

Anna Julia Borges De Souza

Protocolo de Dispensação do Metilfenidato na Rede Municipal de Saúde de Uberlândia (MG) sob a perspectiva da Psicologia Escolar Crítica: avanços e continuidades na forma de abordar o TDAH

Uberlândia

2018

Anna Julia Borges De Souza

Protocolo de Dispensação do Metilfenidato na Rede Municipal de Saúde de Uberlândia (MG) sob a perspectiva da Psicologia Escolar Crítica: avanços e continuidades na forma de abordar o TDAH

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial á obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof. Dra. Anabela Almeida Costa e Santos Peretta

Uberlândia

2018

Anna Julia Borges De Souza

Protocolo de Dispensação do Metilfenidato na Rede Municipal de Saúde de Uberlândia (MG) sob a perspectiva da Psicologia Escolar Crítica: avanços e continuidades na forma de abordar o TDAH

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof. Dra. Anabela Almeida Costa e Santos Peretta.

Banca Examinadora

Uberlândia, _____ de _____, 2018.

Prof. Dra. Anabela Almeida Costa e Santos Peretta.

Universidade Federal de Uberlândia

Uberlândia - MG

Prof. Dra. Carmen Lúcia Reis

Universidade Federal de Uberlândia

Uberlândia - MG

Prof. Ms. Janaína Aparecida Silva Lopes

Centro Universitário de Patos de Minas

Patos de Minas - MG

Agradecimentos

À minha família querida, minha referência de amor.

À Minha mãe, Regina, pela dedicação e luta. Obrigada por todas as oportunidades, serei eternamente grata a você.

À minha irmã, Mariana pela eterna amizade. Eu te amo e amo sua cumplicidade.

Ao meu amor João, por todo carinho e incentivo. Obrigada por ser minha calma, eu te amo.

Às minhas amigas Amanda, Alyssa, Antonieta, Claudia, Laisa, Libia, Milena, Marina, Mariana e Letícia. Vocês são anjos que tive a sorte de encontrar, obrigada por todo apoio. Vocês me fazem muito feliz.

Aos meus pacientes e supervisora de clínica Hélvia, pelos encontros potentes e transformadores. Levarei vocês por toda minha vida.

À minha orientadora, Anabela, pelo carinho durante todo o processo de escrita e discussão. Obrigada pela confiança e por me permitir sonhar ainda mais.

À Banca, por trabalhar com uma Psicologia Escolar Crítica que questiona, movimenta e luta pela educação e a infância.

Resumo

Souza, A. J. B. Protocolo de Dispensação do Metilfenidato na Rede Municipal de Saúde de Uberlândia (MG) sob a perspectiva da Psicologia Escolar Crítica: avanços e continuidades na forma de abordar o TDAH. 2018. 45p. Trabalho de Conclusão de Curso, Instituto de Psicologia, Universidade de Uberlândia, Minas Gerais, 2018.

Este estudo se propôs a realizar uma análise documental do protocolo de Dispensação do Metilfenidato na Rede Municipal de Saúde de Uberlândia (MG). O protocolo nasce perante a recomendação do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e a publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação do metilfenidato. A análise foi feita com base no método Histórico-Dialético utilizando-se de núcleos de significações para a apreensão e interpretação de sentidos e significados que compõem o documento, tendo a Psicologia Escolar Crítica como fundamentação. Partindo do conceito de atenção voluntária para a teoria Histórico-Cultural, entendemos que a atenção exigida no contexto escolar se estrutura inicialmente no campo externo e social dependendo das relações compartilhadas e de suas mediações. Diante esta discussão consideramos que o TDAH remete a redução de questões sociais à lógica médica, excludente e individualista. Concluiu-se que o processo de reflexão e construção do protocolo representa avanço no cuidado da saúde mental infantojuvenil da rede ao promover a discussão multidisciplinar sobre a medicalização e pela introdução de um plano de trabalho que inclua avaliações e intervenções considerando questões pedagógicas e psicossociais do indivíduo. Percebeu-se também a dificuldade presente no sistema de saúde em se opor ao pensamento medicalizante, algo revelado no texto por meio de contradições e pela visibilidade textual dada ao uso medicamentoso e aos termos médicos elencando critérios diagnósticos propostos pelo DSM.

Palavras-chave: Medicalização, Psicologia Escolar Crítica, TDAH.

Abstract

Souza, A. J. B. Dispensation Protocol of Methylphenidate into the Municipal Health Network of Uberlândia (MG) under the Critical School Psychology perspective: Advances and Continuities in Addressing ADHD. 2018. 45p. End of Course Paper, Psychology Institute, Federal University of Uberlândia, Minas Gerais, 2018.

This study proposed to perform a documental analysis of the Dispensation Protocol of Methylphenidate into the Municipal Health Network of Uberlândia/MG. This Protocol starts in front a recommendation of the Ministry of Health to adopt non-medical practices and the publication of State and Municipal Protocols for dispensation of Methylphenidate. The analysis was based in the Historical-Dialectic method, using meanings nucleus for the apprehension and interpretation of meanings and significances that compose the document, with Critical School Psychology as a foundation. Starting from the concept of voluntary attention for the Historical-Cultural theory, we understand that the attention required in the school context is initially structured in the external and social field depending on the shared relations and their mediations. In view of this discussion, we consider that ADHD refers to the reduction of social issues to the medical, exclusionary and individualistic logic. It was concluded that the process of reflection and construction of the protocol represents progress in the care of children's mental health of the network by promoting the multidisciplinary discussion about medicalization and also by the introduction of a work plan that includes evaluations and interventions, considering pedagogical and psychosocial issues of the individual. It was also noticed the difficulty in the health system to oppose the medicalizing thought, revealed in the text through contradictions and textual visibility given to the medical use and medical terms, listing diagnostic criteria proposed by the DSM.

Keywords: Medicalization, Critical School Psychology, ADHD.

Sumário

1 Introdução.....	8
2 Objetivos	17
3 Percurso Metodológico	18
4 Análise do documento.....	19
4.1 Entendimento acerca do TDAH	20
4.2 Medicalização no protocolo.	25
4.3 O diagnóstico para o protocolo.	28
4.4 Avaliação no Projeto Terapêutico Singular	32
4.5 Intervenção no Projeto Terapêutico Singular.....	36
5 Considerações Finais.....	37
6 Referências Bibliográficas	40
7 Anexo A.....	47

1 Introdução

O atual contexto histórico e cultural nos insere em uma lógica cercada por fortes contradições sociais que produzem processos de exclusão e determinam formas de ser e estar na sociedade. Compreendo que a medicalização é fruto de um processo de patologização instaurado e reproduzido a partir de pressupostos que desconsideram a subjetividade e a individualidade de cada sujeito. Diante esta discussão, a Psicologia Escolar Crítica despertou meu interesse pelo Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade a fim de analisar como esta lógica excludente emerge na educação e nas clínicas médicas. Tenho grande envolvimento pelo trabalho com a infância tanto na clínica psicanalítica como na educação e presenciar práticas medicalizantes cercarem crianças em seu processo de desenvolvimento me gera inquietação. Realizo o presente trabalho com este sentimento, buscando colaborar para a reflexão e discussão de aspectos sociais que extravasam os muros escolares e vazam nas clínicas médicas e psicológicas.

Neste contexto têm sido comum crianças e adolescentes serem levados às clínicas médicas por apresentarem questões relativas à aprendizagem, agitação e impulsividade, no ambiente familiar ou educacional e serem diagnosticados com o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). O diagnóstico tem sido dado recorrentemente de uma forma pouco criteriosa e seu tratamento é indicado com o uso medicamentoso do Metilfenidato, vendido com os nomes comerciais como Ritalina, Concerta ou Venvanse, psicoestimulantes que causam dependências físicas e psicológicas. O Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade divulgou nota técnica dos dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados ANVISA (2014) sobre o consumo crescente de psicofármacos no Brasil entre os anos de 2007 e 2014. Nesta nota os autores referem-se à publicação do relatório da Comissão Internacional de Controle de Narcóticos (ONU, 2015) afirmando que o crescimento na fabricação de Metilfenidato é um fenômeno

mundial. Os dados apontam que o Brasil apresenta crescente importação do medicamento passando de 578 kg importados em 2012 para 1820 kg importados em 2013, um aumento de mais de 300% na importação do medicamento no período de um ano.

Os critérios diagnósticos para o transtorno foram estabelecidos a partir do Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, DSM IV(2000), que apresenta três tipos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: 1) O TDAH com predomínio de sintomas de desatenção; 2) TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade e 3) TDAH com os três sintomas combinados. O DSM IV (2000) apresenta uma listagem de nove comportamentos característicos para cada um dos três tipos citados do transtorno a partir da qual devem ser identificados os sintomas, sendo necessária a presença de seis ou mais sintomas duráveis em um período mínimo de seis meses. Estes sintomas devem ter sido presentes antes dos sete anos de idade, em dois ou mais contextos, apresentando evidências de prejuízos no funcionamento social ou acadêmico da criança.

Scarlin & Souza (2016) desenvolveram a Linha do Tempo do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais possibilitando comparações das edições do DSM em relação aos quadros de transtornos classificados como Transtornos do Desenvolvimento. As autoras apresentam o DSM V, edição atual publicada em 2013, destacando uma significativa diferença nos critérios estabelecidos em relação com a edição anterior. O DSM V estabelece que os sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade devem ter sido presentes antes dos 12 anos de idade, aumentando assim a possibilidade da recorrência dos sintomas em relação ao DSM IV que estabelecia como critério a presença dos sintomas antes dos sete anos de idade. A Associação Brasileira de Déficit de Atenção, ABDA, (1999) define o TDAH em seu site como um transtorno neurobiológico de causas genéticas que aparece na infância e que geralmente acompanha o indivíduo por toda vida. Este site traz um questionário acessível à

população denominado SNAP-IV, que pode ser preenchido por pais ou professores para a avaliação dos sintomas do TDAH, utilizando-se dos critérios diagnósticos do DSM IV.

A partir de descrições de comportamentos ou características observadas no cotidiano das crianças o questionário auxilia os profissionais da saúde, familiares e educadores a identificarem os possíveis sintomas do TDAH através de 18 itens que consistem em questões relativas à: conseguir ou não prestar atenção a detalhes, dificuldades em focalizar a atenção em exercícios ou atividades de lazer; dificuldades em seguir instruções; não realização de deveres escolares ou outras obrigações; demonstrar dificuldades para organizar tarefas e atividades; perder coisas úteis para a realização de atividades, distrair-se com estímulos externos; dificuldade em manter mãos e pés parados; levantar-se em situações que espera-se que permaneça sentada; correr ou subir nas coisas em situações inapropriadas; dificuldades em manter-se parada; falar excessivamente; responder perguntas de modo precipitado; dificuldade em esperar sua vez; interromper ou intrometer-se em atividades alheias. A cada afirmação, é orientado para o professor ou familiar que escolha entre: nem um pouco, só um pouco, bastante e demais a opção que ele achar mais adequada para as alternativas do questionário. Casos em que pelo menos seis itens tiverem sido marcados como “Bastante” ou “Demais” nas afirmativas de 1 a 9, serão intitulados indicativos da existência de mais sintomas de desatenção que o esperado em crianças e adolescentes. Em outros casos nos quais existam pelo menos seis itens marcados como “Bastante” ou “Demais” nas afirmações de 10 a 18, são indícios que existam mais sintomas de hiperatividade e impulsividade que o normal em uma criança ou adolescente.

É a partir da descrição de comportamentos como estes, que o TDAH é diagnosticado. Fernández (2001) aponta que esse modelo diagnóstico se constitui como um inventário de características descritivas de sintomas, sem que seja realizada qualquer análise dos critérios citados. Ela afirma também a falta de evidências laboratoriais e indícios físicos que remetem

ao transtorno, considerando os modelos utilizados para o diagnóstico do TDAH como precários e faltosos, suscetíveis a erro e a prescrição de Metilfenidato indevida. Os psiquiatras Souza e Ingberman (2000, p. 4) defendem o uso medicamentoso, mas também assumem a importância da combinação da psicoterapia aliada com o medicamento. Para os autores, o Metilfenidato é recomendado com posologias e análises de difícil compreensão para aqueles que não possuem formação médica, e o tratamento psicoterapêutico segue a abordagem cognitivo-comportamental, focando em técnicas de treinamento, autoavaliação e autoreforço.

Quanto ao uso medicamentoso, Cacilda Amorim diretora do Instituto Paulista de Déficit de Atenção publicou no site da IPDA (2017) informações de que no mercado, além da Ritalina existem outros medicamentos indicados para o tratamento do TDAH. No Brasil, até meados de 2012 o tratamento usual era exclusivamente feito pelo psicoestimulante Metilfenidato comercializado com o nome comercial: Ritalina e o Concerta. Em 2012 surge o Venvanse da ordem das anfetaminas, substância mais potente que o Metilfenidato e vendido em dosagens mais elevadas. A dosagem máxima da Ritalina é 40mg enquanto a do Concerta é 50mg por comprimido, o Venvanse tem as dosagens de 30mg, 50mg e até 70mg. A Ritalina atua como estimulante no sistema nervoso central potencializando a ação da noradrenalina e dopamina (Asbahr & Meira, 2014). A bula do medicamento traz informações que sustentam os possíveis riscos do uso da medicação, além de indicar que seus mecanismos de ação no homem não foram completamente elucidados, portanto a totalidade de seus riscos ainda não são conhecidos. Além disso, a bula aponta como reações muito comuns ao uso do medicamento a: diminuição do apetite, nervosismo, dificuldade em adormecer, náuseas, boca seca, transpiração excessiva, sinais de tremores, diminuição de peso, entre outras.

Para analisar as questões que atravessam o TDAH, é necessário entender como a atenção voluntária se desenvolve e estrutura. Com base nesta discussão, a Psicologia Histórico-Cultural e seus representantes, Vigotski, Luria, Leontiev entre outros autores

trouxeram grandes contribuições para a Psicologia Escolar Crítica ao formular a lei geral de formação das funções psicológicas superiores. Inicialmente, partindo da compreensão de estrutura psíquica, Vigostki (1930) contempla a concepção de que o ser humano só existe enquanto indivíduo ao se tornar social, ou seja, por fazer parte de um grupo social inserido em um contexto histórico.

Tal qual um indivíduo só existe como um ser social – como um membro de algum grupo social, em cujo contexto ele segue o percurso do desenvolvimento histórico –, a composição de sua personalidade e a estrutura de seu comportamento acaba por se constituir em uma variável [*‘quantum’*] dependente da evolução social, cujos principais aspectos são determinados pela última (Vigotski, 1930, pg.1).

Diante disso, a personalidade e o comportamento estão estreitamente vinculados ao contexto histórico e aos aspectos coletivos aos quais esse indivíduo pertence. Cada pessoa representa em menor ou maior grau o modelo da sociedade, ou melhor, da classe a que pertence, entendendo que cada sujeito representa à totalidade de suas relações sociais. (Vigotski, 1930). Toda função psíquica superior advém da relação social entre duas pessoas. Esta função é voluntária e necessita da sua inserção em meio cultural para seu desenvolvimento alicerçado sobre outras funções inferiores e inatas como o comportamento reflexo ou instintivo. Ao se desenvolver a forma superior se converte em inferior novamente, tornando-se automatizada, isso se dá pela internalização dos elementos mediadores que compõe a forma superior de comportamento, ou seja, toda função psíquica superior primeiramente está no plano externo e social denominado interpsicológico, devido à relação que se faz entre duas pessoas, sendo posteriormente internalizada e conceituada como intrapsicológica. Esse processo ocorre com todas as funções superiores: atenção voluntária lógica, formação de conceitos, entre outros (Vigostki, 2000).

Inicialmente o desenvolvimento da atenção é considerado um processo orgânico de maturação e desenvolvimento de aparatos nervosos da criança, envolvendo-a em seus primeiros anos de vida até ao longo de sua vida adulta. Porém, conforme ocorre o desenvolvimento este processo supera a fase primitiva passando a ser dirigido por fatores socioculturais, mais complexos, resultantes da interação entre os sujeitos. Nesta relação, o sujeito atua como mediador ao impor a criança tarefas que exigem a regulação efetiva de sua atenção. (Vigotski, 2000)

Nas primeiras semanas de vida do bebê já pode ser observada a existência da atenção natural, involuntária, com características instintivas e reflexivas desencadeada por estímulos externos suficientemente intensos como luz forte, altos ruídos que atraem imediatamente a atenção da criança e conduzem seu comportamento. Nosso contexto histórico-cultural exige formas mais complexas e estáveis de atenção para organizar o comportamento humano recorrente a estímulos mais fracos e socialmente importantes. Em decorrência disso a atenção involuntária, instintiva e natural se transforma em um processo de socialização, originando a atenção voluntária. A atenção voluntária é mediada pelo adulto, que por meio da linguagem e ações, organiza o comportamento da criança criando condições para o cumprimento de determinadas tarefas. (Luria, 1979).

Diante disso, a criança se submete ao gesto e à palavra do adulto, fixando os objetos com o olhar. Ao desenvolver o ato de engatinhar ou andar, a criança já pode pegar objetos e manuseá-los conforme indicado pelo adulto, voltando sua atenção e atividade para o objeto, por exemplo, se a mãe diz “bola”, a criança vai ao encontro da bola assim como suscitado pela mãe. Posteriormente, ao dominar a linguagem, a criança passa a regular sua própria conduta, a princípio por meio da fala exteriorizada e mais adiante a linguagem é interiorizada pela criança, formando um procedimento de organização da atividade psíquica (Luria, 1979).

Diante da análise da concepção de indivíduo e de desenvolvimento da atenção, assim como de outras estruturas superiores, Tuleski & Leite (2011) consideram que:

Os problemas de desatenção e comportamentos hiperativos diagnosticados nas crianças atualmente como TDAH estão vinculados às normas de transmissão social dos comportamentos e, por conseguinte, das junções psicológicas superiores. Desenvolvem-se devido à desregulação da conduta da criança em seu processo de desenvolvimento por parte daqueles que a educam, tanto formalmente quanto informalmente, e não como decorrentes de problemas orgânicos, individuais, que os sujeitos trazem consigo em sua genética; posto que, para a Psicologia Histórico-Cultural, o indivíduo organiza sua conduta a partir do que lhe é transmitido no seu ambiente sociocultural, condutas, hábitos e comportamentos são apropriados pela criança. (Tuleski & Leite, 2011)

Partindo da análise do desenvolvimento da atenção no processo educativo, Tuleski & Leite (2011) compreendem a importância do processo de ensino mostrar com clareza a relevância do conteúdo administrado. Dessa maneira, ao reconhecer o motivo para o aprendizado de determinado conteúdo, o aluno atribuirá sentido à atividade proposta e conseqüentemente fixará voluntariamente sua atenção e comportamento para que a aprendizagem ocorra. Segundo Leontiev (1983) a atividade está vinculada aos conceitos de motivo, sentido e significado. Para o autor, toda atividade é desenvolvida por um motivo, este motivo é quem determina, comanda e incita o sujeito a agir. O conceito de sentido refere-se às impressões pessoais que o sujeito atribui ao que está sendo realizado. Significado representa a maneira pelo qual o homem assimila a experiência humana generalizada, ou seja, o significado generalizado, transmitido socialmente. Segundo o autor o êxito e a dificuldade das atividades de ensino estão diante do motivo pelo qual o conteúdo é dado, estimulando ou não a construção de um sentido ao aluno que recebe.

As discussões referentes aos problemas de aprendizagem saem do âmbito educacional para as clínicas médicas estimulando o processo de medicalização dos comportamentos humanos. Em torno dessa discussão em novembro de 2010 foi lançado o Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade como ação política resultante da união de profissionais das áreas de Saúde e Educação em torno do I Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos” em São Paulo. O Fórum tem por finalidade sensibilizar a sociedade para a crítica à medicalização da aprendizagem e do comportamento, assim como articular entidades e pessoas para o enfrentamento deste fenômeno. No site do Fórum entende-se por medicalização:

O processo que transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios” que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos. Nesse processo, que gera sofrimento psíquico, a pessoa e sua família são responsabilizadas pelos problemas, enquanto governos, autoridades e profissionais são eximidos de suas responsabilidades. (Fórum Sobre a Medicalização Da Educação e Da Sociedade, 2010).

Kantoviski e Vargens (2010) ao fazer uma discussão em torno da sociedade capitalista indicam o processo da medicalização como uma forma de controle social que normatiza, regula e administra diversos aspectos da vida humana ao reduzir problemas cotidianos a objetos da medicina e à administração de fármacos. Para Viégas & Oliveira (2014) este discurso adentra também as instituições de ensino, como uma forma de controle social. A medicalização da educação é responsável pelo processo de patologização das questões educacionais ao ignorar os reais problemas da escola e sociedade gerando nas crianças

sensação de impotência diante seu sofrimento e dificuldade, além de fornecer para a escola e os professores um sentimento de desresponsabilização sobre as questões que perpassam o aluno.

Seguindo esta discussão e entendendo a importância dos aspectos psicossociais para o desenvolvimento infantil e advertindo os riscos do uso do Metilfenidato, a Rede Municipal de Saúde de Campinas (2013) publicou seu protocolo de prescrição desta substância, considerando o diagnóstico de TDAH somente após avaliação da criança/adolescente por equipe interdisciplinar. Se necessário o uso do medicamento, o paciente deve seguir os critérios de inclusão e exclusão propostos. Os critérios de inclusão abrangem exames (hemograma completo, TS¹H, AS²T e A³LT, E⁴CG – com laudo) completos e detalhados, curva de crescimento com anotações dos últimos 2 anos, relatório do terapeuta que acompanha o paciente por pelo menos 6 meses e relatório escolar, a emissão da receita deve ser feita por psiquiatra ou neuropediatra. Por fim, o controle do medicamento é feito via assistência farmacêutica com o preenchimento de formulário específico e acompanhamento periódico.

A Rede Municipal de Saúde de São Paulo (2014) publicou também no dia 12/06/2014 o Protocolo de Dispensação do Metilfenidato para seu Município, estabelecendo a utilização de estratégias psicossociais e de uma ampla rede de profissionais multidisciplinares avaliando de uma forma abrangente o meio social e familiar no qual a criança está inserida, analisando as possibilidades de problemas de escolaridade decorrentes de modelos pedagógicos inadequados ou questões familiares complexas do contexto sociocultural marcado por

¹TSH- Hormônio Estimulante da Tireóide é o exame utilizado para detectar alterações deste hormônio no sangue

² AST- Alanina AST Aspartato Aminotransferase é um exame que serve para avaliar se existe alguma lesão no fígado ou no pâncreas

³ ALT- Alanina Aminotransferase ajuda a identificar lesões e doenças do fígado

⁴ ECG- eletrocardiograma é um exame que permite a avaliação elétrica da atividade cardíaca.

competição, produção de estigmas e exclusão. Se na escola forem identificados comportamentos que estejam prejudicando as relações sociais e de aprendizado, o protocolo indica que é necessário que sejam elaboradas estratégias de intervenção educacionais. Somente se as estratégias falharem o fármaco é indicado, porém com um acompanhamento de avaliação física, psicossocial e educacional.

Seguindo esse movimento, o Mercosul (2015) no âmbito da XXVI realizou a Reunião de Autoridades em Direitos Humanos (RAADH) em Brasília- DF , no dia 06 de julho de 2015, discutindo a importância de garantir o direito da criança e adolescente a não serem medicadas abusivamente e recomendando o estabelecimento de diretrizes e protocolos clínicos sobre o tema. Com isso, o Ministério da Saúde (2015) publicou no dia 1º de outubro de 2015 recomendações para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de Metilfenidato na intenção de prevenir a medicalização de crianças e adolescentes. Posteriormente, o Conselho Nacional de Saúde, lançou também a recomendação nº 19, no dia 8 de outubro de 2015 ,ao Ministério da Saúde e secretarias municipais de saúde, incentivando a promoção das práticas não medicalizantes e a publicação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para a prescrição do Metilfenidato.

2 Objetivos

Este estudo se propôs a compreender as concepções de TDAH e medicalização presentes no Protocolo de Dispensação do Metilfenidato na Rede Municipal de Saúde de Uberlândia (MG). Sob a fundamentação teórica da Psicologia Escolar Crítica, buscou-se apreender como as questões que atravessam esta discussão na rede de saúde psicossocial do município se revelam na redação do documento.

3 Percorso Metodológico

Este trabalho foi desenvolvido a partir do método Histórico-Dialético pautado em núcleos de significações para a apreensão, análise e interpretação de sentidos e significados que compõem o documento. Ozella & Aguiar (2012) citam Vigotski (1991) ao considerar que o método Histórico-Dialético se apoia na Psicologia Histórico-Cultural, devido à importância de um método que abarca a complexidade do objeto da psicologia, o homem e suas funções psicológicas, visando à necessidade da abstração de conteúdos que se desenvolvem além da aparência e descrição de fatos, buscando entender o processo de constituição do objeto estudado em sua relação dialética com o social e com a história.

Trata-se de um processo dialético em que o pesquisador não pode deixar de lado alguns princípios, como a totalidade dos elementos objetivos e subjetivos que constituem as significações produzidas pelo sujeito, as contradições que engendram a relação entre as partes e o todo, bem como deve considerar que as significações constituídas pelo sujeito não são produções estáticas, e sim que elas se transformam na atividade da qual o sujeito participa. (Machado, Soares & Aguiar, 2015, pg. 63).

Diante desta metodologia, a análise da palavra circula além de sua dimensão léxica buscando analisar o sujeito e suas palavras inseridas em um contexto que lhe atribui um dado significado. Com isso é feito o processo de construção dos núcleos de significação, aglutinando indicadores (palavras, expressões, conceitos, etc) que se articulam por similaridade, complementaridade ou contraposição para que sejam analisados de modo interpretativo, partindo do pressuposto que as palavras estão atravessadas pela compreensão crítica do pesquisador em relação à realidade em seu contexto histórico-cultural (Machado, Soares & Aguiar, 2015).

Em busca de compreender o contexto da produção, idealização e construção do documento, foi realizada no dia 5 de Abril de 2017 reunião do Núcleo Uberlândia do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, contando com a presença de uma das autoras do documento, a psicóloga Cirlana Rodrigues de Souza, que exerce apoio Técnico em Saúde Mental Infante Juvenil para discussão do Protocolo. A conversa circulou em torno do processo de criação do documento, que ainda não estava em vigor. Neste evento foi discutido o processo de construção, considerado mais importante que o resultado final para a atenção básica da Rede Municipal de Uberlândia, pois reuniu profissionais de diversas áreas para conversar sobre as demandas frequentemente feitas pela família a partir da fala das escolas e refletir sobre a lógica medicalizante em seus aspectos histórico, culturais e psíquicos.

Para a criação do protocolo, o grupo de trabalho foi formado por uma equipe com profissionais de diferentes áreas de formação dialogando com outros profissionais da atenção básica de saúde mobilizando a interlocução de fatores sociais e psíquicos com o discurso médico. É evidenciando a necessidade de uma comunicação multiprofissional para a avaliação e intervenção dos possíveis diagnósticos. Nessa ocasião, foi discutido que o processo de elaboração do protocolo não promoveu mudanças significativas no discurso médico, mas possibilitou evidenciar as diferenças de perspectivas e abordagens entre os profissionais envolvidos, discutindo e refletindo outras possibilidades de intervenção.

4 Análise do Documento

Com base no método Histórico – Dialético foram utilizados os seguintes núcleos de significações que compõem o documento: Entendimento acerca do TDAH, Medicalização, Diagnóstico, Avaliação e Intervenção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Os núcleos de significações destacados foram utilizados para análise dos sentidos e significados

identificados no documento, buscando realizar uma discussão articulada com a Psicologia Escolar Crítica, considerando o contexto histórico e social na qual o documento se insere.

4.1 Entendimento acerca do TDAH

A introdução do Protocolo descreve que o documento surge conforme as Diretrizes do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) referenciando a resolução número 177, de Dezembro de 2015 que proporciona à criança e ao adolescente o direito de não serem submetidos à excessiva medicalização⁵, principalmente diante questões de aprendizagem, comportamento e disciplina. O Conanda é uma instância prevista pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) na perspectiva de atuar na formulação de diretrizes para uma política nacional que promova e defenda a garantia dos direitos humanos de crianças e adolescentes. A resolução citada dispõe no Artigo 1 o direito da criança de não ser submetida a excessiva medicalização por questões de aprendizagem, comportamento e disciplina, definindo como excessiva medicalização a redução indevida de questões de aprendizagem e comportamento a patologia, fazendo-se necessário, como consta posteriormente no Artigo 2 que a criança e o adolescente tenham direito a proteção integral, sendo fundamental o acesso a alternativas não medicalizantes para problemas de aprendizagem e comportamento que considerem aspectos pedagógicos, sociais, culturais e que envolvam a família e profissionais responsáveis pela criança e adolescente. Em concordância, o Art. 3º considera que a proteção integral da criança e do adolescente implica abordagem multidisciplinar e intersetorial de questões de aprendizagem, comportamento e disciplina.

¹ O uso do termo “excessiva medicalização” presente na Recomendação das Diretrizes da Conanda, revela certo desconhecimento acerca do conceito de medicalização, já que tal termo destoa da discussão que a medicalização propõe. Contudo, não se pode deixar de considerar o quanto este documento é um avanço importante para a problematização de tal prática.

Ao se amparar em determinados preceitos, o início do documento sugere que sua concepção acerca do TDAH não se reduz a questões biológicas, e sim de cunho pedagógico, cultural e social, fazendo-se necessária uma análise abrangente e multidisciplinar que considere a inserção desta criança em seu contexto familiar e educacional, envolvida por aspectos emocionais e pedagógicos. Este entendimento é reforçado no Protocolo ao considerar estudos que indicam aumento na prescrição do Metilfenidato no início do ano letivo, e uma queda na utilização no final, correspondendo com o período das férias escolares. Segundo dados registrados graficamente pelo Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SGPC) sobre o consumo mensal de Metilfenidato industrializado no Brasil nos anos de 2009 a 2011 em Boletim de Farmacopidemiologia publicado no ano 2012, o uso do Metilfenidato tem seu aumento no mês de janeiro e uma queda em junho e julho referente às férias escolares no meio do ano, aumentando novamente no mês de agosto (final das férias) e posteriormente tendo baixa em dezembro, coincidindo com o final do ano letivo. Tal dado reforça a ideia de relação entre os diagnósticos e a prescrição do medicamento com a não correspondência destes alunos às expectativas do contexto escolar, corroborando com a ideia de que o diagnóstico para o transtorno é cercado por questões de cunho escolar, educacional e pedagógico.

O protocolo propõe pensar no TDAH como resposta para as questões disciplinares e dificuldades de aprendizagem dentro do contexto educacional. Pensando nestas questões, o documento apresenta uma visão congruente com a apresentada por Meira (2012) ao estabelecer semelhança nas descrições comportamentais de crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH e daqueles considerados indisciplinados. Ela cita em seu artigo comportamentos ditos “indisciplinados” listados pelos professores em relação aos seus alunos, como: alunos que conversam exageradamente, agitados, que não permanecem sentados, falam palavrões, violentos e agressivos (brigam e agredem colegas e funcionários),

não se concentram nas aulas, exibem comportamentos considerados indecentes, danificam materiais de colegas ou o patrimônio da escola. Pensando que tradicionalmente disciplina é vista como sinônimo de obediência, há variações dependendo da escola e do professor. Percebe-se assim uma inadequação ao se referir um possível diagnóstico para uma dada criança já que, dependendo da perspectiva a partir da qual se compreende, um mesmo comportamento pode ser visto como indisciplina ou ainda como sintoma de TDAH. Com isso, somos colocados a refletir sobre os supostos limites entre a doença ou desvio de norma, ou ainda, entre transtorno e inadequação à ordem estabelecida. A autora propõe a seguinte reflexão:

Se pudéssemos romper com esse olhar que patologiza o sujeito indisciplinado que se encontra na origem dos diagnósticos de TDAH e mudássemos o foco, buscando compreender como diferentes contextos e práticas produzem a indisciplina? Talvez então fosse possível trazer para o centro desse debate situações de miséria social que produzem sentimentos de desesperança; a disseminação de modelos violentos e "hiperativos" em todos os espaços sociais; o desinteresse pelos problemas coletivos e a exacerbação do individualismo; a degradação das escolas públicas; a inadequação das propostas pedagógicas; a desvalorização dos professores; os relacionamentos sociais opressivos e desumanizadores... Mas, infelizmente, estamos caminhando cada vez mais em direção ao recrudescimento da patologização.

(Meira, 2012, pg.139)

Em concordância a isso, o Protocolo faz referência ao artigo “A constituição sócio-médica do ‘fato TDAH’”. Neste artigo, Caliman (2009) analisa a interpretação neurobiológica predominante do fenômeno e seu olhar psiquiátrico, revelando nesta concepção o nível mais superficial do ‘fato TDAH’. Para a autora, ao analisar o diagnóstico de TDAH é necessário

pensar nas circunstâncias nas quais a economia biomédica está inserida, no regime médico que sustenta esse diagnóstico e na constituição da atenção que possibilita a estruturação do indivíduo atento/desatento em nossa atualidade. Portanto, a autora propõe analisar o Transtorno como um objeto social, no espaço social e epistêmico no qual ele foi constituído, tendo a concepção de que o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade:

Não se resumiu, e não se resume, à interrogação sobre sua natureza real e biológica. Ele é formado por outras questões de caráter político, ético, econômico e moral que dialogam com as exigências da economia da atenção atual. O diagnóstico do TDAH nasceu, desenvolveu e se fortaleceu no cerne de uma economia na qual o indivíduo bem-sucedido, produtivo e feliz é o autogestor atento, consciente, racional e prudente. Nesta economia, não há limites para as exigências de atenção. E na busca pela sua maximização, todo indivíduo será um pouco desatento. (Caliman, 2009 pg. 143)

Caliman (2009) também discute sobre o discurso de legitimidade do transtorno sustentado por bases biológicas cerebrais somadas ao seu potencial de risco. O cálculo de risco diz respeito à qualidade de vida do indivíduo e de sua ameaça à sociedade, comprovado por prejuízos sociais, educacionais, familiares e econômicos. Com isso é importante considerar que o que é determinado como consequências adversas e patológicas dependem das concepções de certo e errado, e bom e ruim para determinada sociedade. Já a causa biológica é sustentada pela ideia de que o transtorno é originado por causas biológicas, genéticas e visíveis. Neste sentido, a autora afirma que os estudos sobre as imagens cerebrais são constituídos de imagens imprecisas e quase sempre contraditórias, não usadas em prática clínica. Corroborando com esta ideia, no Oitavo volume do Caderno Temático do Conselho Federal de Psicologia de São Paulo, Moysés (2010) dialoga com autores que defendem o TDAH como doença neurológica, revelando inconsistência dos estudos que abarcam

evidências científicas para a comprovação genética e alteração funcional e anatômica em áreas cerebrais no diagnóstico do TDAH. Além disso, a médica também se remete a trechos dos próprios autores que defendem o TDAH como transtorno neurológico, mas que reconhecem também a ausência de elementos biológicos precisos para o seu diagnóstico.

Percebe-se que o protocolo inicialmente carrega a ideia de refutar qualquer conduta que não se justifique em fatores clínicos, para que não seja mantida a prescrição diagnóstica ou terapêutica medicamentosa quando se trata de questões sociais ou disciplinares já que a manutenção de tais práticas retrata um meio de controle social, legitimado e amparado pelo saber médico. Posteriormente, o documento apresenta visão completamente distinta, caracterizando o transtorno com base na psiquiatria e a neurociência, que considera como clínico “um conjunto de sinais associados à falta de controle inibitório e alterações nas funções executivas ligadas ao planejamento, prática de ações, atenção sustentada e controle dos impulsos, o que não faz menção à interação do social nas questões orgânicas” (Rede de Atenção Psicossocial [RAPS], 2016, Pg.8).

Evidencia-se assim uma série de contradições em relação ao posicionamento do documento, possivelmente por ser composto por uma multiplicidade de vozes e concepções que se revelam em diversos cortes e contradições ao longo de seu conteúdo. Podemos observar suas contradições na medida em que, por exemplo, o documento caracteriza o transtorno com base na visão médica e depois revela que seus mecanismos médicos e fisiológicos determinantes são desconhecidos, ou até mesmo ao afirmar que o transtorno tem uma etiologia multifatorial envolvendo alterações genéticas, fisiológicas e ambientais que trariam alterações nas vias neuronais, mas também destaca posteriormente sua indeterminação orgânica diante destes aspectos e a importância de seu cuidado psicossocial frente a isso.

4.2 A Medicalização no Protocolo

O Protocolo destaca que seu objetivo é promover o acolhimento, tratamento e o cuidado intersetorial e interdisciplinar de crianças e adolescentes com hipótese diagnóstica de TDAH. Para analisar o documento e compreender seu projeto terapêutico é imprescindível entender os pilares na qual ele se sustenta. O Protocolo aponta aspectos que fundamentam sua construção e que definem e caracterizam a medicalização, problematizando e evidenciando diferentes concepções acerca das questões que envolvem a temática. Para o documento, medicalização diz respeito a “Ações que não escutam a infância e assim reproduzem uma lógica manicomial que se sustenta em uma cultura de segregação e reclusão a categorias nosógrafas que podem oferecer não o cuidado terapêutico, mas a invasão de corpos, mutilação subjetiva de crianças e adolescentes” (RAPS, 2016, Pg. 5). Diante disso, o remédio é descrito na introdução do documento atuando como “Encobridor da complexidade do contexto sócio-cultural da sociedade e da educação” (RAPS, 2016, Pg. 5). O documento aponta que as práticas medicalizantes são sustentadas por “Um saber biotecnológico a partir do poder que esse saber em acordo com a mídia, o mercado, e a educação impõem a sociedade” (RAPS, 2016, Pg. 5). Neste sentido, o documento propõe como prática e espaço de cuidado não medicalizante o reconhecimento do debate sustentado em princípios e parâmetros que atuam além do saber biotecnológico, mas também que considerem a importância da inserção de profissionais que lidam com o sofrimento da infância em seus aspectos psicossociais. Corroborando com esta ideia, citamos Kamers (2013) que contribui com a discussão sobre a psiquiatrização do discurso e medicalização infantil:

A tentativa de encontrar a gênese da loucura do adulto na criança culminou na construção de dispositivos higienistas de vigilância e controle sobre a família e preceitos sobre o cuidado com a criança. Nesse sentido, uma de nossas questões consiste em indagar se, atualmente, esta função não estaria sendo

delegada ao campo da assistência social e psicológica, cabendo ao médico, única e exclusivamente, decidir sobre a patologia em causa e prescrever a medicação para a criança. E mais, de que modo, contemporaneamente, esses dois discursos – o da assistência psicológica, pedagógica e social e o da intervenção médico-psiquiátrica – se entrecruzam e se retroalimentam, formando uma rede na qual, a partir do momento em que a criança e sua família são capturadas, não conseguem mais sair, reduzindo a criança a uma linhagem médica alheia, que não contempla seus laços sociais e familiares. (Kamers, 2013, pg. 156)

Seguindo esta direção, o documento assume a necessidade de considerar as marcas contemporâneas e os aspectos sociais e culturais ao pensarmos a infância e as questões educacionais e psicológicas que permeiam e entrelaçam suas relações. Essa concepção está em consonância com a perspectiva dialética a partir da qual Barbosa & Reis (2011) apresentam a infância como um fenômeno sócio-histórico e culturalmente construído, não universal e atemporal influenciado pelos grupos sociais de cada época. Nesta perspectiva, Kamers (2013) cita Lajonquière (1999) que discorre sobre estas marcas contemporâneas delineadas socialmente pelos sujeitos.

Na medida em que a criança hoje é portadora dos ideais sociais do adulto, podemos pensar que o que está em cena é justamente um apagamento da infância e a tentativa de transformação de um real infantil num modo ideal de existência adulta. Sendo assim, a resposta não esperada, bem como aquela esperada, mas dada fora de tempo, são consideradas como expressão de uma patologia na criança (Kamers 2013 pg. 161 apud Lajonquière, 1999).

Em um de seus pilares, o protocolo destaca que as práticas medicalizantes são “sustentadas pelo poder que a mídia, mercado e educação impõem à sociedade” (RAPS, 2016, Pg. 5). Corroborando com esta ideia, Foucault (2009) considera que o poder se articula além das dimensões negativas que a palavra produz. O poder sustenta e fabrica formas de prazer que atravessam o corpo social estimulando condutas. Desse modo, segundo Brighente & Mesquida (2011), a medicina é considerada uma estratégia de saber-poder que a partir de sua prática e seu conhecimento científico estrutura um campo de ação social que atua na produção de subjetividade dos indivíduos. É pela intersecção do poder, saber e produção de subjetividade que a análise foucaultiana ressalta o aspecto produtivo da medicalização a partir da sua capacidade de construir maneiras e verdades para responder às ações dos sujeitos na sociedade. Desse modo, a medicina configura práticas sociais e políticas que estão a todo tempo articuladas a outras instâncias de poder micro e macrossociais.

Dessa maneira, Foucault (2009) analisa os processos disciplinares e a forma como eles atuam nos sujeitos. Desse modo para punir e normatizar, as instituições fabricam corpos docilizados, submissos e educados para a vida em sociedade. Na instituição escolar, a docilização não está mais necessariamente relacionada à violência física como antigamente, mas se estabelece ligada à violência simbólica caracterizada pela privação da palavra, proibição do pensamento e a exigência de boa conduta. Diante disso, Foucault (2009) analisa os processos educativos instaurados na sociedade e discorre sobre a ausência de palavras e a necessidade de obedecer às ordens. Portanto, a escola utiliza mecanismos disciplinares e recursos educacionais para docilizar os corpos dos educandos com a finalidade de tornar crianças e jovens obedientes, produtivos e aptos para o trabalho.

4.3 O Diagnóstico para o protocolo

Diante dos aspectos considerados para o Diagnóstico do TDAH, o protocolo introduz a possibilidade diagnóstica do transtorno exclusivamente em crianças a partir dos 6 anos de idade que apresentam problemas acadêmicos e comportamentais relacionados aos três sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade, iniciados antes dos 12 anos de idade. Antes dos seis anos de idade, os sintomas devem ser tratados por meio de manejo atitudinal e ambiental. O estabelecimento deste critério etário para o diagnóstico do transtorno é um avanço no cuidado que o protocolo dispõe com a infância, já que anteriormente não era definido idade mínima para seu diagnóstico. Apesar de considerar este critério diagnóstico avanço para a rede, entendemos que iniciar o uso de medicação aos 6 anos ainda é muito precoce, visto que o desenvolvimento da criança ainda está em curso. Diante desta discussão, os autores Bonadio & Mori (2013) acrescentam que:

Compreendemos que o desenvolvimento da atenção voluntária ocorre gradativamente, pela mediação do adulto e a apropriação da linguagem exterior que, posteriormente, se converterá em interior. Essas considerações tornam evidentes os riscos de diagnósticos precoces. Cada vez mais cedo, as queixas dos pais e professores estão chegando aos especialistas que formulam a hipótese de TDAH em crianças com cinco e seis anos de idade. (...) Como diagnosticar uma criança nessa idade, se a atenção voluntária começa a se estabilizar a partir dos cinco anos? Se a atenção voluntária, como postula a teoria Histórico-Cultural, é caracteristicamente social e se desenvolve mediante o contato com o social, não estaríamos menosprezando o papel do professor como mediador em detrimento de um tratamento medicamentoso, em muitos casos como única alternativa? (Bonadio & Mori 2013 pg. 213).

O protocolo, apesar de toda uma introdução que apresenta a perspectiva teórica que crítica à medicalização, acaba se fundamentando na versão mais medicalizante apresentada, o DSM-IV. O protocolo aborda os dois manuais psiquiátricos mais usados para definir os critérios diagnósticos para o TDAH, o CID-10 (Organização Mundial da Saúde - OMS) e o DSM-5 (Associação Americana de Psicologia- APA) para o esclarecimento dos sintomas que configuram o transtorno. Conforme apontam Dromitovic & Calliman (2013) a CID 10 apenas fornece códigos oficialmente utilizados pelo Serviço Único de Saúde (SUS) servindo para fins de nomenclatura, sendo que a orientação dos critérios diagnósticos é geralmente ordenada pelo DSM na prática clínica. O próprio protocolo se ocupa em fornecer apenas os códigos e as nomenclaturas do CID-10, ausentando-se das descrições desses sintomas para este manual.

Diante das pesquisas bibliográficas percebe-se que a maior parte das publicações recentes a respeito deste tema refere-se à quarta edição do manual da APA (DSM IV), de 1994, à sua revisão (DSM IV-TR) de 2000 e à quinta edição (DSM V) publicada somente em 2013, ou seja, as edições mais atualizadas e, portanto, de uso corrente. Allen Frances (2014), que dirigiu a equipe que redigiu o DSM-IV afirma o fato desta edição ter ampliado o número de transtornos psicológicos. Em uma entrevista ao EL PAIS (2014), ele faz considerações críticas acerca do atual sistema de diagnóstico e influência da indústria farmacêutica. Segundo o autor, a maior parte das pessoas, inclusive crianças estão recorrendo à medicação para o enfrentamento de problemas sociais e preocupações cotidianas, que recentemente deixaram de ser vistas como normais. Na mesma entrevista, o autor enfatiza a rotulação de pessoas que sofrem o transtorno ao destacar a dificuldade de reverter às consequências e os danos que o diagnóstico produz, tanto no âmbito social como nos seus efeitos adversos.

O protocolo destaca a necessidade de abrir espaço e ouvir as pessoas que convivem com a criança ou adolescente e sua família para avaliação do diagnóstico proponho analisarmos o diagnóstico sob a fala de Veneza (2015)

Como se não bastasse, o diagnóstico desse transtorno é um julgamento feito por pessoas do convívio da criança, a partir da impressão que podem ter do comportamento por ela apresentado e com base no sistema de normas e regras, que constituem seu conjunto de referência, de modo que, dependendo do olhar do adulto, da sua concepção de disciplina, de adequação comportamental e da sua tolerância ou intolerância à espontaneidade, criatividade e rebeldia da criança, ele poderá rotular comportamentos que não se enquadram nos seus padrões prévios de normalidade/anormalidade como hiperativos. (Veneza 2015 pg. 54)

Este fator está inserido no fato do Diagnóstico ser fundamentalmente clínico. Partindo desta direção Cruz & Lemos et al.(2016) consideram que um diagnóstico é fundamentalmente clínico quando seu processo se baseia na observação direta da criança e na sua descrição por terceiros, tendo como finalidade verificar se a criança se encaixa ou não nos critérios apresentados pelo sistema classificatório. Um avaliador julga se estes critérios são atendidos ou não, contando com a colaboração e informação dos pais, criança e família. Diante disso Dromitrovic & Calliman (2013) ressaltam que:

A dimensão cultural e subjetiva do processo diagnóstico, no qual fatores como, por exemplo, uma tolerância maior ou menor em relação aos comportamentos desatentos e hiperativos, em determinado contexto, assim como a pressão social e econômica sobre a exigência de sucesso acadêmico e profissional,

podem interferir diretamente no uso das ferramentas diagnósticas.
(Dromitrovic & Calliman 2013, pg. 897)

Diante do caráter subjetivo dos critérios avaliativos e a ausência de comprovação dos aspectos físicos do transtorno, Mesquita (2009) propõe pensarmos a maneira como este fator influencia no tratamento: “Como tratar eficazmente o que se desconhece a(s) causa(s)? Essa pergunta polemiza e diversifica formas de tratamento”. O diagnóstico clínico seria importante para abrir um espaço de escuta para entender questões que atravessam o indivíduo e seu contexto, não com o intuito de estabelecer uma classificação, mas abrir espaço para uma intervenção pedagógica ou psicossocial. Dentre as formas de tratamento, o protocolo surge para modificar o modelo do processo diagnóstico e seus aspectos interventivos. O documento destaca a ausência de um projeto terapêutico de cuidado anterior à publicação deste protocolo na rede municipal de saúde do município de Uberlândia para a dispensação do Metilfenidato. O medicamento era prescrito sem diretrizes definidas no sistema de saúde gerando dificuldade na continuidade do tratamento do paciente. Aspecto cuja relevância é destacada no próprio protocolo, que reforça a importância de Plano Terapêutico Singular (PTS) diante do desserviço da mera troca de receitas, considerando a singularidade e integridade fundamentais na saúde infanto-juvenil.

A partir do modelo tido anteriormente é essencial à construção do protocolo no fomento de transformações e discussões no âmbito da saúde pública do município para a dispensação do medicamento e adoção de um PTS que considere a importância do diagnóstico amparado no trabalho interdisciplinar, possibilitando uma compreensão ampliada da criança em suas diversas dimensões da vida. Desse modo, o documento destaca a importância da mudança de conduta da tutoria psiquiátrica e da rede no que diz respeito ao cuidado da saúde mental infanto-juvenil, o que propõe promover a descentralização dos cuidados e dos processos terapêuticos das crianças com o diagnóstico de TDAH. Seguindo

esta lógica, a própria construção do documento já representa uma prática de intervenção na equipe por promover discussão e reflexão conjunta e interdisciplinar na equipe de atenção básica de saúde.

Segundo Pinto et al. (2011), um projeto terapêutico tem como objetivo incorporar a dimensão de sujeito social, contando com a presença de um equipe interdisciplinar que promove a inserção de distintas profissões para o acompanhamento da pessoa em seu tratamento, preocupando-se com a responsabilidade singular de vínculo entre a equipe e o usuário/ família. A essência do projeto vai no caminho oposto à institucionalização praticada anteriormente que não considerava a singularidade do sujeito, sua família, sua cultura, reduzindo o sujeito a um corpo biológico diagnosticado e medicalizado psiquiatricamente. A inserção se um projeto terapêutico singular já é um avanço para uma sociedade institucionalizada e biologicamente medicalizada.

4.4 Avaliação no Projeto Terapêutico Singular do Protocolo

O protocolo destaca que as ações do PTS devem ser iniciadas na Atenção Básica, como porta de entrada do serviço de saúde. De acordo com o site de portal do Departamento Nacional de Atenção Básica de Saúde (2012) a atenção básica deve ser o serviço de saúde com mais alto grau de descentralização, onde a participação e cuidado se faz sempre necessária, tendo como uma de suas função coordenar o cuidado, o que resulta em :

Elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as

outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. (DAB 2012)

Para o protocolo “considerando a queixa apresentada no encaminhamento e sua relação com a tríade de sintomas, será instaurado o processo de avaliação integral para a construção do plano de cuidado” (RAPS, 2016, Pg. 11). Subentende-se que em decorrência disso a intervenção é realizada somente após uma ampla avaliação cuidadosa a fim de compreender as peculiaridades da dinâmica do caso clínico. O processo avaliativo inclui

a) Avaliação pediátrica caso a criança tenha chegado pela pediatria e que é possível considerar a eliminação de causas maturacionais e de crescimento da criança como determinantes de dificuldades no desenvolvimento infantil, b) avaliação psicossocial, pelo profissional de saúde mental, levando em conta o funcionamento psicossocial da criança e do adolescente, seus vínculos sociais, sua estrutura familiar, sua condição ou não de vulnerabilidade psíquica e social, outros sintomas psicopatológicos mediante perdas e impasses no desenvolvimento, a relação da criança e do adolescente com os processos escolares, funcionamento na vida diária e dificuldades apresentadas; c) solicitação de uma avaliação pedagógica que apresente as dificuldades escolares da criança e do adolescente distintas de problemas de conduta dentro da escola e/ou no contexto familiar, sendo necessário, se esgotar, em termos pedagógicos, a pergunta ‘Por que a criança e/ ou adolescente não aprende’ d) persistindo a hipótese diagnóstica de TDAH, solicitar avaliação médica em tutoria de psiquiatria/ matriciamento para avaliação do quadro e a necessidade ou não de terapêutica medicamentosa. (RAPS, 2016, pg. 11).

No processo de avaliação, o documento sugere ao profissional um modelo de construção do plano de cuidado, cabendo a ele descrever os aspectos e a sequência de cuidado que o documento considera importante avaliar. Esta descrição aponta a necessidade de uma avaliação que considere o indivíduo em seus aspectos maturacionais e de saúde mental valorizando os determinantes do funcionamento psíquico e social da criança, a dinâmica da sua estrutura familiar, seus vínculos, o contexto escolar e seus aspectos pedagógicos. Estas variáveis são imprescindíveis para avaliação da hipótese diagnóstica de TDAH, transformando-o em um processo criterioso ao considerar suas múltiplas variáveis e determinantes. Na medida em que a avaliação torna o diagnóstico criterioso este processo já demonstra um avanço ao investigar e contemplar aspectos sociais e pedagógicos em seu diagnóstico caminhando na direção oposta à “troca de receitas” frequentemente praticada.

Durante este processo avaliativo, o protocolo defende uma avaliação pedagógica que busque alternativas no próprio espaço escolar. Ao citar a proposição “Por que o adolescente não aprende?” (RAPS, 2016, pg. 11) o documento propõe que seja feita uma avaliação pedagógica até que tal pergunta se esgote, ou seja, até que não se ache mais solução em nível escolar. Tal proposição e meu fascínio pelas questões pedagógicas me colocam a refletir sobre outras possibilidades e outras proposições pertinentes que articulam com a escola no sentido de dialogar e refletir sua participação no processo pedagógico estabelecido com a criança, como por exemplo, lançar perguntas que evidenciam o que ela aprende, quando aprende, o que gosta, na tentativa de atentar às potencialidades e salientar toda a complexidade da criança a fim de não reduzi-la. Acredito que tais proposições têm seus desdobramentos, e diante de um protocolo cheio de avanços, ele ainda se limita com a ausência de descrições sobre: o que neste processo avaliativo seria solicitado? Com que objetivos? Como fazer dessa avaliação um momento de reflexão a respeito da relação pedagógica estabelecida? Percebe-se que diante dos aspectos pedagógicos e a necessidade de uma avaliação que dialoga com a

escola, o protocolo ainda se ausenta em descrever ou salientar a importância dos aspectos que envolvem a relação no ambiente escolar. Por fim, a última avaliação é feita caso persistir a hipótese, devendo ser realizada uma avaliação médica em tutoria com a psiquiatria/matriciamento para avaliação do quadro em seu ponto de vista clínico, e a necessidade ou não do uso medicamentoso. Portanto, mesmo diante desta hipótese diagnóstica o protocolo ainda sugere a possibilidade de que não seja adotada a terapia medicamentosa, o que deve ser visto também como um avanço.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011) o apoio matricial ou matriciamento equivale a um novo modo de produzir saúde onde duas ou mais equipes compartilham suas experiências, saberes e práticas para a elaboração de uma intervenção, favorecendo o fortalecimento da interdisciplinaridade ao romper com ações fragmentadas e verticalizadas. Diante da necessidade da interdisciplinaridade, o documento raramente remete às equipes ou ao profissional responsável pela avaliação, citando apenas o apoio médico, seja ele pediátrico ou psiquiátrico. No decorrer de seu texto o documento assume uma postura que evidencia a necessidade e a importância do trabalho interdisciplinar, contudo a interdisciplinaridade proposta apresenta seus limites ao apontar na avaliação somente o apoio médico em detrimento a outros profissionais que não são citados ou evidenciados neste processo.

No que diz respeito à avaliação integral para construção do plano de cuidado, o protocolo inclui uma avaliação pedagógica. Bonadio & Mori (2013) questionam a inversão de papéis dentro das escolas já que o conhecimento do processo ensino-aprendizagem deveria ser de posse do professor, dando a ele a autoridade para proporcionar atividades que favoreçam o desenvolvimento da atenção de seus alunos, impedindo-os de serem encaminhados à área de saúde e receber um diagnóstico. A formação do professor deveria ensinar os alunos, reconhecendo suas particularidades, potencialidades, compreendendo-os como sujeitos

capazes de aprender. Bonadio & Mori (2013) destacam que a atenção voluntária se desenvolve somente se for exigida e explorada, diante disso:

Esse é o caminho para superarmos concepções organicistas, que depositam no medicamento a manutenção de uma função psíquica que, em sua origem é social. A criança com problema de atenção tem seu aparato orgânico preservado, o que torna possível o desenvolvimento da atenção, para isso, o professor deve assumir seu papel organizador, não só no conteúdo escolar, mas de toda a dinâmica da sala de aula. Exigir e prender a atenção do aluno no momento da explicação ou realização das atividades escolares e evitar distração são tarefas do professor, as quais o auxiliarão no desenvolvimento da atenção voluntária. (Bonadio & Mori 2013 pg. 148)

4.5 Intervenção no Projeto Terapêutico Singular do Protocolo

Depois de realizadas as avaliações, inicia-se o processo de intervenção. O protocolo destaca que o plano de cuidado deverá conter:

Propostas de intervenção psicossocial na atenção básica com a própria criança/adolescente e sua família, considerando as relações estabelecidas; proposta de intervenção da equipe pedagógica da criança em relação às dificuldades escolares dentro do âmbito da escola e da rotina de estudos da criança e do adolescente; proposta de intervenção social, quando se fizerem necessárias, solicitando a entrada do intersetor no processo; proposta da terapêutica medicamentosa que comporte a avaliação regular da criança e do adolescente medicado, tanto para fins de avaliação dos efeitos colaterais, como avaliação das mudanças na vida da criança e do adolescente, a adequação das dosagens e, sendo necessária, a implantação do processo de finalização do

tratamento medicamentoso”. É evidenciado neste processo a necessidade desta intervenção estar articulada com os vários espaços nas quais a criança está inserida. (RAPS, 2016 , Pg.11)

Este trecho denota que o objetivo do protocolo é promover o cuidado intersetorial a partir da elaboração do projeto terapêutico singular. Percebe-se que ao apresentar este plano de ação, citado anteriormente, o protocolo cita brevemente, em um único item, a sua proposta de intervenção. O texto não chega a descrever o processo da intervenção social, pedagógica ou os profissionais responsáveis, deixando completamente vago quais as formas de intervenção e como ela será efetivada para a realização um plano de ação que seja compatível com seus fundamentos e que se insira no sistema de saúde. Em contrapartida o protocolo reserva um espaço de duas paginas para a descrição, consideração, recomendação e os efeitos da intervenção medicamentosa. A extensão do texto dedicado às formas de intervenção deixa nítida a valorização dada no protocolo para a descrição da intervenção medicamentosa, explicitando a relevância dada a ela em detrimento das outras.

5 Considerações Finais

Este trabalho se propôs a realizar uma análise documental do protocolo de Dispensação do Metilfenidato na Rede Municipal de Saúde de Uberlândia (MG) com base no método Histórico-Dialético utilizando-se de núcleos de significações para a apreensão, análise e interpretação de sentidos e significados que compõem o documento. O protocolo foi analisado com base nas concepções de TDAH, medicalização e diagnóstico fundamentado na Psicologia Escolar Crítica, dialogando com o conceito de atenção voluntária para a teoria Histórico-Cultural. Partindo desta concepção, entende-se que a atenção voluntária é uma função psíquica superior que se faz presente no plano externo e social entre duas pessoas sendo posteriormente internalizada. Desta maneira, o trabalho compreende que a atenção

exigida no contexto escolar depende, das relações sociais compartilhadas e de suas mediações.

O protocolo de Dispensação do Metilfenidato na Rede Municipal de Saúde de Uberlândia (MG) nasce perante a recomendação do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde para a adoção de práticas não medicalizantes e a publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de Metilfenidato. O processo de reflexão e construção do protocolo na Rede Municipal de Saúde de Uberlândia (MG) provocou mudanças no cuidado da saúde mental infantojuvenil da rede ao promover a discussão que a medicalização propõem com a tutoria de psiquiatria e pediatria. Diante disso, consideramos que o protocolo representa avanço ao introduzir um plano de trabalho para o diagnóstico do TDAH e a prescrição medicamentosa do Metilfenidato, já que anteriormente ambos eram realizados sem diretrizes definidas no sistema de saúde, ou seja, sem que fossem propostas outras formas de cuidado.

O plano de cuidado do protocolo inclui avaliação pedagógica, psicossocial e posteriormente intervenções psicossociais e propostas de intervenção pedagógica se preocupando com os vínculos desenvolvidos e as dificuldades escolares dentro das salas de aula. Apesar disso, documento não estabelece diretrizes para a realização da avaliação e intervenção, se limitando a nomear as etapas do processo sem que haja descrição ou elaboração das questões a serem trabalhadas. Outro avanço introduzido pelo documento é a inserção de um critério etário para o uso medicamentoso do Metilfenidato. O protocolo considera que antes dos seis anos de idade os sintomas devem ser tratados por meio do manejo atitudinal e ambiental. Este critério destaca o cuidado que o protocolo dispõe com a infância, entendendo que medicalizar é uma ação que ignora as questões sociais e os incômodos que viver a infância representam.

Entende-se que o documento representa um avanço importantíssimo na rede por promover a discussão da medicalização incluindo autores despatologizantes para os diversos profissionais da área. Apesar do objetivo do protocolo ser a prevenção da medicalização de crianças e adolescente percebe-se que o documento apresenta contradições, priorizando e dando maior visibilidade textual ao uso medicamentoso e a termos médicos, elencando a critérios diagnósticos propostos pelo DSM sem que haja uma discussão crítica em relação a eles. Ao caracterizar e diagnosticar o transtorno a partir do DSM e de fatores exclusivamente clínicos o documento dá relevância a termos médicos, mas também assume a indeterminação orgânica dos aspectos clínicos e a necessidade do cuidado psicossocial frente ao possível transtorno. Percebemos, portanto que o protocolo analisado de Dispensação do Metilfenidato no município de Uberlândia representa um conjunto de pensamentos divergentes e contraditórios.

Apesar da dificuldade em se opor ao pensamento médico e medicalizante como visto no documento, o número de estados e municípios que iniciaram esta discussão e a publicação de protocolos vem crescendo. Em 2018 Pernambuco foi o primeiro estado a publicar seu protocolo de dispensação do Metilfenidato, sendo discutido posteriormente no evento “Desmistificando o TDAH e o uso da Ritalina” reunindo profissionais da Gerência Estadual de Atenção à Saúde Mental e a Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco com o apoio do Conselho Regional de Psicologia de Pernambuco e integrantes do movimento Despatologiza, grupo que tem articulado discussões, eventos e ações sobre a medicalização da vida e da educação.

Após a análise do documento, percebe-se a necessidade de que futuros protocolos discorram sobre as avaliações e intervenções psicossociais e pedagógicas, apontando a equipe e os profissionais especializados para este tipo de ação. A avaliação do contexto psicossocial da criança deve ser o principal meio utilizado como foco de atenção caminhando em outra

direção do que é proposto e utilizado no DSM. Esta avaliação deve ser disposta no documento de uma maneira criteriosa e detalhada sobre os aspectos que cercam a criança nos seus diversos meios, utilizando-se de acompanhamentos e intervenções pedagógicas e sociais, para escutar o sintoma da criança em seu contexto respeitando sua individualidade.

6 Referências Bibliográficas

ABDA (1999). Associação Brasileira de Déficit de Atenção. Recuperado em 8 de junho de 2018, de: <http://tdah.org.br/>

Aguiar, J. M. W. , & Ozella S. (2013). Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 94(236), 299-322.

Recuperado em 8 de setembro de 2017, de: <https://dx.doi.org/10.1590/S2176-66812013000100015>

Aguiar, J. M. W. , Soares, R. J. & Machado C. V. (2015). Núcleos de significação: uma proposta histórico-dialética de apreensão das significações. *Cadernos de Pesquisa*, 45(155), 56-75. Recuperado em 8 de setembro de 2017, de: <https://dx.doi.org/10.1590/198053142818>

American Psychiatric Association. (1994). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (4a ed.). Washington, DC: Autor

Barbosa, G. I. & Reis, S. F. F. (2011) O papel da família na constituição da identidade na infância: perspectivas veiculadas em livros e periódicos de psicologia e a visão sociocultural 2011. (Iniciação Científica). Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Brasil.

Brighente MF, Mesquida P.(2011) Corpos docéis e disciplinados nas instituições escolares. Apresentação no X Congresso Nacional de Educação. Nov 7-10; Curitiba.

Caliman, V. L. & Domitrovic, N. (2013). Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(3), 879-902.

Caliman, V. L. (2009). A constituição sócio-médica do "fato TDAH". *Psicologia & Sociedade*, 21(1), 135-144.

Cruz, A. B. , Lemos S. C. F. , Piani, F. P. P. , Brigagão, M. I. J. , (2016). Uma crítica à produção do TDAH e a administração de drogas para crianças. *Estudos de Psicologia*, 21(3), julho a setembro de 2016, 282-292. Recuperado em 9 de novembro de 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v21n3/1413-294X-epsic-21-03-0282.pdf>

Departamento Nacional de Atenção Básica de Saúde (2012). Recuperado em 16 de junho de 2018, de: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/#>

El País.(2014).“Transformando problemas cotidianos em transtornos mentais”. Recuperado em 16 de junho de 2018, de: https://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html

Fernández, A. (2001) Os Idiomas do Aprendiz: Análise de modalidades ensinantes em famílias, escolas e meios de comunicação. Porto Alegre: Artmed.

Fórum Sobre Medicalização da Educação e Sociedade (2010). Recuperado em 8 de junho de 2018, de: <http://medicalizacao.org.br/>

Foucault, M. (2009) Arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária

IPDA (2017). Instituto Paulista de Déficit de Atenção publicou no site da IPDA. Recuperado em 8 de junho de 2018, em: <https://dda-deficitdeatencao.com.br/>

Kamers, Michele. (2013). A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos da Clínica*, 18(1), 153-165.

Kanvotiviski, A. L. L.; Vargens, O. M. C. O cuidado à mulher que vivencia a menopausa sob a perspectiva da desmedicalização. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, [S.l.], v. 12 n. 3, p. 567-570, 2010

Lúria, A. R. (1979). Atenção e memória. Em A. R. Lúria, Curso de Psicologia Geral (Volume III). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Leite, H. A., & Tuleski, C. S. (2011). Psicologia Histórico-Cultural e desenvolvimento da atenção voluntária: novo entendimento para o TDAH. *Psicologia Escolar e Educacional*, 15(1), 111-119. Recuperado em 4 de outubro de 2017, de : <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572011000100012>

Leontiev. A. N. (1983). *Actividad, consciencia e personalidad*. Havana: Pueblo y Educación

Martins, L. M. O desenvolvimento do psiquismo e a educação escolar: contribuições à luz da psicologia histórico-cultural e da pedagogia histórico-crítica. (2011). (Tese para obtenção de título de livre-docente). Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho. Departamento de Psicologia, São Paulo, Brasil.

Mesquita, C. R. (2009). A implicação do educador diante do TDAH: repetição do discurso médico ou construção educacional. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de educação da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Mori, R. N. N. & Bonadio, A. A. R. *Transtorno do Deficit de Atenção/Hiperatividade. Diagnóstico e prática pedagógica*. São Paulo: Editora da Universidade estadual de Mauá

Ministério da Saúde. (2011). Guia prático de matriciamento em saúde mental (D. H. Chiaverini, Org.). Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva.

Meira, Marisa Eugênia Melillo. (2012). Para uma crítica da medicalização na educação. *Psicologia Escolar e Educacional*, 16(1), 136-142

ONU (2015). Report of the International Narcotics Control Board for 2014. United Nations: International Narcotics Control Board, January 2015. (<https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2014.html>)

Peri, M. & Brighent F. M. (2011) Michel Foucault: corpos dóceis e disciplinados nas instituições escolares. 1º Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Paraná, Brasil.

Pinto, Diego Muniz, Jorge, Maria Salete Bessa, Pinto, Antonio Germane Alves, Vasconcelos, Mardênia Gomes Ferreira, Cavalcante, Cinthia Mendonça, Flores, Ana Zaiz Teixeira, & Andrade, Aristides Saboia de. (2011). Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(3), 493-502. Recuperado em 16 de junho de 2018 de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300010>

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Rede de Atenção Psicossocial para o uso de Metilfenidato na Rede Municipal de Saúde de Uberlândia (MG). (2016). Programa de ações em saúde mental. Recuperado 3 de janeiro de 2017 de: [file:///C:/Users/MASTER/Downloads/TEXTFINALProtocolo%20Clinico%20e%20Diretrizes%20Terapeuticas%20Ritalina.%20\(2\)%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/MASTER/Downloads/TEXTFINALProtocolo%20Clinico%20e%20Diretrizes%20Terapeuticas%20Ritalina.%20(2)%20(3).pdf)

Protocolo de Dispensação do Metilfenidato da Cidade de São Paulo (2014). Prefeitura da Cidade de São Paulo. Recuperado em 8 de junho de 2018 de: http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?al_t=12062014P%20009862014SMS

Protocolo de Uso Metilfenidato (2013). Prefeitura Municipal de Campinas, Secretaria da Saúde. Recuperado em 3 de junho de 2018, de http://www.saude.campinas.sp.gov.br/assist_farmaceutica/Protocolo_Metilfenidato.pdf

Resolução n° 177, de 11 de dezembro de 2015. Dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização.

Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados ANVISA (2007-2014). Nota técnica: o consumo de psicofármacos no Brasil, dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados ANVISA. Recuperado em 3 de julho de 2018 de: <http://medicalizacao.org.br/nota-tecnica/>

Souza, E. M. L & Ingberman Y. K. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: características, diagnóstico e formas de tratamento. *Interação em Psicologia*, v. 4, p. 4, jan./dez. 2000.

Viegas, L. S., Oliveira, A. R. F. (2014) TDAH: conceitos vagos, existência duvidosa. *Nuances: estudos sobre Educação*. Presidente Prudente-SP, v. 25, n. 1, p. 39-58.

Vigotski, S., L. (1930) A transformação socialista do homem. Trad. Roberto Della Santa Barros, Rev. Marcelo Della Vecchia. Pg. 1. Recuperado em 19 de junho de 2018 de: <http://www.gaeppe.unir.br/uploads/57575757/A%20Transformacao%20Socialista%20do%20Homem%20-%20Lev%20Vigotski.pdf>

Veneza, S. R. P. (2015). Os impactos do diagnóstico do suposto transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) Na vida diária de uma criança: um estudo de caso. (Dissertação de mestrado). Programa de pós-graduação em educação, Universidade Federal da Bahia, Brasil.

Vygotski, S., L. (2000). Análisis de las funciones psíquicas superiores. *Obras escogidas* (tomo III, Cap. 3, pp. 97-120).

7 Anexo A- Protocolo De Dispensação do Metilfenidato na Rede Municipal de Saúde de Uberlândia (MG)

***Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da
Rede de Atenção Psicossocial para o uso de
Metilfenidato na Rede Municipal de Saúde de
Uberlândia (MG)***

Agosto/2016

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Rede de Atenção Psicossocial para o uso de Metilfenidato na Rede Municipal de Saúde de Uberlândia (MG)

Prefeito: Gilmar Machado

Secretário Municipal de Saúde: Dario Rodrigues dos Passos

Coordenação Municipal do Programa de Ações em Saúde Mental: Maria Tereza Perez

Apoio Técnico em Saúde Mental InfantoJuvenil: Cirlana Rodrigues de Souza

Grupo de Trabalho:

Cirlana Rodrigues de Souza

Samira Sampaio

Livia Araújo

Fabiana Carvalho

Maria Tereza Perez

Natália Aparecida Pimenta

Andreia Gonçalves Dias

Patrícia Omena C. Pereira

Taliene Inácio

Claudia Kitamura

Aline Fernandes Alves

Elaine Silvestre

Waleska Rodrigues

RESUMO

O *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Rede de Atenção Psicossocial para o uso de Metilfenidato na Rede Municipal de Saúde de Uberlândia (MG)* tem por objetivo promover o acolhimento, o tratamento e o cuidado intersetorial e interdisciplinar de crianças e adolescentes com hipótese diagnóstica de Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) inseridas em um Projeto Terapêutico Singular e Plano de Cuidado, conforme orientação das políticas públicas para essa Rede. A equipe interdisciplinar deve considerar e avaliar a possibilidade diagnóstica de TDAH em qualquer criança a partir dos seis anos de idade, considerando os três sintomas fundamentais de desatenção, hiperatividade ou impulsividade e que devem ter se iniciado antes dos doze anos de idade. Antes dos seis anos de idade, esses sintomas devem ser cuidados por meio de tratamento de manejo atitudinal e ambiental. O diagnóstico de TDAH é fundamentalmente clínico, considerando aspectos físicos, psíquicos e sociais. Essa avaliação abrangente inclui o trabalho de vários membros da equipe de atenção à saúde como o médico (generalista, pediatra e/ou psiquiatra), psicólogo, fonoaudiólogo, enfermeiro e assistente social, conforme disponibilidade do profissional. É de fundamental importância que as várias pessoas que convivem com a criança, o adolescente e suas famílias sejam ouvidas (pais, professores, agentes de saúde e outros) assegurando que os sintomas estejam presentes em mais de um ambiente (por exemplo, em casa e na escola). O processo de cuidado será instaurado na Atenção Básica, como porta de entrada do serviço de saúde. Considerando a queixa apresentada no encaminhamento e sua relação com a tríade de sintomas, será instaurado o processo de avaliação integral para construção do plano de cuidado, tendo como etapas: a. Avaliação pediátrica: eliminação de causas maturacionais e de crescimento da criança como determinantes de dificuldades no desenvolvimento infantil; b. Avaliação psicossocial/profissional de saúde mental; c. Avaliação psicopedagógica; d. Avaliação médica em tutoria de psiquiatria/matriciamento. As propostas de cuidados na Atenção Básica, devem considerar: 1. Intervenção psicossocial na Atenção Básica com a criança, o adolescente e sua família; 2. Intervenção da equipe pedagógica da criança em relação às dificuldades escolares dentro do âmbito da escola e da rotina de estudos da criança e do adolescente; 3. Intervenção social/ intersetor; 4. Terapêutica medicamentosa. Para a prescrição do metilfenidato, são essenciais o estabelecimento de uma boa relação médico-paciente-família, a avaliação individual e pormenorizada de cada caso e acima de tudo, o bom senso clínico. Este documento determina que todas as famílias, crianças e adolescentes devam ser informados dos efeitos colaterais possíveis, sendo seu direito inalienável e parte do processo de avaliação, essa informação sobre os riscos de dependência e alterações possíveis. Acerca do fluxo de dispensa, apresentamos três possibilidades conforme organização da RAPS de Uberlândia. Ainda, apresentamos uma sugestão de modelo de construção de Plano de Cuidado. Nesse ponto, é destaque que o receituário amarelo para prescrição de Metilfenidato deverá ser institucional, devendo cada ponto de atenção ter o bloco de receituário para dispensação. Essa aquisição institucional deverá seguir os procedimentos de gestão da Rede de Saúde do Município de Uberlândia (MG), conforme sua regulação.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
1. O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) 8	8
1.1 ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS NO DIAGNÓSTICO	8
2. AÇÕES DE CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR E PLANOS DE CUIDADOS.....	11
3. CONSIDERAÇÕES SOBRE AS MEDICAÇÕES.....	13
4. RECOMENDAÇÕES POSOLÓGICAS AOS MÉDICOS.....	13
5. EFEITOS COLATERAIS.....	15
6. INTOXICAÇÃO E SUPERDOSAGEM.....	15
7. FLUXOS DE AVALIAÇÃO NA RAPS.....	16
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS CONSULTADAS	16
ANEXOS - MODELO DE CONSTRUÇÃO DO PLANO DE CUIDADO E FLUXOS DE DISPENSA NA RAPS.....	17

- i. MODELO PARA CONSTRUÇÃO DO PLANO DE CUIDADO**
- ii. FLUXO DE ATENDIMENTO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA UBSF**
- iii. FLUXO DE ATENDIMENTO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA/ UAI E UBS COM TUTORIA UAI E UBS COM TUTORIA**
- iv. FLUXO DE ATENDIMENTO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA/ UAI E UBS SEM TUTORIA UAI E UBS SEM TUTORIA**

INTRODUÇÃO

O *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Rede de Atenção Psicossocial para o uso de Metilfenidato na Rede Municipal de Saúde de Uberlândia (MG)* tem por objetivo promover o acolhimento, o tratamento e o cuidado intersetorial e interdisciplinar de crianças e adolescentes com hipótese diagnóstica de Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) inseridas em um Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Plano de Cuidado, conforme orientação das políticas públicas para essa Rede. Desse modo, este *Protocolo* cumpre sua função mediante as recomendações do Ministério da Saúde (2015) para a adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a medicalização de crianças e adolescentes, em prol de seu cuidado integral. Também, estamos em acordo com as diretrizes do CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, RESOLUÇÃO Nº 177, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2015, que dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização, em especial no que concerne às questões de aprendizagem, comportamento e disciplina. Essa Resolução, em seu Art. 1º, define a excessiva medicalização como a redução inadequada de questões de aprendizagem, comportamento e disciplina a patologias, em desconformidade com o direito da criança e do adolescente à saúde, ou que configure negligência, discriminação ou opressão.

Diante dessas considerações iniciais, os aspectos que fundamentam este *Protocolo* merecem destaque: **1.** A promoção de práticas não medicalizantes não se contrapõe às práticas terapêuticas médicas, na medida em que medicalizar refere-se a ações que desconsideram a singularidade e a condição paradoxal do desenvolvimento de crianças e adolescentes em que o ‘remédio’ viria encobrir essa condição e, ainda, encobrir a complexidade do contexto sócio-histórico da sociedade e da educação na vida dessas crianças e adolescentes; **2.** Medicalizar diz respeito, também, a ações que não escutam a infância e, assim, acabam por reproduzir uma lógica manicomial que se sustenta em uma cultura de segregação e reclusão a categorias nosográficas que podem promover, não o cuidado terapêutico, mas a invasão de corpos, a mutilação subjetiva de crianças e adolescentes e não considerar que o cuidado prestado à criança e ao adolescente não deve seguir as direções do cuidado prestado ao adulto em sua especificidade, e não em seus direitos; **3.** Contrapor-se às práticas medicalizantes é, ainda, opor-se à redução da infância a apenas uma determinação biológica, pois é o saber biotecnológico que sustenta essas práticas a partir do poder que esse saber, em acordo com a mídia, o mercado e a educação impõem à sociedade em geral; **4.** Promover práticas e espaços de cuidados não medicalizantes é reconhecer que, juntamente com um debate político-ideológico, existe uma fundamentação técnica para além do saber referido anteriormente e que se sustenta em princípios e parâmetros epistemológicos de outros saberes como a psicologia, a assistência social, a enfermagem, a história e a sociologia, e, sem esquecer, os saberes de diferentes profissionais que lidam em sua experiência cotidiana de trabalho com essa infância acometida de sofrimento psicossocial, além do fundamental saber parental sobre suas crianças e adolescentes, e; **5.** Decerto, a especificação sobre a diretriz clínica e de tratamento que considera um cenário de excesso de medicalização contribui sobremaneira para que aqueles que precisam, devido às suas condições de agravos psicossocial e clínico, tenham acesso ao cuidado necessário, pois devido ao imediatismo como a questão é tratada, esses podem ter dificultado seu acesso ao cuidado. Sobre esse último item, destacamos que este *Protocolo* solicita que a gestão pública ofereça a avaliação

multiprofissional que o tratamento das crianças e dos adolescentes requer. Esses pontos destacados precisam ser sustentados mediante o excessivo e abusivo diagnóstico e prescrição medicamentosa na infância, não apenas nos serviços de saúde, mas em escolas, centros de educação infantil e centros socioeducativos, sem a necessária avaliação interdisciplinar, que este documento preconiza.

Desse modo, o Programa de Ações em Saúde Mental do Município de Uberlândia (MG) instaurou um Grupo de Trabalho, em dezembro de 2015, para a elaboração deste documento, grupo esse composto de médica, psicólogas, articuladoras de rede de Saúde Mental, gestores e demais profissionais do serviço referido. Também, foi realizada reunião com os tutores de psiquiatria¹ e pediatria para discussão e adequação deste documento à realidade dessas ações no cotidiano de trabalho das equipes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Vale considerar a importância da mudança de conduta da tutoria de psiquiatria, e da própria Rede, em relação ao cuidado em saúde mental infantojuvenil, o que nos possibilitou promover a descentralização do cuidado e dos processos terapêuticos das crianças com o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e em uso de medicação, insistindo no PTS como forma de acompanhar esse cuidado e seus efeitos na vida cotidiana da criança, do adolescente e suas famílias.

Especificamente, no Município de Uberlândia (MG), até esta data, a prescrição do Metilfenidato é feita na rede de saúde sem diretrizes definidas, o que vem gerando dificuldades tanto no tratamento e sua continuidade, assim como no atravessamento de diferentes setores de saúde na prescrição da medicação de modo indiscriminado e fora de um projeto terapêutico de cuidado ou plano de cuidado.

No Brasil, estudos mostram que a prescrição e dispensação do Metilfenidato aumenta no início do ano e no final do ano escolar, corroborando com a hipótese de que a inadequação da criança e do adolescente dentro do contexto escolar pode influenciar na diagnóstica e medicalização. Sobre isso, merece ênfase, conforme Caliman (2009), a construção do fato TDAH como resposta tanto a questões disciplinares/segurança como às dificuldades de aprendizagem dentro do contexto escolar, principalmente em referência ao sintoma fundamental do transtorno, a desatenção. Acompanhando a autora supracitada, pode-se ver que *Cálculos de Risco, somados a causa biológica*, sustentados no *discurso da auto evidência visual* dentro dos estudos da neurociência dariam legitimidade ao transtorno, além da comprovação dos males causados pelo TDAH e de seu potencial de risco. Em certo sentido, mais importante do que estes últimos males causados, estaria o argumento sobre as causas biológicas para esse transtorno no neurodesenvolvimento. Não se trata, aqui, de negar essa condição de agravo, mas de refutar toda e qualquer conduta que se justifique em fatores diferentes dos clínicos, não sustentando a prescrição tanto diagnóstica e nem a terapêutica medicamentosa quando o que está em pauta são questões sociais e disciplinares, não estando assim a serviço de um controle social em que o argumento biológico é fortalecido e vinculado à nova lógica dos riscos sociais gerenciáveis, inscrevendo o comportamento antissocial no organismo e no cérebro, a serviço de um controle social. Por isso, este *Protocolo* reforça a avaliação interdisciplinar e o cuidado psicossocial como fundamentais.

Assim sendo, este documento irá apresentar as especificidades do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), as indicações terapêuticas, o fluxo de implantação do Projeto

¹ Tutoria em psiquiatria é um dispositivo de cuidado dentro da RAPS Uberlândia implantado na Atenção Básica com o objetivo de continuidade desse cuidado clínico para os usuários do serviço de saúde mental, não mais inseridos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esse cuidado é prestado junto aos técnicos da saúde mental e à clínica médica de cada ponto de atenção, que responde pelo acompanhamento regular do usuário. Ainda, mediante a implantação do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), em alguns pontos da Atenção Básica, o médico psiquiatria atua na função de matriciador/facilitador, dentro da equipe do NASF.

Terapêutico Singular (PTS) e dos planos de cuidado, e a prescrição do medicamento, já que esta indicação terapêutica será parte desse processo, iniciado no acolhimento e avaliação adequado para estabelecimento da direção do cuidado.

Necessário reforçar que este *Protocolo* insiste no PTS e nos planos de cuidado fazendo frente ao desserviço que é a mera troca de receitas, considerando a singularidade e integralidade fundamentais na saúde mental infantojuvenil. Entendendo esse Projeto como um processo que engloba uma equipe interdisciplinar, a escola, a família e outros espaços e vínculos estabelecidos na vida da criança e do adolescente e, portanto, sendo necessário sua reelaboração considerando as mudanças complexas no desenvolvimento da criança e do adolescente. Com isso, entendemos esse Projeto como um plano de cuidado que necessariamente precisa ser reescrito considerando todas as especificidades em questão.

1. O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

Segundo a psiquiatria e a neurociência, o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é classificado como um transtorno do neurodesenvolvimento que reúne um conjunto de sinais e sintomas relacionados à falta de controle inibitório e alterações das funções executivas, mais especificamente, alterações nas funções relativas ao planejamento e prática de ações, atenção sustentada e flutuante e controle de impulsos.

Estima-se uma prevalência de aproximadamente em 5,3% em crianças e adolescentes. (POLANCZYK et al., 2007; APA, 2013) com prejuízos significativos no desempenho acadêmico e em vínculos sociais e familiares.

Sua fisiopatogenia, ou seja, os mecanismos fisiológicos que determinariam o transtorno, ainda não é completamente conhecida, porém é considerado de etiologia multifatorial envolvendo alterações genéticas, fisiológicas e ambientais que causariam um atraso na maturação das vias neuronais com alteração da transmissão em vias que envolvem predominantemente a liberação de dopamina e noradrenalina. Dentre os fatores ambientais destaca-se o baixo peso ao nascimento, aspectos dietéticos, toxicológicos e infecções. Não há evidências de que padrões de interações familiares causem o TDAH, porém esses padrões negativos podem piorar o curso do transtorno (ROHDE et al, 2005; APA, 2013). Em relação a isso, nos parece fundamental que a indeterminação orgânica do transtorno reitere a importância do cuidado psicossocial frente a uma determinação biológica não ainda totalmente estabelecida desse transtorno.

1.1 ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS NO DIAGNÓSTICO

A equipe interdisciplinar deve considerar e avaliar a possibilidade diagnóstica de TDAH em qualquer criança a partir dos seis anos de idade, que manifeste problemas comportamentais ou acadêmicos, considerando os três sintomas fundamentais de desatenção, hiperatividade ou impulsividade e que devem ter se iniciado antes dos doze anos de idade. Antes dos seis anos de idade, esses sintomas devem ser cuidados por meio de tratamento de manejo atitudinal e ambiental.

O diagnóstico de TDAH é fundamentalmente clínico, abrangendo uma avaliação completa do desenvolvimento da criança e do adolescente, considerando aspectos físicos, psíquicos e sociais. Essa avaliação abrangente inclui o trabalho de vários membros da equipe de atenção à saúde como o médico (generalista, pediatra e/ou psiquiatra), psicólogo, fonoaudiólogo, enfermeiro e assistente social, conforme disponibilidade do profissional. É de fundamental importância que as várias pessoas que convivem com a criança, o adolescente e suas famílias sejam ouvidas (pais, professores, agentes de saúde e outros) assegurando que os sintomas estejam presentes em mais de um ambiente (por exemplo, em casa e na escola).

Os manuais diagnósticos mais usados para definição de critérios para o TDAH são o CID-10 (OMS) e o DSM-5 (APA). Abaixo citamos esses critérios com o objetivo de esclarecer melhor o conjunto de sintomas que configuram o transtorno:

Critérios da Classificação Internacional de Doenças CID – 10ª revisão – Organização Mundial de Saúde

F90.0 Perturbação da atividade e atenção

Inclui: transtorno ou síndrome de déficit de atenção com hiperatividade
transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

F98.8 Outros transtornos emocionais e de comportamento especificados com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência

Inclui: transtorno de déficit de atenção sem hiperatividade

Critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Associação Americana de Psiquiatria - 5ª edição – para diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):

1. **Desatenção:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).

b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).

c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça a longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia). d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo). e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).

f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).

g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular). h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados). i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retomar ligações, pagar contas, manter horários agendados).

2. **Hiperatividade e impulsividade:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.

b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).

c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado.

(Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.)

d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.

-
- e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar). f. Frequentemente fala demais.
- g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
- h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila). i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).

B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.

C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).

D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).

Outro ponto importante a ser assegurado é que no momento do diagnóstico os sintomas não possam ser explicados pela presença de outros transtornos mentais como transtornos do humor, transtornos de aprendizagem, esquizofrenia, ou patologias outras como hipertireoidismo ou intoxicação exógena.

Os sintomas fundamentais do TDAH (Impulsividade, hiperatividade e desatenção) podem se apresentar em outras condições psicopatológicas, o que impõe uma importância maior à avaliação clínica ampliada e, que esses sintomas podem ser situacionais e cumprem quadros reativos de crianças e adolescentes em situação de estresse escolar e familiar e vulnerabilidades gerais. Nesses casos, a indicação de práticas não medicamentosas nos parecem primordial. Outro fator a se atentar são as chamadas comorbidades psiquiátricas em que a clínica de psiquiatria supõe a existência de quadros psiquiátricos concomitantes (REINHARDT E REINHARDT, 2013). No caso do TDAH, este pode se presentificar em quadros de autismo, psicoses, dos ditos transtornos de comportamento e opositivo e outros distúrbios escolares. Assim, é preciso se atentar para a prescrição do metilfenidato em quadros clínicos para crianças que já estão submetidas a outras condições de sofrimento e, possivelmente a outros tratamentos medicamentosos. A prescrição de Metilfenidato também deve ser considerada nesses casos e que esse medicamento também pode ser usado quando os sintomas mencionados se presentificam em outros quadros clínicos.

Os três sintomas fundamentais do TDAH podem se apresentar acompanhados de extrema agitação psíquica da criança, como um excesso que pode trazer agravos psicossociais à criança e ao adolescente. Além do mencionados, como a dificuldade nas interações sociais e em adaptar-se a diferentes situações sociais, podemos ter episódios de agressividade manifestados. Porém, sobre isso, é preciso destacar que a agressividade, agressões e atos violentos não são sintomas clínicos do TDAH. Esse excesso de atividade psíquica pode levar a criança e o adolescente a episódios de agressividade direcionadas como respostas às dificuldades interacionais. Estes, ainda, se machucam muito enquanto brincam e têm reações agressivas ante às frustrações e cobranças do meio.

DUAS CATEGORIAS DE SINTOMAS (THAPARE E COOPER, 2015)

Primeira categoria de sintomas de desatenção: crianças que não dão muita ATENÇÃO a detalhes ou cometem descuidos em seu cotidiano; têm dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; parecem não escutar quando lhes falamos diretamente; não seguem instruções e não finalizam tarefas escolares ou outras tarefas cotidianas; têm dificuldade para organizar tarefas ou atividades; evitam, não gostam ou são relutantes em fazer tarefas que precisam ser sustentadas mentalmente; perdem coisas necessárias para tarefas ou atividades; estão facilmente distraídas e; prevalece um esquecimento em atividades diárias.

Segunda categoria dos sintomas de impulsividade e hiperatividade: crianças que mexem mãos ou os pés ou se removem na cadeira de modo insistente, no CONTEXTO ESCOLAR; deixam situações que precisam esperar sentados; correm ou sobem quando não apropriados; inquietas, não conseguem reproduzir ou realizar atividades de lazer em silêncio e parecem que estão sempre "a todo vapor"; falam em demasia e dão respostas precipitadas antes que uma questão tenha sido terminada; têm dificuldade de esperar a sua vez em situações sociais e; interrompem a fala de outro.

2. AÇÕES DE CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR E PLANOS DE CUIDADOS²

1. O processo de cuidado será instaurado na Atenção Básica, como porta de entrada do serviço de saúde;
2. Considerando a queixa apresentada no encaminhamento e sua relação com a tríade de sintomas, será instaurado o processo de avaliação integral para construção do plano de cuidado, considerando: **a. avaliação pediátrica**, caso a criança tenha chegado pela pediatria e que é possível considerar a eliminação de causas maturacionais e de crescimento da criança como determinantes de dificuldades no desenvolvimento infantil; **b. avaliação psicossocial**, pelo profissional de saúde mental, levando em conta o funcionamento psicossocial da criança e do adolescente, seus vínculos sociais, sua estrutura familiar, sua condição ou não de vulnerabilidade psíquica e social, outros sintomas psicopatológicos mediante perdas e impasses no desenvolvimento, a relação da criança e do adolescente com os processos escolares, funcionamento na vida diária e dificuldades apresentadas; **c. solicitação de uma avaliação pedagógica** que apresente as dificuldades escolares da criança e do adolescente distintas de problemas de conduta dentro da escola e/ou no contexto familiares, sendo necessário se esgotar, em termos pedagógicos, a pergunta “Por que a criança e/ou o adolescente não aprende?”; **d. persistindo a hipótese diagnóstica de TDAH, solicitar avaliação médica em tutoria de psiquiatria/matriciamento** para avaliação do quadro e a necessidade ou não de terapêutica medicamentosa;
3. Deverá compor o Plano de Cuidado propostas objetivas de **intervenção psicossocial** na Atenção Básica com a própria criança/adolescente e sua família, considerando as relações estabelecidas; proposta de **intervenção da equipe pedagógica** da criança

² O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um processo de construção e gestão interdisciplinar de cuidado dentro da clínica ampliada na RAPS. Mantemos a referência a esse Projeto como possibilidade de instauração de cuidado interdisciplinar nos pontos de Atenção Básica, em NASF. Todavia, na especificidade do TDAH, este *Protocolo* determina a construção de um Plano de Cuidado que justifique e descreva as terapêuticas dispendidas, de modo interdisciplinar, no cotidiano de cuidado. Ver Anexo 1 – Modelo para Construção do Plano de Cuidado.

em relação às dificuldades escolares dentro do âmbito da escola e da rotina de estudos da criança e do adolescente; proposta de **intervenção social**, quando se fizerem necessárias, solicitando a entrada do **intersetor** no processo; proposta da **terapêutica medicamentosa** que comporte a avaliação regular da criança e do adolescente medicado, tanto para fins de avaliação dos efeitos colaterais, como avaliação das mudanças na vida da criança e do adolescente, a adequação das dosagens e, sendo necessário, a implantação do processo de finalização do tratamento medicamentoso;

4. As crianças e adolescentes que já se encontram em tratamento medicamentoso pelo Metilfenidato antes deste *Protocolo*, deverão ser inseridas nesse processo de cuidado e reavaliadas com o objetivo de atualização de sua condição clínica e psicossocial;
5. Reforça-se que é fundamental que paralelo ao tratamento medicamentoso sejam agenciadas outras medidas de cuidado como orientação educacional e acompanhamento psicossocial adequados e que nenhuma criança ou adolescente tenham unicamente a medicação como terapêutica às suas dificuldades, pois caso aconteça, estaremos funcionando a favor da medicalização de suas vidas³.
6. Ainda, reforça-se que a Rede de Atenção Psicossocial busca fortalecer o cuidado em território e que a Escola, nas questões referidas neste documento, é o espaço favorável para as intervenções em dificuldades ditas escolares. Portanto, não é parte deste *Protocolo* o encaminhamento para dispositivos ambulatoriais que reforcem a lógica de produção de terapêuticas que se sustentem em riscos generalizáveis, na falência antecipada da capacidade da escola em gerir suas questões educacionais e no não reconhecimento da possibilidade de intervenção e cuidado na atenção psicossocial.

Processo de avaliação integral para construção do plano de cuidado: ETAPAS DE AVALIAÇÃO

- a. Avaliação pediátrica: eliminação de causas maturacionais e de crescimento da criança como determinantes de dificuldades no desenvolvimento infantil;
- b. Avaliação psicossocial/ profissional de saúde mental;
- c. Avaliação pedagógica;
- d. Avaliação médica em tutoria de psiquiatria/matriciamento.

PROPOSTAS DE CUIDADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

1. Intervenção psicossocial na Atenção Básica com a criança e ou sua família;
2. Intervenção da equipe pedagógica da criança em relação às dificuldades escolares dentro do âmbito da escola e da rotina de estudos da criança e do adolescente;
3. Intervenção social/ intersetor;
4. Terapêutica medicamentosa.

³ Este protocolo sugere que os profissionais das diferentes áreas, que participam do plano de cuidado à criança e ao adolescente em uso de Metilfenidato, consulte material disponível que possa contribuir para esse planejamento de condutas não medicalizantes. Entre esses materiais, indicamos as “*Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde*”, do Grupo de Trabalho Educação e Saúde do Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Saúde, acessível em http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/06/CFP_CartilhaMedicalizacao_web-16.06.15.pdf. Ainda, indicamos, para atualizações acerca da temática, consulta à página do referido Fórum de Medicalização da Educação e da Sociedade, acessível em <http://www.medicalizacao.com.br/>. Sobre esse Fórum, este *Protocolo* destaca a existência do Núcleo Uberlândia (MG) como importante grupo de diálogo sobre a temática, acessível em <https://www.facebook.com/medicalizacao.nucleoUberlandia/?fref=ts>.

3. CONSIDERAÇÕES SOBRE AS MEDICAÇÕES

- a. As medicações indicadas para o tratamento do TDAH disponíveis no Brasil incluem os psicoestimulantes, antidepressivos tricíclicos, bupropiona e clonidina.
- b. Os psicoestimulantes, classe a que pertence o metilfenidato, são as medicações de primeira escolha no tratamento do TDAH, atuando na neurotransmissão dopaminérgica e noradrenérgica, com cerca de 70% dos pacientes apresentando boa tolerabilidade e resposta aos mesmos.
- c. Recomenda-se a realização de exame físico completo, com aferição regular da pressão arterial, e de exames complementares conforme indicação clínica, para descartar comorbidades físicas. Exames básicos sugeridos: hemograma, uréia, creatinina, Na, K, Ca, TGO, TGP, TAP, TSH, glicemia, ECG e EEG.
- d. O crescimento pândero-estatural deve ser monitorado durante todo o tratamento, devido à desaceleração que a medicação pode induzir.
- e. Pacientes menores de 6 anos, em geral, não apresentam boa resposta ao uso de psicoestimulantes, devendo ser tratados prioritariamente com medidas psicossociais, ambientais e atitudinais.
- f. O metilfenidato pode exacerbar, em alguns pacientes, estados de ansiedade, instabilidade emocional, tiques e convulsões, devendo ser usado com cautela nessas situações e imediata comunicação ao médico.
- g. O uso de psicoestimulantes não está indicado quando os sintomas são secundários a fatores ambientais como situações de violência, maus-tratos, negligência e omissão.
- h. Não se recomenda o uso da medicação durante gravidez e lactação, em pacientes com glaucoma, hipertireoidismo, arritmias cardíacas, *angina pectoris*, hipersensibilidade à droga, disfunção hepática ou psicoses.

4. RECOMENDAÇÕES POSOLÓGICAS AOS MÉDICOS

As orientações descritas a seguir baseiam-se na consulta à literatura científica e na experiência clínica dos autores, devendo ser tomadas como sugestões práticas de conduta. Além do conhecimento atualizado que o profissional deve ter para realizar o manejo dessa condição, são essenciais o estabelecimento de uma boa relação médico-paciente-família, a avaliação individual e pormenorizada de cada caso e acima de tudo, o bom senso clínico.

Existem três apresentações de metilfenidato disponíveis atualmente no Brasil, que se diferenciam essencialmente quanto ao tempo de ação: Ritalina® (curta ação), Ritalina LA® (longa ação) e Concerta® (liberação prolongada). Não existem evidências científicas que demonstrem a superioridade de uma medicação em relação à outra, embora pacientes individuais possam responder melhor a um deles do que aos outros.

Devido ao baixo custo e facilidade de titulação, recomendamos em geral o início do tratamento com o metilfenidato de curta ação (Ritalina®).

Iniciar em baixas doses (2,5 a 5mg por dose) e fazer titulação gradual (aumentar 2,5 a 5mg a cada 7 dias ou conforme tolerabilidade do paciente).

Dividir em no mínimo 2 doses diárias, preferentemente após o café da manhã e após o almoço (cerca de 4 horas de intervalo entre as tomadas), sendo acrescida uma terceira dose no final da tarde se necessário (sendo esta administrada até no máximo 17h e equivalendo a 50% das anteriores, para evitar insônia).

A dose terapêutica deve ser individualizada e se situa em geral entre 0,3 a 1,0mg/kg/dia, com uma média de 20 a 60mg/dia. Alguns pacientes podem requerer dosagens de até 2,0mg/kg/dia para um efeito ótimo.

Após atingir a dose mínima da medicação, recomenda-se aguardar no mínimo 4 semanas para avaliar uma resposta plena do fármaco e considerar necessidade de ajuste de dosagem.

Recomendamos reavaliações a cada 15 a 30 dias durante o início do tratamento para

monitorar efeitos colaterais e resposta terapêutica. Após essa fase de ajuste medicamentoso, havendo boa tolerância e resposta terapêutica adequada, reavaliar a cada 60 a 90 dias, ou conforme julgamento clínico.

Recomenda-se o monitoramento eletrocardiográfico, hematológico e hepático em casos individualizados.

Em caso de intolerância e/ou ausência de resposta em dosagem otimizada, recomenda-se averiguar adesão, intensificar manejo de fatores psicossociais e considerar a troca da medicação para uma das outras apresentações disponíveis de metilfenidato, conforme tabela anexa.

As preparações de longa ação e liberação prolongada também podem estar indicadas como forma de facilitar a adesão (reduzindo número de tomadas) e evitar o possível constrangimento da criança ou adolescente em tomar a medicação na escola ou durante atividades com os pares.

Considerar que a conversão de preparação muitas vezes exige doses e esquemas individualizados e em algumas situações pode ser necessário adicionar o metilfenidato de curta ação ao de longa ação ou de liberação prolongada para obter um efeito ótimo.

A realização de "feriados terapêuticos" (fins de semana ou períodos de férias sem medicação) é controversa e exige bom senso clínico. Pode estar indicada em casos onde os prejuízos são mais significativos na escola, ou com efeitos colaterais importantes (perda de peso, alteração de sono), ou adolescentes em que o controle do uso de álcool é difícil aos fins de semana.

Após a titulação e otimização da dosagem, certificação da adesão, manejo adequado dos fatores psicossociais e troca de preparação, sem resposta terapêutica satisfatória, é importante reavaliar o diagnóstico e a possível presença de comorbidades que exijam tratamento concomitante. Se mesmo assim, dentro do prazo de 6 meses, não houver melhora clínica significativa, recomendamos a troca por outra classe de medicação (antidepressivos tricíclicos, bupropiona, clonidina e outros (*off label*)).

A indicação para a suspensão da medicação deve ser individualizada e realizada de forma gradativa, como parte do plano de cuidado. Pode ser considerada em pacientes que permaneçam assintomáticos ou com melhora substancial pelo período de no mínimo 1 ano, sendo então reavaliada a necessidade ou não de continuidade do uso. Lembrar que se trata de um transtorno crônico que pode, na maioria dos casos, exigir tratamento mais prolongado, até por tempo indeterminado.

Substância	Metilfenidato de curta ação	Metilfenidato de longa ação	Metilfenidato de liberação prolongada
Nome comercial	Ritalina®	Ritalina LA®	Concerta®
Pico plasmático	1 a 2 horas	2 picos: 2h e 6h após a tomada	22% liberado num pico de 1h, o restante ao longo de 10h, mantendo o pico por 8h
Meia vida	3 a 6 horas	4 a 8 horas	6 a 8 horas
Duração da ação comportamental	3 a 6 horas	4 a 8 horas	10 a 14 horas
Número de doses diárias	2 ou 3	1 ou 2	1
Observações	Comprimido pode ser fracionado ou macerado	Cápsula pode ser aberta e o conteúdo diluído	Cápsula não pode ser fracionada ou aberta

Ritalina®	Ritalina LA®	Concerta®
5mg 2x dia	10mg	18mg
5mg 3x dia	20mg	18mg
10mg 2x dia	20mg	36mg
10mg 3x dia	30mg	36mg
15mg 2x dia	30mg	36mg + 18mg
15mg 3x dia	40mg	36mg + 18mg
20mg 2x dia	40mg	36mg + 18mg
20mg 3x dia	40mg + 20mg	36mg + 36mg

5. EFEITOS COLATERAIS⁴

A maioria dos efeitos colaterais do metilfenidato é leve, dose-dependente, surge nos primeiros dias ou semanas de tratamento e é transitória, desaparecendo poucos dias após seu surgimento. Todavia, este documento determina que todas as famílias, crianças e adolescentes devam ser informados dos efeitos colaterais possíveis, sendo esse seu direito inalienável e parte do processo de avaliação essa informação sobre os riscos de dependência e alterações possíveis, leves ou não.

Efeitos colaterais mais comuns: redução de apetite, insônia, irritabilidade, cefaléia, sintomas gastrintestinais (epigastria, boca seca, náuseas), fadiga, alteração de humor (tristeza, disforia, labilidade), tonturas, agitação.

Efeitos colaterais menos comuns: abstinência, alopecia, precordialgia, palpitações, taquicardia, artralgia, aumento de transaminases, bruxismo, câibras, convulsões, alucinações, prurido, rash cutâneo, constipação ou diarreia, dispnéia, distúrbio de acomodação visual, euforia, febre, hipertensão arterial, hiperidrose, parestesias, anemia, leucopenia, plaquetopenia, tremores, tiques, etc.

A ocorrência de sintomas psicóticos secundários à medicação é rara e exige retirada imediata da mesma.

Não parece haver risco aumentado de abuso de substâncias em pacientes tratados com psicoestimulantes, pelo contrário, uma meta-análise recente demonstra um maior risco de abuso e dependência de substâncias em pacientes não tratados, quando comparados aos que receberam tratamento apropriado.

6. INTOXICAÇÃO E SUPERDOSAGEM

Caracteriza-se por hiperatividade simpática, com hipertermia, elevação da pressão arterial, taquicardia, psicose, estado confusional agudo, agitação, agressividade e convulsões generalizadas. Recomendam-se medidas gerais, com controle de sinais vitais, uso de benzodiazepínico para controle das convulsões, betabloqueadores para controle da hipertensão e arritmias, resfriamento para manejo da hipertermia, antipsicóticos para manejo da agitação e confusão mental, e proteção do paciente.

Importante que toda a equipe de Atenção Básica esteja atenta a esses sinais de superdosagem

⁴ Acerca dos efeitos colaterais, este *Protocolo* indica a consulta da **Nota Técnica N° 38/2012**, do Ministério da Saúde sobre o Princípio Ativo: metilfenidato, que destaca, entre outros pontos, os alertas sanitários acerca das contraindicações em casos de afecções psíquicas como depressão grave, anorexia, tendências suicidas, sintomas psicóticos, transtornos graves de humos, mania, esquizofrenia e transtorno de personalidade, assim como afecções orgânicas como distúrbios cardiovasculares e transtorno cerebrovascular. Ainda, a referida Nota destaca o nervosismo e a insônia como reações adversas comuns e que indicam necessidade de reavaliação imediata da prescrição médica. Nota Técnica acessível em www.agu.gov.br/page/download/index/id/23589248.

e às alterações nas atitudes e comportamentos das crianças e dos adolescentes localizadas pontualmente quando do início do tratamento medicamentoso, devendo a conduta ser a imediata solicitação de reavaliação médica (pediatria e psiquiatria).

7. FLUXOS DE AVALIAÇÃO NA RAPS

Considerando as especificidades da Rede de Atenção Psicossocial do município de Uberlândia (MG), apresentamos, na sequência, o fluxo de avaliação para possível prescrição do Metilfenidato, dentro dessa Rede, a partir da implantação do PTS (em NASF) e Plano de Cuidado. Esse fluxo é o previsto para a Atenção Básica, na medida em que o CAPS Infantil (Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência), como ponto de complexidade e agravos psíquicos na infância, não responderia por crianças e adolescentes alocadas apenas na hipótese diagnóstica de TDAH. Nesse ponto de atenção, a prescrição entraria como parte do tratamento para crianças e adolescentes cuja condição psicopatológica comporia a comorbidade com TDAH ou a sintomatologia justificaria a prescrição do Metilfenidato. Nesse caso, o CAPS Infantil terá acesso a esse receituário como instituição.

Nesse ponto, é destaque que o receituário amarelo para essa prescrição deverá ser institucional, cabendo duas opções a serem escolhidas pela gestão: a primeira, em que cada ponto de atenção deverá ter o bloco de receituário para prescrição da receita; ou a segunda, em que a secretaria de saúde fica como essa referência institucional repassado ao Programa de Ações em Saúde Mental, e este, por sua vez, distribui os receituários amarelos pelos pontos de atenção. Essa aquisição institucional deverá seguir os procedimentos de gestão da Rede de Saúde do Município de Uberlândia (MG), conforme sua regulação e que foge à prerrogativa deste *Protocolo*. Essa possibilidade de conduta reforça mais ainda a importância do processo de cuidado e seu acompanhamento. Essa disponibilização do receituário irá seguir os passos institucionais necessários para sua implementação urgente e na sequência imediata à implantação deste *Protocolo* pela Secretaria de Saúde de Uberlândia (MG).

Em Anexo, apresentamos três fluxos para a dispensação do Metilfenidato. A saber:

- i. FLUXO DE ATENDIMENTO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA/UBSF
- ii. FLUXO DE ATENDIMENTO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA/ UAI E UBS COM TUTORIA UAI E UBS COM TUTORIA
- iii. FLUXO DE ATENDIMENTO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA/ UAI E UBS SEM TUTORIA UAI E UBS SEM TUTORIA

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS CONSULTADAS

ASSUMPCÃO, F.B.; KUCZYNSKI, E. **Psicofarmacologia na infância e adolescência**. São Paulo, Atheneu, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases**. 5. ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

Associação Brasileira do Déficit de Atenção. Sobre TDAH – Diagnóstico em crianças. SNAP-IV. Disponível em: <http://www.tdah.org.br/images/stories/site/pdf/snap-iv.pdf>.

BARKLEY, R.A. **Transtorno de déficit de atenção-hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CALIMAN, L.V. A constituição sócio-médica do “fato TDAH”. *Psicologia & Sociedade*; 21 (1): 135-144, 2009.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE RESOLUÇÃO. Nº 177, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2015. Acessado em 30 de março de 2016, em http://site.cfp.org.br/conanda-recomenda-reducao-de-remedios-a-criancas-com-problema-de-aprendizagem/?wpmp_tp=0.

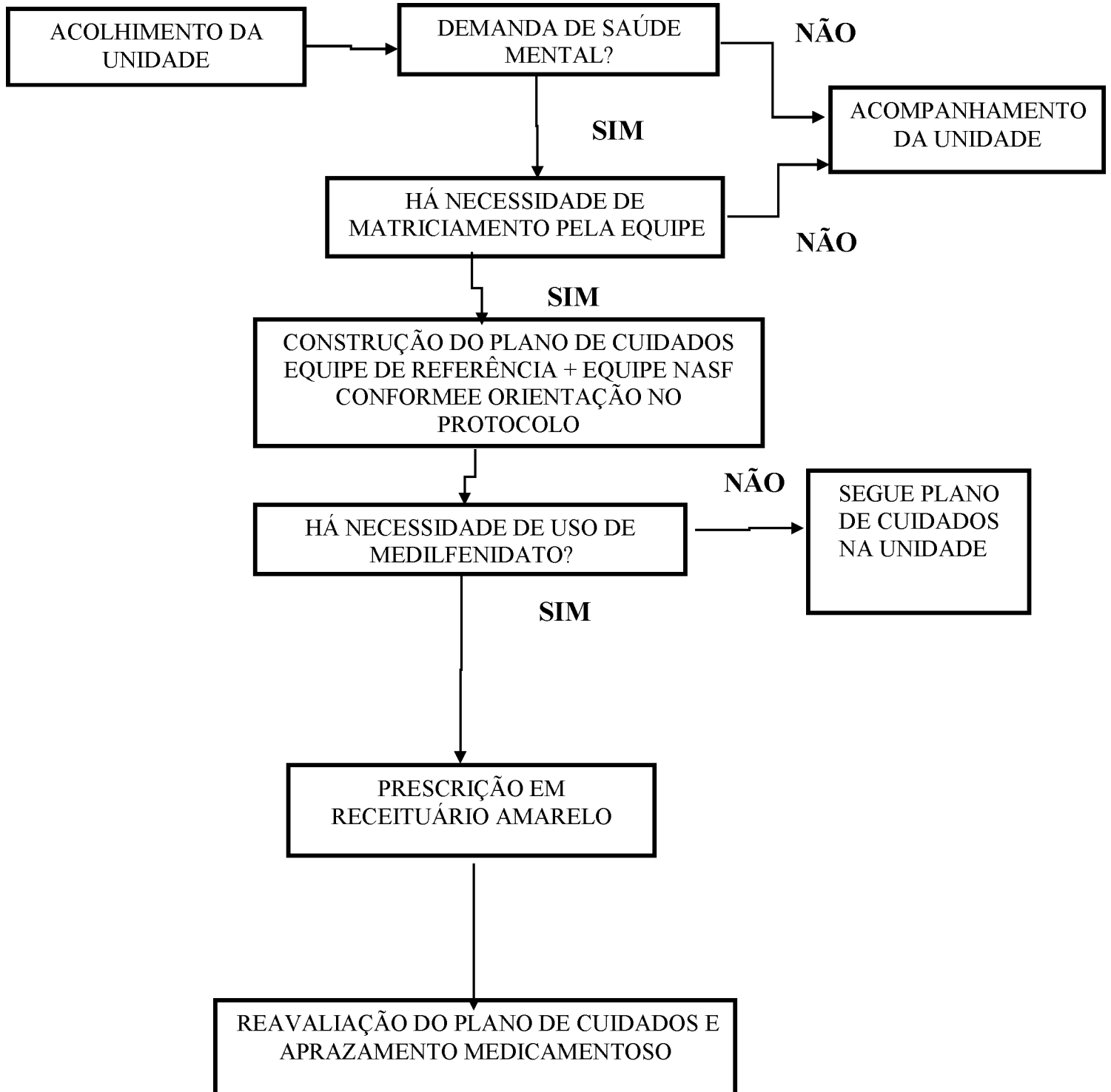
- CORDIOLI, A.V. et al. **Psicofármacos**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- CONNERS, C. K. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: as mais recentes estratégias de avaliação de tratamento**. São Paulo: Artmed, 2008.
- LOUZÃ NETO, M.R.; & Cols. **TDAH ao longo da vida**. São Paulo: Artmed, 2009.
- ADHD: Clinical Practice Guideline for the diagnosis, evaluation and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents**. Disponível em pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/10/14/peds.2011.2654.
- Ministério da Saúde. Brasil** (2015). Recomendações do Ministério da Saúde para a adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2015/Reco019.pdf>.
- Moysés MAA, Collares CAL. **Medicalização: o obscurantismo reinventado**. In Collares CAL, Moysés MAA, Ribeiro MCF (orgs.). Campinas, SP: Mercado de Letras; 2013 p.41-64
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- POLANCZYK G, et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. v. 164. p. 942-8, 2007.
- Thapar, A. & Cooper, M. Attention deficit hyperactivity disorder. September 17, 2015** [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00238-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00238-X)
- Reinhardt M.C. & Reinhardt C.A. Attention deficit-hyperactivity disorder, comorbidities, and risk situations. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89:124–30.
- ROHDE, LA. et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a Diverse Culture: Do Research and Clinical Findings Support the Notion of a Cultural Construct for the Disorder?. *Biol Psychiatry*. v. 57. p. 1436–1441, 2005.

ANEXOS – MODELO DE CONSTRUÇÃO DO PLANO DE CUIDADO E FLUXOS DE DISPENSA NA RAPS

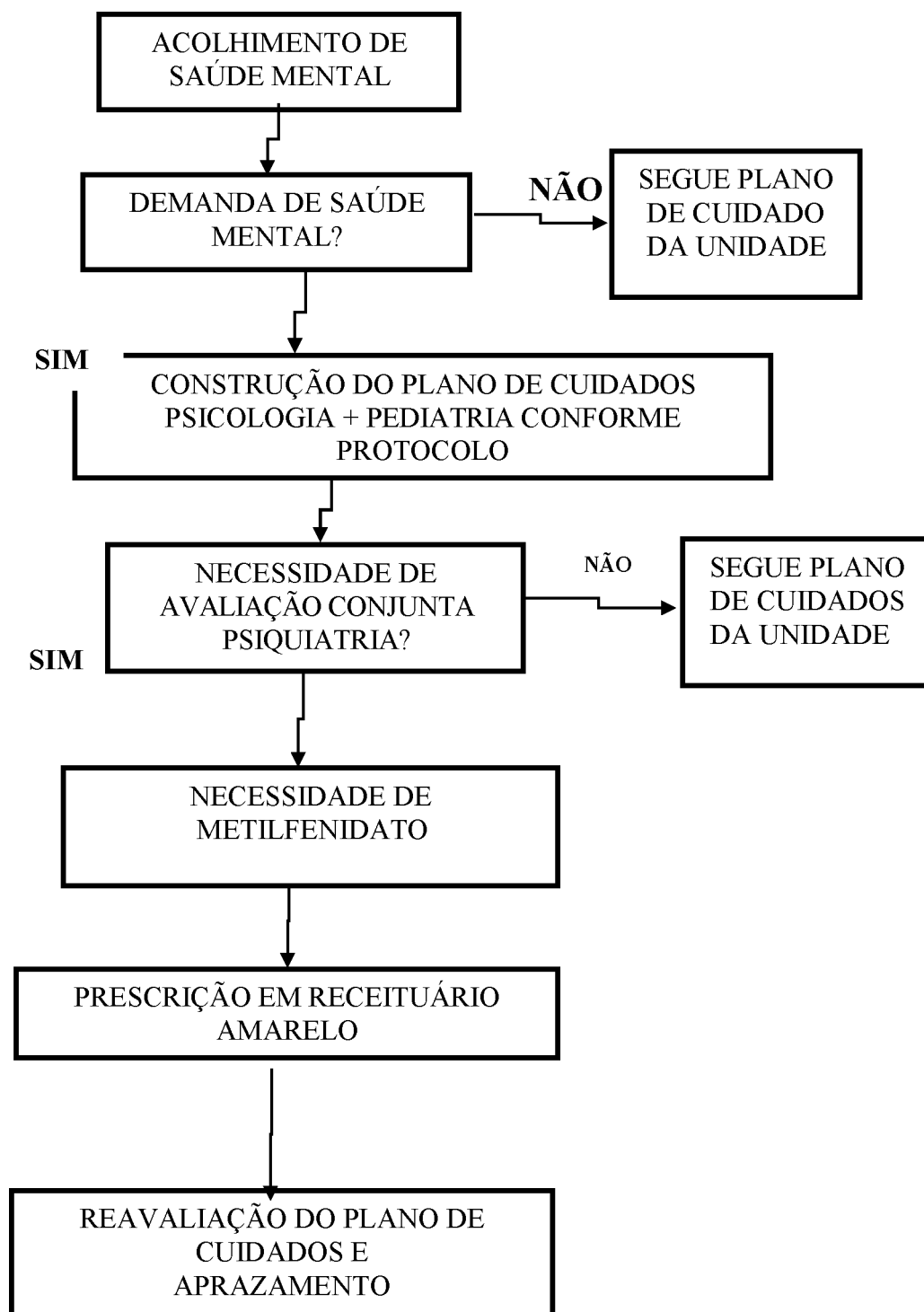
i. MODELO DE CONSTRUÇÃO DO PLANO DE CUIDADO

PLANO DE CUIDADO	* Este documento é uma sugestão ao profissional para acompanhamento da sequência de cuidado
Nome da criança/Adolescente Idade Setor /Unidade	
Motivo de encaminhamento	
Processo de avaliação integral para construção do plano de cuidado: ETAPAS DE AVALIAÇÃO	Observações pela profissional referência da Atenção Básica
a. Avaliação pediátrica	
b. Avaliação psicossocial/ profissional de saúde mental	
c. Avaliação pedagógica	
d. Avaliação médica em tutoria de psiquiatria/matriciamento	
PROPOSTAS DE CUIDADOS NA ATENÇÃO BÁSICA	Observações pelo profissional referência da Atenção Básica
1. Intervenção psicossocial	
2. Intervenção da equipe pedagógica da escola de referência	
3. Intervenção social/ intersetor	
4. Terapêutica medicamentosa	

ii. **FLUXO DE ATENDIMENTO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
UBSF**



iii. **FLUXO DE ATENDIMENTO À INFÂNCIA E ADOLESCENCIA/
UAI E UBS COM TUTORIA UAI E UBS COM TUTORIA**



iv. FLUXO DE ATENDIMENTO À INFÂNCIA E ADOLESCENCIA/ UAI E UBS SEM TUTORIA UAI E UBS SEM TUTORIA

