, 2004). Alguns países (como a Inglaterra), se mostram como referências para esse tipo de prática. Na Inglaterra por exemplo, há mais de 20 anos são desenvolvidas pesquisas de estratégias educacionais em saúde mental voltadas para a atenção primária (PEREIRA *et al.*, 2012).

Em relação aos saberes e práticas dos prescritores para utilização de protocolos clínicos, observou-se que a maioria deles (93,9%) conhece o instrumento e que (76,5%) o aplica na prática profissional, no momento do diagnóstico e do tratamento. Dados semelhantes foram observados no estudo realizado em Juiz de Fora - MG, onde 98,75% dos médicos entrevistados consideram ter conhecimento do uso de protocolos na prática médica, e a maioria, cerca de 95% (76 médicos), concorda com seu uso. Em torno de 83,75% dos médicos, porém, afirmam que fazem uso dos protocolos apenas parcialmente, enquanto 15,0% o fazem na íntegra (CHEHUEN NETO *et al.*, 2009).

Entre as principais fontes que os prescritores utilizam para acessar os protocolos estão os sites oficiais (Ministério da Saúde, CONITEC) e *guidelines*. Os protocolos impressos e periódicos (revistas científicas, artigos, bases de dados) aparecem em menor proporção. É importante ressaltar que a maioria das instituições onde os profissionais trabalham disponibilizam protocolos clínicos, principalmente os protocolos impressos do Ministério da Saúde e o acesso aos sites oficiais (Ministério da Saúde, CONITEC). No Brasil, os protocolos clínicos são bastante utilizados para otimizar os recursos; para isso, necessitam que sejam disponibilizados nas unidades de saúde (BRASIL, 2014).

Os resultados mostram um dado bem preocupante na atual realidade: um pequeno percentual, 14,8% dos prescritores, utiliza protocolos clínicos como instrumento de



intervenção para o TDAH, e que 8,7% o aplicam parcialmente, de modo semanal, esporádico ou mensal. Nessa situação mais específica de utilização do instrumento, a maior parte dos prescritores (76,5%) não faz uso na sua prática clínica.

O estudo revelou que os prescritores atribuem elevado grau de importância em empregar um protocolo clínico para tratamento do TDAH na Rede Infantojuvenil de Fortaleza - CE, onde 44,3% consideraram extremamente importante, 33,0% muito importante e 21,7% importante. Esses dados são controversos em relação aos mostrados pelos mesmos profissionais, quando questionados a respeito da utilização do instrumento para realização do diagnóstico e tratamento do TDAH, quando, demonstram baixa adesão na sua prática cotidiana.

Os motivos para utilização do instrumento no diagnóstico e tratamento do TDAH são o aumento da precisão diagnóstica, a melhor escolha do tratamento e os benefícios que trazem. A opção “não se aplica” exprimiu o maior percentual, considerando o grande número de prescritores que não utilizavam o instrumento. Esses dados corroboram um estudo realizado por Chehuen Neto *et al.* (2009), no qual 68,42% dos médicos utilizavam protocolos clínicos, por considerarem prática segura de tomada de decisões; (60,52%), por acreditarem que o uso deste recurso diminui a possibilidade de ocorrência de erros médicos; (21,05%) justificam que é a maneira mais simples de se realizar a prática médica; e um menor percentual (13,15%) concorda com seu emprego pelo fato de eles considerarem que auxiliam na diminuição dos custos.

A utilização desses instrumentos é de grande importância na prática da clínica, por serem recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar os profissionais no seu cotidiano no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseados na melhor informação científica (BOXWALA *et al.*, 2001; SANTIAGO, 2004).

Esses resultados trazem uma reflexão a respeito do grau de conhecimento e de formação desses profissionais para emprego de instrumentos de intervenção baseados em evidências na realização dos diagnósticos de TDAH em crianças e adolescentes. Uma das variáveis abordadas era a respeito de quais protocolos utilizavam como instrumento de intervenção para o cuidado do TDAH. Poucos prescritores responderam, demonstrando, assim, pouco conhecimento sobre esse tipo de instrumento. A maior parte não soube responder ou respondeu que eles utilizavam instrumentos não considerados protocolos e sim “escalas ou testes” para diagnóstico do TDAH.

Para que as práticas de adesão e utilização desse tipo de instrumento sejam estabelecidas no contexto da saúde mental, é necessário que o Município desenvolva uma política de administração do conhecimento para esses profissionais, que sejam realizados investimentos por parte dos gestores, disponibilizando materiais informativos, ofertando cursos de capacitação e formação continuada (PEIXOTO; BRITO, 2015).

Em relação ao conhecimento dos prescritores do estudo sobre protocolos ou diretrizes clínicas para o TDAH implantados no Brasil, observou-se que 93,0% relataram não conhecer o instrumento. Entre os instrumentos citados pelos prescritores, que afirmavam conhecê-los, verificou-se que nenhum deles se refere a protocolo específico para TDAH. Esse dado reforça a necessidade de estabelecerem-se parâmetros sobre TDAH no Brasil e diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento farmacológico e não farmacológico, bem como acompanhamento de crianças e adolescentes com este transtorno (PICON *et al.*, 2010).

Os resultados do estudo mostram que 47,8% dos profissionais realizam diagnóstico de TDAH em crianças e adolescentes, com frequências mensal, semanal e esporádica. No Brasil, estudos mostram uma prevalência de TDAH entre crianças e adolescentes que varia de 6,7 a 17,1% com idade na faixa de 6-17 anos e prevalência do sexo masculino (HORA *et al.*, 2015).

No que diz respeito aos critérios utilizados pelos prescritores para diagnóstico do TDAH, os principais foram: avaliação dos sintomas clínicos 44,3% e histórico familiar 23,7%. O DSM e a CID-10 exibiram-se em menor frequência. Semelhante ao estudo em foco, verificou-se uma pesquisa realizada por Peixoto e Rodrigues (2008), com psiquiatras, neurologistas e psicólogos, na qual os critérios diagnósticos mais utilizados pelos profissionais foram: anamnese, avaliação psicológica, avaliação de inteligência e questionários (*Conners*). Uma outra pesquisa realizada por Gomes *et al.* (2007) mostrou que as práticas diagnósticas mais utilizadas eram: relatos de sintomas clínicos pelos pacientes e/ou pelos pais/parentes ou professores; critérios do DSM-IV e escalas de atenção. Esses dados reforçam a importância em utilizar esses critérios para o diagnóstico do TDAH.

O diagnóstico do TDAH é essencialmente clínico e deve ser baseado na história e avaliação funcional completa da criança e não apenas na manifestação de uma ou mais características da doença. Os sintomas levam, obrigatoriamente, a algum tipo de dificuldade ou impedimento para a realização de tarefas (ITABORAHY; ORTEGA, 2013). Existem dois principais conjuntos de classificações diagnósticas de uso corrente: *Manual Diagnóstico e*

*Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV* (AMERICAN PSYCHITRIC ASSOCIATION, 2000), e a *Classificação Internacional de Doenças*, 10ª revisão - CID-10 (OMS, 1998).

Verificou-se no estudo que os principais especialistas designados pelos prescritores para auxiliar no diagnóstico e tratamento do TDAH eram os médicos especialistas (neurologista, neuropediatra, psiquiatra e pediatra.), psicólogos e terapeutas ocupacionais. Os profissionais enfermeiros e farmacêuticos mostraram-se pouco indicados. É importante ressaltar que, após o diagnóstico clínico, o paciente é encaminhado para tratamento. A proposta requer uma abordagem multidisciplinar, englobando intervenções intersetoriais, incluindo profissionais da área de saúde, da educação, os pais, outros familiares, além da própria criança, podendo incluir intervenções psicoterápicas, comportamentais, educacionais, farmacológicas e nutricionais (FRANÇA, 2012; DALEY *et al.*, 2014).

Os prescritores do estudo que atuam na APS pontuaram sobre a dificuldade de encaminharem os pacientes para os serviços especializados, principalmente de Neurologia e Psiquiatria, que são fundamentais para auxiliar no diagnóstico e acompanhamento das crianças e adolescentes com suspeita de TDAH.

Outro estudo, realizado com neurologistas, psiquiatras e psicólogos sobre diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças, ressaltou a importância da realização de encaminhamentos para outros profissionais, como complemento do diagnóstico. Os encaminhamentos foram realizados, principalmente, para os médicos (neurologistas e psiquiatras), encaminhamentos para avaliação psicológica e outros para avaliação psicopedagógica. Entre os psicólogos, dois responderam que encaminhavam para os neurologistas para certificação desse transtorno, e quatro relataram receber as crianças com o diagnóstico já estabelecido por outro profissional (PEIXOTO; RODRIGUES, 2008).

Nesse contexto, no Município de Fortaleza, evidenciam-se deficiências nos mecanismos de articulação e regulação por parte da gestão. Desse modo, não foram estabelecidos fluxos assistenciais que determinam uma conectividade entre os distintos serviços da rede, dificultando, assim, o encaminhamento dos usuários que necessitam ser atendidos em outros serviços de saúde, contribuindo para a descontinuidade do cuidado em saúde mental, ensejando demanda reprimida e estrangulamento da capacidade de atendimentos. A articulação estabelecida entre CAPS e APS era operada com base no apoio matricial, entretanto, houve descontinuidade. O matríciamiento das equipes de Saúde da Família, hoje, quase não acontece (SOBRAL NUNES, 2016).

As principais abordagens terapêuticas adotadas para o TDAH neste estudo foram: terapias psicológicas (mais adotadas), terapias educativas e terapia farmacológica. Outro estudo realizado nos CAPSi de Fortaleza – CE mostrou que a psicoterapia era bastante utilizada no plano terapêutico das crianças acompanhadas no serviço (GONDIM; MACIEL; MONTEIRO, 2017).

No estudo em foco, verificou-se que em sua maior parte, os prescritores consideram o tratamento não medicamentoso “extremamente importante”. As principais terapias não medicamentosas recomendadas para o TDAH foram: Terapia Cognitivo Comportamental, Treinamento de Pais e Treinamento de Habilidades Sociais. O *Neurofeedback* foi pouco recomendado.

Para Rohde e Halpern (2004), o tratamento medicamentoso é eficaz, porém, reconhecem que a abordagem psicoterápica que exprime melhores resultados em crianças com TDAH é a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). A Academia Americana de Pediatria (AAP, 2011) também recomenda esse tipo de terapia como primeira linha para crianças de 4-5 anos de idade. As evidências para a eficácia desse tipo de terapia em crianças com TDAH são comprovadas em alguns estudos (PELHAM; FABIANO, 2008; WOLRAICH *et al.*, 2011).

Segundo o Guia Prático da Associação Americana de Pediatria (AAP, 2001), a combinação de tratamentos (farmacológicos e psicoterápicos), apesar de não expressar significância estatística, é apontada por pais e professores como significativa, principalmente no desempenho acadêmico e em alguns sintomas específicos das crianças com TDAH.

No estudo realizado, poucos prescritores relataram recomendar critérios (avaliação do peso e altura, medição do pulso e pressão arterial, ECG, exames sanguíneos) ao iniciar o tratamento farmacológico para o TDAH e durante sua consecução. As recomendações baseadas em evidências, no entanto, afirmam que a altura e o peso deverão ser registrados em curva de crescimento e monitorados pelo médico responsável (PLISZKA, 2007), que deve ser realizado um eletrocardiograma (ECG) de base antes iniciar farmacoterapia com antidepressivos tricíclicos e medicamentos estimulantes do SNC, e após cada aumento de dose (BERG *et al.*, 2014). Esses parâmetros deverão ser reavaliados a cada alteração de dose do fármaco ou no período de três meses durante a farmacoterapia (NICE, 2009; AAP, 2011).

No referente à realização da prescrição médica, a maior parte dos profissionais do estudo considera todos os critérios (idade do paciente, comorbidades, efeitos adversos,

resposta terapêutica) como relevantes ou parcialmente relevantes. Mesmo que muitos prescritores tenham afirmado que não realizam ou não prescrevem tratamento farmacológico inicial para TDAH, desenvolvem uma prática corriqueira de “renovações de receitas”, haja vista a grande dificuldade dos pacientes conseguirem consultas ou retornos aos especialistas.

Entre os fármacos recomendados pelos prescritores como primeira escolha para tratamento de TDAH, destaca-se o metilfenidato (78,6%) e, em menor proporção, a lisdexanfetamina (9,5%). Significativo número de prescritores considera a utilização do metilfenidato como satisfatória. Os critérios mais utilizados para realização da primeira escolha foram as evidências científicas (protocolos clínicos, *guidelines*) e a melhor resposta terapêutica.

Dados semelhantes foram observados em um estudo norte-americano, ao relatar o fato de que crianças e adolescentes com TDAH realizavam tratamento farmacológico, cujo medicamento mais utilizado foi o metilfenidato, sendo que 30,7% dos pacientes receberam medicamento para TDAH e para transtorno de comportamento, perfazendo um total de 84,8% de pacientes que utilizaram medicamentos com ação no sistema nervoso central, comprovando considerável prevalência de comorbidades em saúde mental nos pacientes portadores de TDAH (VISSER *et al.*, 2015).

Outro estudo, realizado por Maciel *et al.* (2013) nos centros de atenção psicossocial (CAPS) de Fortaleza - CE, mostrou que 83,1% das crianças que frequentam o CAPSi realizavam tratamento farmacológico. Destes, 6,6% faziam uso do metilfenidato (medicamento utilizado para tratamento do TDAH), era prescrito por médicos (100,0%) e 71,4% das crianças já o utilizavam por um período de um a 20 meses.

Considerando as outras opções medicamentosas referidas neste estudo para tratamento do TDAH, a risperidona foi o medicamento de maior escolha. A nortriptilina apareceu com menor frequência, seguida da bupropiona e da imipramina, que expressaram o mesmo percentual de escolha. Alguns prescritores ofereceram outras opções de medicamentos: anticonvulsivantes e antipsicóticos. Outros estudos corroboram esses resultados, em que o uso de risperidona foi observado em quatro pacientes (7,84%), os quais demonstraram episódios de agressividade e nervosismo, ou crises de insônia, que são reações comuns do metilfenidato (BIEDERMAN *et al.*, 2008; GPUIM, 2012; MACHADO, 2015).

Considerando o pequeno quantitativo de profissionais do estudo que prescreviam metilfenidato (18,2%), a idade mínima por eles recomendada foi a de seis anos (13,9%). Apenas alguns prescritores (4,3%) consideraram a idade mínima de doze anos. A maior parte

dos profissionais (81,7%) acentuou não prescrever o medicamento. É importante ressaltar que seu uso não é recomendado para crianças menores de seis anos de idade, pois não são estabelecidos os critérios de segurança e efetividade para essa faixa etária (ROWLES; FINDLING, 2010).

Com o estudo realizado, vale a pena ressaltar que o tratamento das crianças e adolescentes com o TDAH é tratado de maneira “medicalizada”, trazendo uma reflexão sobre o aspecto política da “medicalização”, que, na corrente situação, passa a assumir um novo modo de controle social. Em especial, o metilfenidato assume a posição de “camisa-de-força química”, pois as crianças são “contidas” pelo seu mau comportamento através do medicamento. Este, por sua vez traz benefícios para um melhor comportamento da criança, levando os pais e a sociedade a acreditarem que está sendo eficaz, camuflando, assim, os outros aspectos envolvidos (SILVA *et al.*, 2012).

Ante o exposto, verificou-se que fatores relacionados aos saberes e práticas dos prescritores sobre protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para o diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças e adolescentes não é objeto de estudos brasileiros, tendo este estudo um cunho relevante e inovador na prática médica atual.

Esses dados são importantes, por poderem incentivar os prescritores a aprofundarem o conhecimento e estabelecerem parâmetros na sua prática cotidiana, para utilização de um instrumento de intervenção, baseado nas melhores evidências científicas, que os auxiliem no seu exercício clínico, na realização de diagnósticos mais seguros, precisos e em abordagens terapêuticas mais eficazes.

Verificam-se algumas limitações do estudo, como a escassez de estudos na literatura, apesar da extensa revisão bibliográfica realizada, que se utilizem das mesmas variáveis descritas, a fim de saber como os prescritores empregam os protocolos clínicos como instrumento de intervenção para o diagnóstico e adequadas escolhas farmacoterapêuticas do TDAH (POLANCZYK *et al.*, 2014). Outra dificuldade encontrada, foi conseguir boa adesão de participantes, principalmente em relação às categorias dos médicos da ESF e dos psiquiatras dos CAPSi. Foi, entretanto, alocada uma amostra estatística significativa e representativa da realidade local.

A dificuldade com os médicos da ESF justificou-se pelo fato de alguns profissionais se recusarem a participar do estudo, por não realizarem atendimento às crianças e adolescentes com hipótese diagnóstica de TDAH, grande rotatividade nos locais de trabalho e por estarem de férias ou licença no período da coleta. Quanto aos psiquiatras dos CAPSi, a

dificuldade foi relacionada à rotatividade desses profissionais nos locais do estudo, pois um dos CAPSi estava sem nenhum psiquiatra na equipe durante a fase inicial da coleta de dados, só sendo possível sua realização no período final do estudo, quando haviam sido contratados dois profissionais.

Uma série de fatores contribui para a alta rotatividade dos médicos no SUS, especialmente nas APS e CAPS. Os principais são: falta de condições materiais, de recursos humanos (equipe mínima disponível para a prestação do serviço submetida a contratos de trabalho precários), sobrecarga de trabalho, falta de segurança, ausência de qualificação dos profissionais por via de processos continuados de formação (LOPES; BOUSQUAT, 2011; CARVALHO; SOUSA, 2013; SOBRAL NUNES, 2016).

Outros estudos desenvolvidos em Fortaleza, em distintos períodos, reforçam essa realidade, na qual os trabalhadores apontam os CAPS sem acordo com a Reforma Psiquiátrica, a precarização da mão de obra e falta de condições de trabalho, bem como os desacordos políticos e técnicos entre gestores e trabalhadores (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011; SAMPAIO; GUIMARÃES; ABREU, 2010; JORGE *et al*, 2007; SOBRAL NUNES, 2016).

## 7 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo realizado com os prescritores na rede Pública de Saúde Infantojuvenil de Fortaleza- CE responderam à questão inicial: quais saberes e práticas acerca de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para o TDAH que norteiam os prescritores no atendimento de crianças e adolescentes? E conduziram às seguintes conclusões:

Os prescritores apresentaram os aspectos demográficos, formativos e profissionais com predominância de pessoas do sexo feminino, meia-idade, concursados.

A média de tempo de trabalho na rede foi de 10,9 anos; o tempo médio da graduação foi de 18,3 anos e a maior parte tinha o título de residência médica e especialização (principalmente em Pediatria e Saúde da Família). A atuação de médicos pediatras nas UAPS é de grande relevância para o atendimento de crianças e adolescentes com possível transtorno de TDAH.

Considerável número de prescritores mostrou ter conhecimento dos protocolos em geral, eles concordam com seu uso, no entanto, apenas 14,8% dos prescritores utilizam esses protocolos clínicos como instrumento de intervenção para o TDAH. Os principais motivos para utilização do instrumento no diagnóstico e tratamento do TDAH são: o aumento da precisão diagnóstica, a melhor escolha do tratamento e os benefícios que trazem. A maior parte deles, desconhecem a existência desse tipo de instrumento no Brasil.

Os resultados desta pesquisa revelaram o fato de que grande parte dos prescritores realiza o diagnóstico de TDAH em crianças e adolescentes, e que os principais especialistas designados para auxiliar no diagnóstico e tratamento do TDAH eram os médicos especialistas (neuropediatra, neurologista, psiquiatra e pediatra), psicólogos e terapeutas ocupacionais.

As principais abordagens terapêuticas adotadas pelos prescritores foram as terapias psicológicas e, em menor percentual a farmacológica. O medicamento de primeira escolha para o tratamento farmacológico foi o metilfenidato.

Os profissionais que prestam assistência ao público infantojuvenil na rede de APS do Município, apresentam algumas falhas relacionadas aos saberes e práticas das abordagens que utilizam para realização do diagnóstico e tratamento do TDAH, reforçando a necessidade de buscarem programas de educação e formação continuada voltados ao campo da saúde mental infantojuvenil.

A maior parte dos prescritores participantes do estudo mostrou-se interessados quanto à proposta de desenvolvimento e futura implantação de um protocolo clínico para



TDAH na Rede Pública Infantojuvenil do Município de Fortaleza-CE, onde haja padronização das práticas, fluxos de atendimento, algoritmos de tratamento, onde estejam as melhores evidências para assegurar um acompanhamento terapêutico de qualidade e reduzir o número dos diagnósticos errôneos de TDAH.

Conclui-se, portanto, ser necessária uma reflexão desses profissionais quanto aos seus saberes e práticas para utilização dos protocolos clínicos como instrumento de intervenção para o cuidado da crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH nas rotinas de trabalho, como meio de melhorar a qualidade do atendimento, contemplando sua individualidade, realizando diagnósticos mais seguros e eficazes e otimizando o cuidado a esses pacientes.

## 8 RECOMENDAÇÕES

É imprescindível o incentivo à formação acadêmica direcionada para o âmbito da saúde mental infantil, uma vez que a infância continua desamparada e desassistida no País, mesmo em vigência da enorme demanda na área de saúde mental. As universidades têm mostrado pouca ênfase nessa temática. A carga horária curricular destinada a disciplinas de saúde mental dos cursos de graduação e pós-graduação é geralmente insatisfatória, de cunho predominantemente teórico, sem a oferta de estágios práticos, com supervisão adequada, havendo predomínio do modelo biomédico e centrada no atendimento hospitalar, em detrimento dos aspectos psicossociais e comunitários (PEREIRA *et al.*, 2012).

Este estudo recomenda maior incentivo ao desenvolvimento de projetos para implementação da oferta de cursos voltados para os prescritores que atuantes na rede de APS e saúde mental infantil nos diversos municípios brasileiros como corresponsabilidade dos gestores locais no processo de educação permanente do quadro de servidores.

Considerando a atual realidade da Rede Pública de Saúde Infantojuvenil de Fortaleza - CE, o estudo deixa como desdobramentos para pesquisas futuras a elaboração de um protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para crianças e adolescentes com TDAH, a fim de rever as práticas de diagnóstico e da melhor escolha de tratamento pelos prescritores.

## REFERÊNCIAS

- AAP. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. **Pediatrics**, v.128, n.5, p.1007-1022, 2011. Disponível em:  
<<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/10/14/peds.20112654.full.pdf+html>
- ALESSI-SEVERINI, S. *et al.* Ten years of antipsychotic prescribing to children: a Canadian population-based study. **Can J Psychiatry**, v.57, p. 52–58, 2012.
- APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV**. 4th ed. Washington, DC: Autor, 2000.
- APA. American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed. 2003.
- APA. American Psychiatry Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- ARANGO, H. G. **Bioestatística teórica e computacional**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- ARAÚJO, M.M.M. **Psicofármacos em crianças e adolescentes inseridos na rede pública de saúde mental no município de Fortaleza**. Monografia (Graduação em Farmácia) - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2011.
- ASSIS, S.G. *et al.* Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p. 349-361, 2009.
- BARRETT, J. R.; TRACY, D. K.; GIAROLI, G. To sleep or not to sleep: a systematic review of the literature of pharmacological treatments of insomnia in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. **J Child Adolesc Psychopharmacol.**, v.23, n.10, p. 640-7, 2013.
- BARKLEY, R. A. *et al.* **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Pearson, 2007.
- BERG, A. *et al.* Cardiovascular risk assessment for the use of ADHD drugs in children. **Tidsskr Nor Laegeforen**, v.134, n.7, p. 710-4, 2014.
- BESSA, J.M.S. **Saúde mental no Programa de Saúde da Família: ações e impacto na promoção da saúde dos clientes**. Informe de pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza; 2004.

BIEDERMAN, J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. **Biol Psychiatry**. v. 57, n. 11, p. 1215-20, 2005.

BINOTTO, A. L. *et al.* Interface saúde da família & saúde mental: uma estratégia para o cuidado. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 7, n. 23, p. 83-89, 2012. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/132/474>>. Acesso em: 20 de maio de 2017.

BIRD, H.R.; DUARTE, C.S. Dados epidemiológicos em psiquiatria infantil: orientando políticas de saúde mental. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 24, n.4, p.162-3, 2002.

BISSON, M.P. **Psicotrópicos: consulta rápida**. Tradução de Fabiana Buassaly e Marcos Ikeda. Buareri-SP: Manole, 415p, 2012.

BONATI, M. *et al.* A Regional ADHD Center-Based Network Project for the Diagnosis and Treatment of Children and Adolescents With ADHD. **J Atten Disord.**, 2015.

BOND, D.J. *et al.* The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. **Ann Clin Psychiatry**, v. 24, n. 1, p. 23-37, 2012.

BOR, W. *et al.* Can a multi-disciplinary assessment approach improve outcomes for children with attention deficit hyperactivity disorder? **Australasian Psychiatry**, v.21, n.5, p. 499-503, 2013.

BORJA, A.; PONDE, M. P300: avaliação do potencial evocado cognitivo em crianças com e sem TDAH. **Rev Ciênc Méd Biol.**, v. 8, n. 2, p. 198-205, 2009.

BOXWALA, A. A. *et al.* Towards a representation format for sharable clinical guideline. **Journal of Biomedical Informatics**, n.34, p. 52-66, 2001.

BRANDON, C.L. *et al.* Enhanced Reactivity and Vulnerability to Cocaine Following Methylphenidate Treatment in Adolescent Rats. **Neuropsychopharmacology**, v.25, p. 651-661, 2001.

BRASIL. **Portaria /GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Inverso - Instituto de Convivência e de Recreação do Espaço Social. Brasília –DF. 28 jun, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa permanente de capacitação de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica**. Informe do Grupo de Trabalho do MS. Brasília; 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**. 3.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480p.

BRASIL. Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, Seção 1, p. 80-81. 29 jun. 2011a.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília- DF, 29 jun. 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo. Brasília- DF, 26 dez. 2011c.

\_\_\_\_\_. Anvisa. **Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil**: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC. Ano 2, nº 2; jul./dez. de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental**. Brasília, 2013a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Seção I, 59 b. Brasília, DF, 13 jun. 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**: volume 3 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília- DF: Ministério da Saúde, p.7-9, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 9ª edição rev. e atual, 230p. – Brasília - DF, 2015a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Recomendações do para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos clínicos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes**. Brasília - DF, 2015b.

BURGERS, J.S. *et al.* Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. **Int J Qual Health Care**, v.15, p. 31-45, 2003.

CALIMAN, L.V., DOMITROVIC, N. Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, n.23, v.3, p. 879-902, 2013.

CARREIRO, L. R. R. *et al.* Protocolo interdisciplinar de avaliação neuropsicológica, comportamental e clínica para crianças e adolescentes com queixas de desatenção e hiperatividade. **Psicol. teor. prat.**, v. 16, n. 3, p. 155-171, dez. 2014 .

CARVALHO, M.S.; SOUSA, M.F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface**, v.47, n.17, p. 913-26, 2013.

CATALÁ-LÓPEZ, F. *et al.* The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: protocol for a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. **Systematic Reviews**, v.4, n.19, p.1-10, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention [CDCP]. Mental health surveillance among children—United States, 2005-2011. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v.62, p.1-35, 2013.

CHAN, E. *et al.* Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents: A Systematic Review. **JAMA**, v.315, n.18, p.1997-2008, 2016.

CHEHUEN NETO, J.A. *et al.* Percepção médica quanto aos protocolos clínicos. **HU Revista**, v. 35, n. 3, p. 159-166, 2009.

CLAVENNA, A.; BONATI, M. Safety of medicines used for ADHD in children: a review of published prospective clinical trials. **Arch Dis Child**, v. 99, n. 9, p. 866-72, 2014.

COELHO, L. *et al.* Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na criança, Aspectos Neurobiológicos, Diagnóstico, e Conduta Terapêutica. **Acta Med Port.**, v.23, n.4, p.689-696, 2010.

COELHO, H.L.L. *et al.* Uma comparação crítica entre a Lista de Medicamentos Essenciais para Crianças da Organização Mundial de Saúde e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). **J. Pediatr.**, v. 89, n. 2, p.171-178, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572013000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 fev. 2017.

CONRAD, P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. **Baltimore: The Johns Hopkins University Press**, 2007.

CORTESE, S. *et al.* European ADHD Guidelines Group (EAGG). Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.**, v.54, n.3, p.164-74, 2015.

CURATOLO, E. Transtornos de Conduta. In: **Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência**. ASSUMPÇÃO, F.B.; KUCZYNSKI, E. (eds.). São Paulo: Ed. Atheneu, 2003. p.343-48.

COUTO, M. C. V. **Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)**. 2012. 178 f. Tese Doutorado. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ). Rio de Janeiro, 2012.

DALEY, D. *et al.* Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.53, n.8, p. 835-47, 2014.

DELFINI, P. S. DE S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 357-366, 2012.

DEMARZO, M.M.P. *et al.* Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. **Rev. Bras. Med. Fam. comunidade**, n.6, v.19, p.145-5, 2011.

DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS -CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Rev. Bras. Epidemiol.** [online]. vol.11, n.2, p. 324-335, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde adota protocolo clínico em benefício do usuário**. 6 out. 2006. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br>>. Acesso em: 28 out. 2016.

EVANS, S. *et al.* Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. **J Clin Child Adolesc Psychol.**, v.43, n.4, p.527-51, 2014.

FALAVIANA, O.P.; CERQUEIRA, M.B. Children's and adolescents' mental health: the users and their access to health services. **Espaç Saúde**. v.10, p.34-46, 2008.

FELDMAN, H. M.; REIFF, M. I. Attention Deficit–Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. **N Engl J Med.**, v. 370, p.838-46, 2014.

FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, R.O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc. Saúde Coletiva**, n. 14, v.1, p.129-38, 2009.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FRANÇA, M.T.B. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): ampliando o entendimento. **Jornal de Psicanálise**, v. 45, n.82, p.191-207, 2012. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352012000100014](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352012000100014)> Acesso em: 22 de jul 2017.

FORTALEZA. Gabinete do Prefeito. Decreto nº 13. 922 de 02 de dezembro de 2016. Dispõe sobre a alteração da denominação de unidades administrativas e a distribuição dos cargos de comissão e aprova o regulamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Fortaleza, CE, 12 abril 2016.

GOMES, M. *et al.* Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, n. 56, v. 2, p. 94-101, 2007.

GONDIM, A.P.S.; MACIEL, A.P.P.; MONTEIRO, M. P. Abordagem Terapêutica e sua relação entre as características sociais e econômicas de crianças nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. **Rev. paul. Pediatría**, v. 35, n. 4, p. 383-390, 2017.

GORMAN, D.A. *et al.* Canadian guidelines on pharmacotherapy for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, or conduct disorder. **Can J Psychiatry**, v. 60, n. 2, p.62-76, 2015.

GPC ESPAÑA - Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. **Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes**. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18.

GRUPO DE PREVENÇÃO DO USO INDEVIDO DE MEDICAMENTO – GPUIM –UFC. **Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade: TDAH**. Ano XVI - n. 02, 2012. Disponível em: <http://novoportal.anvisa.gov.br/documents/33868/399603/Boletim%2Btdah%2Bfinal.pdf/026c098c-ca88-4c2a-ac88-820d22bb2f33>. Acesso em: 04 de junho de 2017.

GRAEFF, R.L.; VAZ, C.E. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Psicol. USP [online]**. v.19, n.3, p.341-361, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642008000300005>. Acesso em: 05 de maio de 2017.

GRILLO, E.; SILVA, R.J.M. Manifestações Precoces dos Transtornos do Comportamento na Criança e no Adolescente. **Jornal de Pediatría**, v.80, n. 2, S21-7,2004.

GUIMARÃES, J. M. X.; JORGE, M. S. B.; ASSIS, M. M. A. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2145-2154, 2011.

HAMMERNESS, P. G. *et al.* Cardiovascular risk of stimulant treatment in pediatric attention-deficit/hyperactivity disorder: update and clinical recommendations. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. v.50, n.10, p.978-90, 2011.

HANWELLA, R.; SENANAYAKE, M.; DE SILVA, V. Comparative efficacy and acceptability of methylphenidate and atomoxetine in treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a meta-analysis. **BMC Psychiatry**, v.10, p.11:176, 2011.

HAUTMANN, C. *et al.* One-year follow-up of a parent management training for children with externalizing behaviour problems in the real world. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v.37, p. 379-396, 2009.

HERRÁN PAZ, M. E. *et al.* Narrative review of scales assessing attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. **Medwave**, v.14, n.1, 2014.



HODGKINGS, P. *et al.* The pharmacology and clinical outcomes of amphetamines to treat ADHD: does composition matter. **CNS Drugs**, v. 26, n. 3, p. 245-68, 2012.

HORA, A.F. *et al.* A prevalência do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão de literatura. **Psicologia [online]**, v.29, n. 2, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-2049201500020004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-2049201500020004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abr. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações sobre os municípios brasileiros**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230440>. Acesso em: 09 de novembro de 2016.

ITABORAHY, C.; ORTEGA, F. O metifenidato no Brasil: uma década de publicações. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.18, n.3, p.803-816, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000300026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300026&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abr. 2017.

JORGE, M. S. B. *et al.* Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto contexto – enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 417-425, 2007.

KEEN, D.; HADIJKOUMI, I. B. M. J. ADHD in children and adolescents. **BMJ Clin Evid.**, v.4, 2011.

KIDWELL, K.M. *et al.* Stimulant Medications and Sleep for Youth With ADHD: A Meta-analysis. **Pediatrics**, v. 136, n.6, p. 1144-53, 2015.

KIM-COHEN, J. *et al.* Prior Juvenile Diagnoses in Adults with mental disorder Developmental Follow-back of a perspective-longitudinal cohort. **Arch Gen Psychiatry**, v.60, 2003.

KNIGHT, L.A. *et al.* Chronis-Tuscano A. Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. **Curr Psychiatry Rep.**, v.10, n. 5, p. 412-8, 2008.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**: Técnicas de pesquisa. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LARROCA, L. M.; DOMINGOS, N. M. TDAH - Investigação dos critérios para diagnóstico do subtipo predominantemente desatento. **Psicol. Esc. Educ.**, v. 16, n.1, p. 113-123, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141385572012000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141385572012000100012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 abr. 2017.

LERNER, M.; WIGAL, T. Long-term safety of stimulant medications used to treat children with ADHD. **J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.**, v. 6, n. 8, p. 38-48, 2008.

- LINTON, D. *et al.* Antipsychotic and psychostimulant drug combination therapy in attention deficit/hyperactivity and disruptive behavior disorders: a systematic review of efficacy and tolerability. **Curr Psychiatry Rep.**, v. 15, n.5, p. 355, 2013.
- LIST, B. A.; BARZMAN, D. H. Evidence-based recommendations for the treatment of aggression in pediatric patients with attention deficit hyperactivity disorder. **Psychiatr Q.**, v.82, n.1, p.33-42, 2011.
- LOPES, E.Z., BOUSQUAT, A.E.M. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia de Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Rev bras med fam comunidade**, v.19, n.6, p.118-24, 2011.
- MACIEL, A.P.P. *et al.* Avaliação do uso de psicofarmacos em crianças nos serviços de saúde mental em fortaleza - Ceará. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, v.4, n.4, p.18-22, 2013.
- MACHADO, F.S.N. *et al.* Uso de metilfenidato em crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Rev. Saúde Pública** [online], v.49, p.1-5, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102015000100503&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100503&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 mai. 2017.
- 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. **Rev. psiquiatr. [online]**. v.28, n.3, p. 290-297, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000300008>. Acesso em: 20 mai. 2017.
- MCBURNETT, K.; PFIFFNER, L. J. Treatment of aggressive ADHD in children and adolescents: conceptualization and treatment of comorbid behavior disorders. **Postgrad Med.**, v. 121, n.6, p.158-65, 2009.
- MENEZES, T.T.; MELO, V.J. O pediatra e a percepção dos transtornos mentais na infância e adolescência. **Adolesc Saude**, v.7, n.3, p.38-46, 2010.
- MILLER, S. *et al.* Bipolar disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in children and adolescents: evidence-based approach to diagnosis and treatment. **J Clin Psychiatry**, v. 74, n. 6, p. 628-9, 2013.
- MONTEIRO, A. R. M., *et al.* Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes: a busca pelo tratamento. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n.3, p. 523-529, 2012.
- MOYSÉS, M.A.A.; COLLARES, C.A.L. Medicalização: elemento de desconstrução de direitos. In: **Direitos Humanos: O que temos a ver com isso?** Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2007.
- MORIYAMA, T.S. *et al.* Evidence-based information on the clinical use of neurofeedback for ADHD. **Neurotherapeutics**, v.9, n. 3, p. 588-98, 2012.
- MUÑOZ-SOLOMANDO, A. *et al.* Cognitive behavioural therapy for children and adolescents. **Curr Opin Psychiatry**, v. 21, n.4, p.332-7, 2008.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Methylphenidate, atomoxetine and dexamfetamine for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. **Review of Technology Appraisal**. 2009. Disponível em: <http://guidance.nice.org.uk/TA98/Guidance/pdf/English>. Acesso em: 15 de agosto de 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Critérios diagnósticos para pesquisa**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre saúde no mundo, Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva 27, Suíça. Secretaria da Organização Mundial da Saúde, 2001.

OTASOWIE, J. *et al.* Tricyclic antidepressants for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. **Cochrane Database Syst Rev.**, v.19, n.9, 2014.

PAIDIPATI, C. P.; DEATRICK, J. A. The role of family phenomena in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. **J Child Adolesc Psychiatr Nurs.**, v.28, n.1, p.3-13, 2015.

PASTURA, G.; MATTOS, P. Efeitos colaterais do metilfenidato. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, ed. 2, p. 100-104, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n2/a06v31n2> >. Acesso em 4 de abr. de 2017.

PEIXOTO, A. L. P.; RODRIGUES, M. M. P. Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. **Aletheia**, n.28, p. 91-103, 2008.

PEIXOTO, T.C.; BRITO, M.J.M. Protocolo clínico como dispositivo analítico das relações de poder de profissionais de saúde. **Saúde debate**, v. 39, n. 107, p. 1053-1064, 2015.

PELHAM, W. E. *et al.* J. A. The economic impact of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. **J Pediatr Psychol.**, v.32, n.6, p.711-27, 2007.

PELHAM, W.; FABIANO, G.A. Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/ hyperactivity disorder. **J Clin Child Adolesc Psychol.**, v.37, n. 1, p.184–214, 2008.

PEREIRA, A. A. *et al.* Saúde mental para médicos que atuam na estratégia saúde da família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36. n. 2, 2012.

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, D.C.L. Estratégia Educacional em Saúde Mental para Médicos da Atenção Básica. **Rev. bras. educ. med.** v. 41, n. 4, p. 478-486, 2017.

PEROVANO, D.G. **Manual de metodologia científica para a segurança pública e defesa social**. Curitiba: Juruá, 2014.

PICON, P.D. *et al.* **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**. Volumes I e II. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/513.pdf>.

PLISZKA, S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.46, n.7, p.894-92, 2007.

POLANCZYK, G.V. *et al.* Pharmacogenetic approach for a better drug treatment in children. **Curr Pharm Des.**, v.16, n. 22, p. 2462-73, 2010.

POLANCZYK, G.V. *et al.* ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. **Int J Epidemiol.**, v. 43, n. 2, p. 434-42, 2014.

PON, N. *et al.* Special Considerations in Pediatric Psychiatric Populations. **Emerg Med Clin North Am.** v.33, p.811-824, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org.ez11.periodicos.capes.gov.br/10.1016/j.emc.2015.07.008>. Acesso em: 10 jun. 2017.

RADER, R. *et al.* Current strategies in the diagnosis and treatment of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. **Am Fam Physician.**, v.15, n.8, p.657-65, 2009.

RIBEIRO, A.M. *et al.* Knowledge and practices regarding child development among primary healthcare professionals. **Rev Paul Pediatr**, n. 28, p. 208-14, 2010.

ROCHA, B.S.; WERLANG, M.C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, v. 18, n.11, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232013001100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013001100019&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 fev. 2018.

ROHDE, L. A.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualizado. **Journal de Pediatria**. v.80, n.2, p. 61-70, 2004.

RONCHI, J.P.; AVELLAR, L.Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. **Psicol. teor. Prat.**, v.12, n.1, p. 71-84, 2010.

ROWLES, B. M.; FINDLING, R. L. Review of pharmacotherapy options for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and ADHD-like symptoms in children and adolescents with developmental disorders. **Dev Disabil Res Rev.**, vol.16, n.3, p.273-82, 2010.

SAMPAIO, J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; ABREU, L. M. **Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará**. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.

SANTIAGO, M. Guidelines e Protocolos Clínicos. **In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE**. Ribeirão Preto: CBIS, 2004.

SANTOS, D.V.D. **Uso de psicotrópicos na Atenção Primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada [dissertação]**. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2009.

SANTOS, L. F.; VASCONCELOS, L. A. "Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar." **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.26, n.4, p.717-724, 2010. Acessado em: 07 de jan. de 2017.

SÃO PAULO. Portaria /GS nº 986, de 12 de junho de 2014, Portaria que Institui o Protocolo de Uso de metilfenidato conforme os anexos A e B desta Portaria, que estabelece o protocolo clínico e a diretriz terapêutica para o emprego deste fármaco no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. **Diário Oficial**, São Paulo-SP, 2014.

SARRIS, J. *et al.* Complementary medicines (herbal and nutritional products) in the treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): a systematic review of the evidence. **Complement Ther Med.**, v.19, n.4, p. 216-27, 2011.

SCHATZ, N. K. *et al.* Systematic Review of Patients' and Parents' Preferences for ADHD Treatment Options and Processes of Care. **Patient**, v. 8, n.6, p.483-97, 2015.

SCHICOTTI, R. V. O.; ABRÃO, J. L. F.; GOUVEIA, S. A., Jr. TDAH e Medicalização: Considerações sobre os sentidos e significados dos sintomas apresentados por crianças diagnosticadas. **Nuances: estudos sobre Educação**, v. 25, n.1, p.135-154, 2014.

SERRANO, A.I. *et al.* **Protocolos da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina**. 2.ed. Florianópolis: Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, v.1, p. 380-400, 2016.

SERRANO-TRONCOSO, E.; GUIDI, M.; ALDA-DÍEZ, J. A. Is psychological treatment efficacious for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) / Review of non-pharmacological treatments in children and adolescents with ADHD. **Actas Esp Psiquiatr.**, v.41, n.1, p.44-51, 2013.

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3.ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, A. C. P.; LUZIO, Cristina Amélia & SANTOS, Kwame Yonatan Poli dos. A explosão do consumo de ritalina. **Revista de Psicologia da UNESP**, n.11, v. 2, p. 44-57, 2012.

SILVEIRA, D.P. **Sofrimento psíquico e serviços de saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde**. Rio de Janeiro; 2003. Mestrado [Dissertação] — Fundação Oswaldo Cruz.

SINIBALDI, B. Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. **Rev. Psicol. UNESP [online]**, v. 12, n. 2, p. 61-72, 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-90442013000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442013000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 abr. 2017.

SOBRAL NUNES, J.M. *et al.* A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, 2016.

SOUZA, I. G. S. *et al.* Challenges in diagnosing ADHD in children. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 1, p. 14-18, 2007.

SPULS, P.I.; NAST, A. Evaluation of and perspectives on guidelines: what is important? **J Invest Dermatol**, v.130, p. 2348-9, 2010.

STANGE, K.C.; ZYZANSKI, S.J. Integrating qualitative and quantitative research methods. **Fam Med.**, v.21, p. 448-51, 1989.

STOREBO, O. J. *et al.* Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomised clinical trials. **BMJ**, v. 35, n.1, 2015.

STUHEC, M. *et al.* Comparative efficacy and acceptability of atomoxetine, lisdexamfetamine, bupropion and methylphenidate in treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a meta-analysis with focus on bupropion. **J Affect Disord.**, v.1, n.178, p.149-59, 2015.

TCHEREMISSINE, O.V.; SALAZAR, J.O. Pharmacotherapy of adult attention deficit/hyperactivity disorder: review of evidence-based practices and future directions. **Expert Opin Pharmacother.**, v. 9, n. 8, p. 1299-310, 2008.

TEIXEIRA, Y.S.A. **O enfrentamento da medicalização pelo trabalho pedagógico.** Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP, 2008.

VALLE, T.G.M.D. **Aprendizagem e desenvolvimento humano: avaliações e intervenções.** [online]. São Paulo: Cultura Acadêmica, p. 222, 2009. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/krj5p/pdf/valle-9788598605999.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.

VISSER, S.N. *et al.* Treatment of AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder among Children with Special Health Care Needs. **J Pediatr**. n.166, v.6, p.1423–1430, 2015.

VOLKOW, N.D. *et al.* Imaging the Effects of Methylphenidate on Brain Dopamine: New Model on Its Therapeutic Actions for AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder. **Biol Psychiatry**, n. 57, v. 11, p. 1410-1415, 2005.

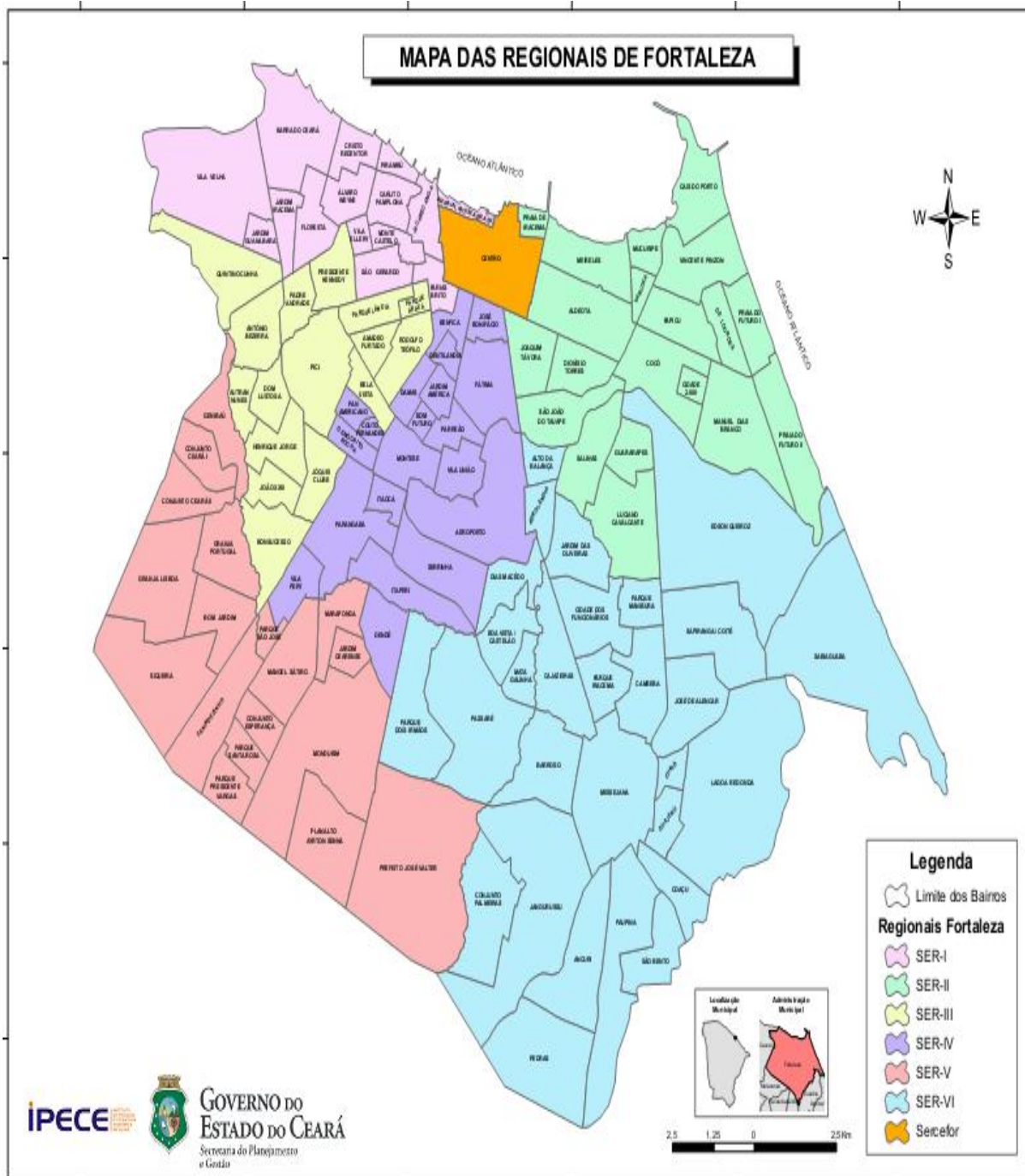
VRBA, K. *et al.* Management of ADHD in children and adolescents: clinical audit in a South African setting. **J Child Adolesc Ment Health**, v.28, n.1, p.1-1, 2016.

WECHSLER, D. WISC IV - Escala Wechsler de Inteligência para Crianças - **Manual Técnico**. Editora: Casa do Psicólogo, 2013.

WILENS, TIMOTHY E. Effects of Methylphenidate on the Catecholaminergic System in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, n.28, v. 3, p. 46-53, 2008.

WOLRAICH, M. *et al.* ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. **Pediatrics**, v. 128, n.5, p.1007-2, 2011.

**ANEXO A – SECRETARIAS REGIONAIS (SR's) DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**



Fonte: [www.ipece.ce.gov.br](http://www.ipece.ce.gov.br)



## ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO EMITIDO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** USO DE PSICOTRÓPICOS E PROBLEMAS DE FORMULAÇÕES NO ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE EM FORTALEZA-CEARÁ

**Pesquisador:** ANA PAULA SOARES GONDIM

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 58489716.1.0000.5054

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.684.517

#### Apresentação do Projeto:

Os pressupostos metodológicos definidos para essa pesquisa incidem em duas vertentes, observacional e pesquisa-ação. A vertente observacional analisa o uso de psicotrópicos e repercussões da população infantil atendidas na atenção psicossocial e na atenção primária à saúde. A vertente da pesquisa-ação desenvolverá duas tecnologias, piloto para o desenvolvimento de placebos e medicamentos apresentados na forma e dose adequados para uso em pediatria e práticas educativas para lidar com o uso racional de psicotrópicos frente à visão dos atores-chaves (profissionais de saúde, crianças e familiares) (PRODANOV; FREITAS, 2013).

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Avaliar a problemática do uso de psicotrópicos em crianças atendidas na rede de saúde pública de Fortaleza, Ceará, com ênfase nos aspectos farmacêuticos das preparações prescritas e desenvolver tecnologias/intervenções para minimizar as dificuldades encontradas.

##### Objetivo Secundário:

1. Estimar a prevalência da prescrição de psicotrópicos e de fatores associados entre crianças atendidas na rede de atenção psicossocial e na atenção primária à saúde.
2. Analisar a prescrição segundo os componentes legais, sociais, culturais e institucionais em

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**UF:** CE

**Telefone:** (85)3366-8344

**Município:** FORTALEZA

**CEP:** 60.430-275

**E-mail:** comepe@ufc.br

**ANEXO C – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO EMITIDA PELA  
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
(COGTES) DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA - CE**



**PREFEITURA FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

## **DECLARAÇÃO**

**Processo: P245428/2016**

- **Título do Projeto de Pesquisa:** USO DE PSICOTRÓPICOS E PROBLEMAS DE FORMULAÇÕES NO ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE EM FORTALEZA-CE
- **Pesquisador (a) Responsável:** Ana Paula Soares Gondim
- **Curso:** Farmácia
- **Instituição Proponente:** UFC – Universidade Federal do Ceará
- **Período de Coleta de Dados:** Janeiro/2017 a Maio/2018

A **Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES**, conforme sua atribuição declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da **Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - SMS** no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A **Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - SMS**, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido Projeto de Pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 17 de Outubro de 2017.

**Maria Ivanília Tavares Timbó**  
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Maria Ivanília Tavares Timbó  
Coordenadora de Gestão do  
Trabalho e Educação em Saúde

Rua Antonio Augusto, 1571 • Meireles • CEP 60.110-370 Fortaleza-Ceará, Brasil  
(85) 3105 1473 / 3131 1694

## ANEXO D – DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO GRAMATICAL E ESTILÍSTICA




### ACADEMIA CEARENSE DA LÍNGUA PORTUGUESA

DVL CISONAM ET CANORAM LINGVAM CANO

Declara-se, para constituir prova junto ao (à) PROG. PÓS-GRAD. CIÊNCIAS FARMACÉUTICAS  
do (da) U.F.C.  
que, por intermédio do académico titular infra-assinado, foi procedida à correção gramatical e estilística  
do (da) ASSERÇÃO intitulado (da) PROT. CURR. P/ TRANS. DE DEFICI  
DE AT. E HIPERT. EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: SAB. E PRÁTICAS DOS PRESCRITORES  
da autoria de JUGLIA DE QUEIROZ FERNANDES  
orientado (a) pelo (a) PROF.ª DR.ª ANA PAULA SOARES GONDIM  
razão por que se firma a presente, a fim de que surta os efeitos legais, nos termos do novo Acordo Orto-  
gráfico Lusófono, vigente desde 01.01.2009.

Fortaleza (CE), 13 de Agosto de 2018

  
Prof. Vianney Mesquita  
Reg. Profissional  
CE 00489 JP

Prof. João VIANNEY Campos de MESQUITA  
Académico Titular da Cadeira número 37 da ACLP.  
Escritor e docente Adjunto IV da Universidade Federal do Ceará  
Reg. Prof. M1E00489JP.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Venho convidá-lo(a) para participar, como voluntário(a), na pesquisa intitulada “USO DE PSICOTRÓPICOS E PROBLEMAS DE FORMULAÇÕES NO ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE EM FORTALEZA – CEARÁ” realizada no período de setembro de 2017 a janeiro de 2018, cujo objetivo é analisar os saberes e práticas dos prescritores sobre Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em crianças e adolescentes atendidos na Rede Pública de Saúde Infanto-juvenil de Fortaleza - CE. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final desse documento. Você poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o (a) pesquisador (a) ou com a instituição.

Deste modo, venho convidá-lo (a) para participar da pesquisa, disponibilizando os seus dados. Assim, tornar ciente a necessidade de coletar, através de questionário, informações confidenciais sobre suas características de formação profissional, saberes e práticas sobre protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e com o cuidado às crianças e adolescentes com TDAH. Esclareço também que:

- 1) as informações coletadas serão somente utilizadas para os objetivos da respectiva pesquisa, mantendo seu nome e sua identidade em sigilo. Somente o pesquisador, a equipe da pesquisa e os representantes do Comitê de Ética terão acesso aos seus dados para verificar as informações da pesquisa;
- 2) que o (a) senhor (a) ou responsável tem liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa;
- 3) as informações coletadas ficarão em sigilo e seu anonimato será preservado;
- 4) não haverá nenhum pagamento em dinheiro ou premiação por sua participação na pesquisa;
- 5) a pesquisa apresenta os riscos de possibilidade de constrangimento ou desconforto aos participantes da pesquisa, no que se refere à abordagem de suas rotinas profissionais ou de suas formações acadêmicas.

A pesquisa trará os seguintes benefícios: possibilitar propostas para implementar a utilização pelos prescritores dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas como instrumento de trabalho para o diagnóstico e tratamento adequado das crianças e adolescentes portadores de TDAH, melhorias na qualidade de vida desses pacientes, sistematização do processo de adequação e acompanhamento do uso racional dos medicamentos, possibilidade de tratamento não medicamentoso para crianças com idade inferior a seis anos, expor as dificuldades encontradas pelos prescritores quanto ao cumprimento dessas diretrizes diante do atual cenário da rede de saúde mental do município.

Em caso de dúvidas e esclarecimentos, sinta-se à vontade para entrar em contato com o pesquisador principal no endereço:

Nome: Ingrid de Queiroz Fernandes, Endereço: Rua Padre Guerra, 376, Ap. 101-A, Parque Araxá, CEP: 60450-665, Fortaleza- CE. Telefone: (85) 99658-1993.

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador(a)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - Rua Coronel Nunes de Melo, 1000. Fone: (85) 3366-8344. Gostaria de enfatizar que sua participação será de extrema importância para a pesquisa.

**Dados do participante:**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone para o contato: \_\_\_\_\_

Data do nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Consentimento Pós – Esclarecimento**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa “USO DE PSICOTRÓPICOS E PROBLEMAS DE FORMULAÇÕES NO ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE EM FORTALEZA – CEARÁ” onde fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) sobre a pesquisa e seus procedimentos. Sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer dano ou penalidade.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha – 01

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha – 02

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS PRESCRITORES DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE INFANTOJUVENIL DE FORTALEZA-CE.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**USO DE PSICOTRÓPICOS E PROBLEMAS DE FORMULAÇÕES NO ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE EM FORTALEZA – CEARÁ**

OBJETIVO: ANALISAR OS SABERES E PRÁTICAS DOS PRESCRITORES SOBRE PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_

<b>Parte 1 – Dados de identificação</b>		
1) Idade: _____ anos		
2) Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino		
<b>Parte 2 – Dados de formação acadêmica e titulação</b>		
3) Curso(s) de graduação:		
4) Instituição que concluiu o curso de graduação:		
5) Ano de Conclusão do curso de graduação:		
6) Titulação:		
1 - ( ) Graduação	2 - ( ) Especialização	3 - ( ) Residência
4 - ( ) Mestrado acadêmico	5 - ( ) Mestrado Profissional	6 - ( ) Doutorado
7) Especialidade médica:		
1 - ( ) Neurologista	2 - ( ) Pediatra	3 - ( ) Psiquiatra
4 - ( ) Médico da Estratégia de Saúde da Família 5 - ( ) Outros: _____		
<b>Parte 3 – Características profissionais</b>		
8) Nome(s) do local (is) que trabalha atualmente: _____		
9) Você trabalha na rede pública? 1 - Sim ( ) 2 - Não ( )		
Caso a resposta seja sim, responda as questões 10, 11 e 12:		
10) Tempo de serviço no seu local de trabalho atual na rede pública: _____ anos _____ meses		
11) Forma de ingresso no serviço público:		
1- ( ) Concurso público (estatutário)	4 - ( ) Processo seletivo simplificado (celetista)	
2 - ( ) Contrato por tempo determinado	5 - ( ) Bolsista PROVAB	
3 - ( ) Bolsista Mais Médicos	6 - ( ) Residência médica	
12) Você atua na Rede de Atenção de Saúde Mental infantojuvenil de Fortaleza-Ce?		
1 - Sim ( ) 2 - Não ( )		
13) Você trabalha na rede privada? 1 - Sim ( ) 2 - Não ( )		
Caso a resposta seja sim, responda a questão 14:		
14) Tempo de serviço no seu local de trabalho atual na rede privada: _____ anos _____ meses		
<b>Parte 4 –Saberes e práticas sobre Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas</b>		



15) Você conhece os Protocolos Clínicos? 1 - Sim ( )                      2 - Não ( )
16) Em que momentos na sua prática profissional você aplica Protocolos Clínicos? 1 - ( ) No diagnóstico    2 - ( ) Na escolha do tratamento    3 - ( ) Em ambos 4 - ( ) Não utiliza            5 - ( ) Outros: _____
17) Que fontes de informações você utiliza para ter acesso aos protocolos clínicos? 1 - ( ) Protocolos impressos    2 - ( ) <i>Guidelines</i> 3 - ( ) Sites oficiais (Ministério da Saúde, CONITEC)    4 - ( ) Periódicos (revistas científicas, artigos, bases de dados) 5 - ( ) <i>Textbooks/handbooks</i> 6 - ( ) Material distribuído por representantes 7 - ( ) Outros: _____
18) As instituições que você trabalha, disponibilizam os Protocolos Clínicos? 1 - Sim ( )    2 - Não ( ) Se sim, quais? 1 - ( ) Protocolos impressos do Ministério da Saúde    2 - ( ) Sites oficiais (Ministério da Saúde, CONITEC)    3 - ( ) <i>Textbooks/handbooks</i> 4 - ( ) <i>Guidelines</i>
<b>Parte 5 –Saberes e práticas com o cuidado as crianças e adolescentes com TDAH</b>
19) Você utiliza algum Protocolo Clínico ou Diretriz Terapêutica como instrumento de intervenção para o cuidado do TDAH? 1 - ( ) Sim    2 - ( ) Não    3 - ( ) Utiliza parcialmente Se sim, responda as questões 20 e 21:
20) Qual ou quais? _____
21) Com que frequência utiliza? 1 - ( ) Diária    2 - ( ) Semanal    3 - ( ) Mensal    4 - ( ) Não utiliza    5 - ( ) Outra: _____
22) Na sua rotina de trabalho é realizado o diagnóstico de crianças e adolescentes com TDAH? 1 - Sim ( )                      2 - Não ( ) Caso a resposta seja “sim”, responda as questões 23, 24 e 25:
23) Com que frequência se realiza o diagnóstico para TDAH? 1 - ( ) Diária    2 - ( ) Semanal    3 - ( ) Mensal    4 - ( ) Outra: _____
24) Indique os critérios que utiliza para o diagnóstico do TDAH: 1 - ( ) Avaliação dos sintomas clínicos                      2 - ( ) Histórico familiar 3 - ( ) Classificação Internacional de Doenças (CID 10) 4 - ( ) Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais    5 - ( ) Outros: _____
25) Indique as abordagens terapêuticas que costuma recomendar para o TDAH: 1 - ( ) Farmacológica                      2 - ( ) Terapias Psicológicas 3 - ( ) Terapias Educativas    4 - ( ) Outras: _____
26) Quais profissionais você indica para auxiliar no diagnóstico e tratamento do TDAH? 1 - ( ) Médico (especialidade: _____)    2 - ( ) Enfermeiro    3 - ( ) Psicólogo 4 - ( ) Terapeuta ocupacional    5 - ( ) Farmacêutico    6 - ( ) Outros: _____
27) O que motiva você a utilizar os Protocolos Clínicos no diagnóstico e Tratamento do TDAH: 1 - ( ) Trazem benefícios    2 - ( ) Diminuição dos custos    3 - ( ) Melhor escolha de tratamento 4 - ( ) Aumento da precisão diagnóstica    5 - ( ) Limitações na aplicabilidade    6 - ( ) Não se aplica
28) Qual a importância de empregar um Protocolo Clínico para tratamento do TDAH na Rede de Atenção psicossocial Infanto-juvenil de Fortaleza – CE? 1 - ( ) Sem nenhuma importância    2 - ( ) Pouco importante    3 - ( ) Importante 4 - ( ) Muito importante                      5 - ( ) Extremamente importante

<p>30) Que critérios você utiliza para essa primeira escolha?  1 - ( ) Evidências científicas (protocolos clínicos, <i>guidelines</i>) 2 - ( ) Melhoria dos sintomas de impulsividade 3- ( ) Melhor resposta terapêutica 4- ( ) Facilidade de administração  5 - ( ) Não se aplicam</p>
<p>31) Quais outras opções medicamentosas podem ser utilizadas para tratamento do TDAH?  1- ( ) Bupropiona 2- ( ) Imipramina 3- ( ) Nortriptilina  4- ( ) Clonidina 5- ( ) Risperidona 6- ( ) Outros: _____</p>
<p>32) Ao realizar uma prescrição médica, que critérios você considera relevante?  1- ( ) Idade do paciente 2- ( ) Comorbidades 3- ( ) Efeitos adversos 4- ( ) Resposta terapêutica</p>
<p>33) Como você avalia os resultados do uso do cloridrato de metilfenidato?  1- ( ) Satisfatórios 2- ( ) Não satisfatórios 3 - Outros: _____</p>
<p>34) Qual a idade mínima de pacientes que você prescreve o metilfenidato?  1- ( ) A partir dos 3 anos de idade 2- ( ) A partir dos 6 anos de idade  3- ( ) A partir do 12 anos de idade 4- ( ) Não prescrevo</p>
<p>35) Você costuma estabelecer critérios antes do início do tratamento farmacológico e durante sua consecução:  1 - Sim ( ) 2 - Não ( )  Se sim, marque as opções que se aplicam:  1- ( ) Avaliação do peso e altura 2- ( ) Medição do pulso e pressão arterial  3- ( ) ECG 4- ( ) Exames sanguíneos</p>
<p>36) Como você avalia o tratamento não medicamentoso para crianças e adolescentes diagnosticados com TDAH, utilizando uma escala de 1 a 5? (Considerando-se: 1- Sem nenhuma importância, 2- Pouco importante, 3- Importante, 4- Muito importante, 5- Extremamente importante).  ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5</p>
<p>37) Quais tipos de terapias não medicamentosas você recomenda para tratamento do TDAH?  1 - ( ) Terapia Cognitivo Comportamental 2 - ( ) Treinamento de Pais (TP)  3 - ( ) Treinamento de Habilidades Sociais (THS) 4 - ( ) <i>Neurofeedback</i>  5 - ( ) Não recomenda 6- ( ) Outras: _____</p>
<p>38) Você conhece algum Protocolo e Diretrizes Clínicas para o TDAH implantados no Brasil? Qual (is)?  _____</p>