

**ITINERÁRIO TERAPÉUTICO NO CUIDADO AO PORTADOR DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE****THERAPEUTIC ITINERARY IN CARE FOR PEOPLE WITH ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER**

Maycon Hoffmann Cheffer¹
Luiz Felipe Pohlenz Benjamins²
Melquisedeque Nathan Dos Santos³
Luana Patricia Weizemann⁴
Terezinha Aparecida Campos⁵
Ieda Harumi Higarashi⁶

RESUMO

A crescente prescrição e consumo de Metilfenidato revela-se como um problema de saúde pública, o qual precisa ser acompanhado e monitorado pelos serviços de saúde e equipe multidisciplinar. Nesse caminho o estudo tem como objetivo descrever o itinerário terapêutico de crianças e adolescentes portadores de TDAH, desde o diagnóstico ao tratamento medicamentoso. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa. Participaram do estudo três grupos amostrais, Mäes (n.11), Professores (n.16) e Equipe Pedagógica (n.5), que conviveram com crianças e adolescentes portadores de TDAH durante a pandemia e que retiraram Metilfenidato via Protocolo de Medicamentos Especiais. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas, que passaram por análise de conteúdo, com o auxílio do software MAXQDA Plus. Nos resultados foram identificadas três categorias: Buscando atendimento na atenção primária a saúde; Recebendo atendimento e diagnóstico na atenção especializada; Implicações diante da prescrição, dispensação e consumo de Metilfenidato. Concluímos que os serviços e profissionais de saúde precisam estar devidamente capacitados para o atendimento ao portador de TDAH, pois geralmente as crianças exibem uma variedade de comportamentos naturais para idade, que

¹Doutor em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Docente Adjunto do Centro Universitário Assis Gurgacz (FAG). Cascavel. Paraná. Brasil. E-mail: maycon-cheffer@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9361-0152>.

²Discente de enfermagem. Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG). Cascavel. Paraná. Brasil. E-mail: lfpohlenz@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-0332-6928>.

³Discente de enfermagem. Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG). Cascavel. Paraná. Brasil. E-mail: melk-3576@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5760-0540>.

⁴Discente de enfermagem. Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG). Cascavel. Paraná. E-mail: luanapweizemann@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0470-4326>.

⁵Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná – (Unioeste). Docente Adjunta do Centro Universitário Assis Gurgacz (FAG). Cascavel. Paraná. E-mail: tcamposzto@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9180-3268>

⁶Docente em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá – UEM. Maringá. Paraná. Brasil. E-mail: ieda1618@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4205-6841>

podem ser confundidos facilmente com TDAH. O acompanhamento contínuo com a equipe multidisciplinar é fundamental para o convívio social e melhora nos sintomas.

Palavras-chave: metilfenidato; transtorno do déficit de atenção e hiperatividade; atenção primária.

ABSTRACT

The increasing prescription and consumption of methylphenidate is a public health problem that needs to be monitored by health services and a multidisciplinary team. In this way, the study aims to describe the therapeutic itinerary of children and adolescents with ADHD from diagnosis to drug treatment. This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach. Three sample groups participated in the study, Mothers (n.11), Teachers (n.16), and Pedagogical Team (n.5), who lived with children and adolescents with ADHD during the pandemic and who got Methylphenidate via the Special Medicines Protocol. Data collection took place through interviews, which underwent content analysis, with the help of the MAXQDA Plus software. Three categories were identified in the results: Seeking care in primary health care; Receiving care and diagnosis in specialized care; Implications regarding the prescription, dispensation, and consumption of methylphenidate. We conclude that health services and professionals need to be properly trained to care for people with ADHD, as children generally exhibit a variety of behaviors that are natural for their age, which can easily be confused with ADHD. Continuous monitoring with the multidisciplinary team is essential for social interaction and improvement in symptoms.

Key words: methylphenidate; attention deficit hyperactivity disorder; primary attention.

Artigo recebido em: 28/11/2023

Artigo aprovado em: 05/02/2026

Artigo publicado em: 05/02/2026

Doi: <https://doi.org/10.24302/sma.v15.5110>

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurocomportamental que afeta cerca de 3,4 a 7,1% das crianças e adolescentes e 2,8 a 3,4% dos adultos em todo o mundo, afetando negativamente as atividades sociais, acadêmicas ou profissionais do indivíduo¹.

O TDAH é uma condição de início na infância caracterizado pela tríade de sintomas prejudiciais de: desatenção, impulsividade e hiperatividade².

Para que um indivíduo seja diagnosticado com TDAH, os sintomas devem ser observados em diferentes situações do cotidiano e representar prejuízo para as atividades e tarefas regulares relacionadas a um ou mais contextos de vida (ex: profissional, pessoal, acadêmica). Dependendo das características específicas de

cada indivíduo e seu comportamento geral, os sintomas podem ocorrer em diferentes graus de intensidade (leve, moderado ou grave) e pode haver predominância de um ou outro sintoma associado³⁻⁵.

O tratamento farmacológico é considerado a primeira opção terapêutica para o TDAH, sendo o Metilfenidato o fármaco de primeira escolha⁶. No Brasil, a prescrição e uso do Metilfenidato são autorizados para o tratamento do TDAH e da narcolepsia⁷, sendo o diagnóstico de TDAH o principal responsável pela prescrição e consumo do medicamento no país⁸.

O medicamento é comercializado sobre os nomes Ritalina® e Concerta®, e está disponível nas formas de liberação imediata e de liberação prolongada. O último dado oficial aponta que em 2012 foram produzidas mais de 63 toneladas de Metilfenidato, sendo os Estados Unidos o maior consumidor do medicamento e o Brasil o 7º maior consumidor de Metilfenidato no mundo⁹.

Diante da complexidade diagnóstica e consumo crescente de Metilfenidato é de extrema importância a colaboração e cuidado compartilhado entre os profissionais envolvidos desde a suspeita até a confirmação do TDAH. Assim, sugere-se que profissionais não especialistas na área solicitem ajuda, encaminhando os casos aos serviços especializados para diagnóstico e tratamento adequado¹⁰, o que dá início a um itinerário terapêutico a ser trilhado pelo indivíduo e sua família.

Nessa perspectiva, a crescente prescrição e o consumo de Metilfenidato revelam-se como um problema de saúde pública, o qual precisa ser acompanhado e monitorado pelos serviços de saúde e equipe multidisciplinares. Nesse caminho, o estudo tem como objetivo descrever o itinerário terapêutico de crianças e adolescentes portadoras de TDAH desde o diagnóstico ao tratamento medicamentoso. Para ajudar na compreensão, que envolve todo itinerário percorrido desde o diagnóstico e consumo de Metilfenidato, utilizou-se do pensamento complexo de Edgar Morin como referencial teórico para reflexão dos achados do estudo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em um município de médio porte situado na região Sul do Brasil. Quanto à distribuição do Metilfenidato via Sistema Único de Saúde (SUS), cada município é responsável por organizar sua compra e dispensação. Dessa maneira, o lócus de investigação foi o serviço de Protocolo de Medicamentos Especiais, único serviço no município que dispensa o medicamento via protocolo.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro e agosto de 2022. Participaram do estudo três grupos amostrais, Mães (n.11), Professores (n.16) e Equipe Pedagógica (n.5) de escolas do município que conviveram com crianças e adolescentes portadores de TDAH durante a pandemia da Covid-19 e que retiram Metilfenidato via Protocolo de Medicamentos Especiais. O primeiro grupo amostral, formado pelas mães, foi contactado mediante indicação do Protocolo de

Medicamentos Especiais. Posteriormente, estas indicaram professores que, por sua vez, indicaram membros da equipe pedagógica, totalizando 32 participantes.

A vertente qualitativa foi guiada por entrevistas intensivas, norteadas por um guia de questões, para explorar a rotina de crianças e adolescentes com TDAH durante a pandemia, evidenciando a experiência com esses indivíduos durante o momento pandêmico. A abordagem metodológica procurou assegurar que as participantes se sentissem livres para compartilhar suas vivências e impressões em relação ao fenômeno estudado.

A coleta de dados ocorreu após a autorização e acesso às mães de indivíduos com TDAH e em uso de Metilfenidato pelo serviço de Protocolo de Medicamentos Especiais, que disponibilizou os nomes e contatos com envio ao correio eletrônico do pesquisador. Os dados utilizados eram referentes às dispensações do mês de dezembro de 2021.

A coleta de dados foi iniciada após o contato telefônico ou via aplicativo de mensagens WhatsApp. Após o aceite, as entrevistas intensivas foram agendadas em dias e horários compatíveis com a disponibilidade do participante, realizadas na modalidade presencial e remota com a utilização de tecnologias e plataformas virtuais.

As entrevistas foram audiogravadas e transcritas na íntegra após o término de cada coleta. Eram então realizadas as inferências em relação a cada depoimento para compor a análise, respeitando o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) da vertente construtivista¹¹. Para o encerramento das entrevistas, utilizou-se o critério da saturação teórica.

Os dados da vertente qualitativa foram analisados com o auxílio do software MAXQDA Plus, versão 2020, com observância das etapas analíticas de codificação inicial e focalizada. Na codificação inicial, os dados foram analisados linha a linha, permitindo a obtenção de insights, que direcionaram as investigações posteriores. Na etapa da codificação focalizada, admitiu-se a separação, classificação e a síntese dos dados, com a formação de códigos mais elaborados, seletivos, permitindo a organização de conceitos, para elucidar as categorias e subcategorias do estudo¹¹, revelando assim o itinerário terapêutico percorrido pelos usuários de Metilfenidato. Para a confecção do artigo utilizou-se das diretrizes do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) para a produção de um artigo qualitativo.

Todos os preceitos éticos que regem as pesquisas com seres humanos foram cumpridos, incluindo o emprego de Termo de Consentimento Livre Esclarecido na etapa de coleta de dados qualitativos. Assim, o estudo foi submetido ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá e encontra-se cadastrado nacionalmente por meio do CAAE: 36499620.8.0000.0104, com parecer favorável nº 4.439.361. A fim de manter o anonimato dos participantes, as falas foram identificadas com números sequenciais, conforme o grupo amostral dos participantes e a ordem de realização das entrevistas. Assim, por exemplo, identificaram-se os entrevistados como M1 (Mãe), P2 (Professor), EP3 (Equipe Pedagógica).

RESULTADOS

Os dados evidenciam que o itinerário terapêutico percorrido pela família e portadores de TDAH desde o diagnóstico até o tratamento medicamentoso perpassam as seguintes categorias: Buscando atendimento na Atenção Primária à Saúde; Recebendo atendimento e diagnóstico na atenção especializada; Implicações diante da prescrição, dispensação e consumo de Metilfenidato. A seguir estão transcritos os comentários de cada entrevistado sobre as categorias elencadas:

CATEGORIA 1: BUSCANDO ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde é o primeiro lugar onde o usuário busca auxílio para então ser encaminhado para outros setores específicos. Ela é responsável pela triagem dos pacientes e distribuição deles para as especialidades corretas.

A escola solicitou que levasse ele no pediatra do posto de saúde, depois para o psicólogo e então começaram os acompanhamentos com o neuropediatra (M7).

CATEGORIA 2: RECEBENDO ATENDIMENTO E DIGNÓSTICO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Uma vez que as famílias foram encaminhadas para a atenção especializada, começa, de fato, o tratamento, inclusive com medicamentos.

[...] a busca por ajuda médica e, posteriormente, as conquistas (EP4).

Eu perguntei para o médico sobre o tempo de uso da Ritalina® e ele disse que seria até uns 12 anos, perguntei se ele poderia fazer faculdade e ele me disse que se ele quisesse sim, poderia, só que teria que ser uma faculdade que envolvesse matemática porque ele iria brigar sempre com o português (M9).

Entretanto, sabe-se que o diagnóstico do TDAH não é simples de ser realizado. Há uma série de verificações que devem ser feitas para que o transtorno não seja confundido com alguma outra situação. A abordagem dos médicos pode mudar muito de um para o outro, com alguns inclusive atestando o TDAH já na primeira consulta e medicando os pacientes. Outros adotam certa cautela, pedindo mais informações para decidir sobre o diagnóstico.

“A doutora pediu que na segunda consulta eu levasse os cadernos dele” (M9).

“A escola que preencheu o formulário, o neuro só olhou” (M7).

A escola costumava ficar à disposição da equipe médica caso alguma informação sobre o estudante fosse solicitada.

“Seria essencial, pedir para a escola como que é esse aluno sabe? Porque por muitas vezes o médico se baseia somente na palavra da família” (EP2).

“[...] o Neuropediatra leu o relatório da escola e solicitou outro relatório. Foi realizado aproximadamente umas três vezes este tipo de relatório” (M2).

Como vários distúrbios de aprendizagem têm sintomas e sinais semelhantes, fica difícil assegurar o laudo já no primeiro momento. É comum acontecerem erros nos laudos, que são corrigidos com a integração do trabalho dos médicos, da família e da equipe pedagógica.

“[...] ela foi diagnosticada com hiperatividade e autismo” (M4).

“[...] foi diagnosticado com Dislexia e TDAH” (M9).

“[...] hiperatividade e autismo leve” (M10).

Já na primeira consulta, a doutora deu o diagnóstico de TDAH. Pois, ela não conseguiu analisar bem ele com calma, pelo fato dele ser muito agitado, não parava de se mexer, abria a porta e saia correndo, era uma agitação muito grande (M3).

O TDAH acaba sendo o distúrbio mais prevalente entre todos, embora não seja o caso para todos os pacientes.

Como a neuro previa, o TDAH tem um atraso de alfabetização de três a seis anos, e ele teve três anos, ele foi alfabetizado aos dez anos e ainda não é perfeito, ainda tem trocas de letras como T e D, F e V, olhar, unhar, ele ainda tem dificuldades (M6).

É importante a adequação e a reavaliação da necessidade da medicação. O Metilfenidato é mantido, retirado ou tem sua dose alterada de acordo com a evolução do quadro de cada paciente. Além disso, é importante uma avaliação e um trabalho feitos por uma equipe multidisciplinar, para não depender apenas da medicação para a evolução.

“A maioria dos casos são também encaminhados para a psicóloga da saúde” (EP1).

“O neuro encaminhou ele pelo SUS, aí chamaram aqui na universidade (pública) para fazer psicoterapia, fonoterapia, e fisioterapia porque tem os pés chatos, joelhos valgos” (M6).

CATEGORIA 3: IMPLICAÇÕES DIANTE DA PRESCRIÇÃO, DISPENSAÇÃO E CONSUMO DE METILFENIDATO

É essencial que haja diálogo entre a equipe multidisciplinar durante a administração do Metilfenidato. Além do efeito que ocorre no corpo do paciente, é

importante saber o contexto em que este está inserido, se faz o uso da medicação corretamente, e quais efeitos estão sendo observados.

A comunicação entre a escola, neurologistas, oftalmologistas e psicopedagogos é muito comum, pois quando os professores observam sinais específicos de algum déficit em alunos, encaminhamos para esses profissionais (P14).

“[...] algumas vezes temos palestras nas escolas” (P9).

Por outro lado, a falta de comunicação entre os setores de educação e saúde ainda persiste em alguns cenários do cuidado ao público infanto juvenil portador de TDAH.

“Com meu tempo de experiência na escola ainda não presenciei intervenções específicas da área da saúde. Ainda não tive a oportunidade de identificar nenhuma abordagem da área da saúde” (P16).

Após avaliação médica, a prescrição também foi para que as crianças/adolescentes consumissem o Metilfenidato apenas para frequentar o ambiente escolar, evidenciando assim o uso do medicamento para fins acadêmicos.

“Ela toma apenas uma vez ao dia de segunda a sexta” (M4).

Ele usa um comprimido meia hora antes de ir para a escola e quanto retorna para casa toma mais um. Eu dou para ele tomar as 13 horas, a aula dele começa às 13h:15min que a medicação faz efeito enquanto ele está em aula, o efeito dura só quatro horas né? (M9).

Quando o indivíduo realmente possui TDAH, são perceptíveis nos relatos os resultados satisfatórios ou positivos frente ao uso de Metilfenidato

“Em 99% dos casos, percebe-se uma mudança positiva na vida dos educandos após iniciarem o uso da medicação” (EP1).

“Cada criança tem um comportamento diferente, eles não são todos iguais, não agem todos da mesma maneira, eu percebo que ele mudou bastante depois que começou a tomar a Ritalina®, ele fica mais tranquilo, mais calmo, ele se comporta mais” (M8).

O tratamento ininterrupto evidencia a necessidade de emprego do uso continuado da terapêutica medicamentosa, garantindo assim o controle dos sintomas de TDAH. Desta forma, busca-se alcançar uma espécie de controle ou contenção de comportamentos “inadequados” das crianças/adolescentes em tratamento.

“Faz mais de dez anos que ele usa a Ritalina®. Nunca parou de tomar” (M4).

Precisava de um remédio um pouco mais forte para ajudar. [...] Eu dou um comprimido de manhã nos dias que ele tem reforço para ajudar ele com a concentração e escrita e outro a tarde no horário normal de aula. O dia que ele não tem reforço ele toma só um comprimido (M3).

É importante sempre lembrar que o uso do Metilfenidato pode trazer efeitos colaterais, e o aumento na dose deve ser gradual. No geral, dentre os pesquisados, houve boa aceitação do medicamento por parte dos pacientes.

“Durante o tratamento com a Ritalina® ele não apresentou nenhum efeito adverso, não que eu lembre” (M1).

Alguns dos possíveis efeitos colaterais incluem náusea, dor abdominal e sono. Parte dos pacientes acaba ficando com os sentidos levemente comprometidos nos primeiros dias de tratamento. Em casos mais sérios, esses sintomas podem se estender indefinidamente.

Como efeitos adversos, no início ele teve crises de dor de cabeça, depois passou, e durante o efeito do medicamento ele tem perda de apetite, e depois que passa o efeito do medicamento ele quer comer muito. Então por isso a gente precisa cuidar a questão da reeducação alimentar (M6).

No início da medicação o pênis dele ficava direto durinho. A ereção me deixava extremamente constrangida no início, meu Deus, quando tinha alguma amiga aqui em casa, uma vez chegou visita aqui e ele estava no sofá e o pênis estava ereto, eu falei para ele ir ao banheiro fazer xixi e ele disse que não queria, que não estava com vontade, a sorte que essa amiga é psicóloga e disse que era efeito da medicação. Aí eu li na bula do remédio e lá também falava. Hoje, a ereção espontânea diminuiu, só que eu percebo que aflorou mais a sexualidade dele, por conta da idade né? (M9).

DISCUSSÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como a porta de entrada do usuário para o primeiro atendimento e o atributo da longitudinalidade na realização dos encaminhamentos para outros profissionais de saúde. Em outros níveis de complexidade crescentes, evidencia o papel da Rede de Atenção à Saúde (RAS) frente à organização e encaminhamentos para as ações de cuidado integradas em diferentes níveis e de diferentes densidades tecnológicas.

Na APS do município de estudo os usuários recebem atendimento de médicos generalistas, embora algumas unidades de saúde contem com a atuação do médico especialista em pediatria. Ambos os profissionais, contudo, estão habilitados para realizar os encaminhamentos para consulta com o neuropediatra na atenção especializada e, assim, aguardam o diagnóstico de TDAH pelo especialista.

Neste sistema, a inclusão de outros elos ou elementos se faz na sequência, com os médicos da APS passando a disponibilizar as receitas mensais de Metilfenidato, acionando o serviço de Protocolo de Medicamentos Especiais, no sentido de viabilizar a dispensação do fármaco e fechando o ciclo do processo de medicalização. Assim, uma vez aprovado o protocolo de dispensação, ele possui validade de seis meses junto ao serviço, a partir da primeira consulta com o neuropediatra e a emissão do diagnóstico de TDAH e prescrição de Metilfenidato por ele.

Toda a logística aplicada aos usuários de Metilfenidato do referido município vai ao encontro dos objetivos das RAS em promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementa o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e econômica¹². Dessa maneira, a implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS.

O diagnóstico de TDAH tem um papel transformador na organização social, que se molda para acompanhar os indivíduos diagnosticados. Essa transformação tende a alterar não só o sistema de saúde, como também o caminho a ser trilhado, na medida em que muda o curso da história desse indivíduo¹³. Atrelado a essa mudança organizacional e individual, o princípio do Circuito Retroativo permite inferir sobre o conhecimento dos processos autorreguladores, rompendo com o princípio da causalidade linear em que a causa age sobre o efeito, e o efeito age sobre a causa¹⁴.

O diagnóstico na atenção especializada descreve como o neuropediatra realiza o diagnóstico médico de TDAH; as orientações repassadas sobre o diagnóstico e uso da medicação; exames complementares solicitados; encaminhamentos para atendimento multidisciplinar e retornos de acompanhamento para a continuidade do cuidado.

O diagnóstico de TDAH revela, em alguns casos, a expectativa de melhora e com isso a possibilidade de retomar expectativas em relação às conquistas pessoais da criança/adolescente.

Sabe-se, no entanto, que o processo de diagnóstico do TDAH não é algo simples. As crianças geralmente exibem uma variedade de comportamentos naturais para a idade que podem ser facilmente confundidos com TDAH, e isso é uma limitação. O que, em outros tempos, costumava ser considerado uma deficiência em educação ou simplesmente preguiça, passou a ser sinônimo de algum transtorno mental, sendo na atualidade facilmente associado ao TDAH¹⁵.

O presente estudo revelou que alguns neuropediatras emitiram diagnósticos já na primeira consulta, enquanto outros condicionaram esta emissão à realização de exames e à apresentação de relatórios escolares que permitissem a eles melhor conhecer a criança/adolescente e investigar outras comorbidades. Algumas mães relataram o uso de formulários, como o Questionário Swanson, Nolan e Pelham-IV (SNAP-IV), para auxiliar no diagnóstico de TDAH.

A equipe pedagógica usualmente se colocava à disposição para relatar os comportamentos das crianças e adolescentes no ambiente escolar, expressando assim o interesse de que o médico, ao realizar o diagnóstico, estabelecesse uma comunicação com os profissionais de educação.

Ainda em relação ao diagnóstico, cabe destacar a existência, por vezes, de divergências entre os especialistas quanto ao uso do CID ou DSM para o diagnóstico do TDAH. Assim, alguns defendem que o DSM apresenta a possibilidade de diagnosticar três a quatro vezes mais crianças em relação ao CID, porque a variedade

de sintomas aumenta, levantando dúvidas sobre a gravidade da doença para requerer tratamento medicamentoso. Existem também questionamentos frequentes em relação à precisão do diagnóstico, dadas as discrepâncias entre os relatos dos pais e dos professores da criança sobre a situação. Além disso, uma consulta com o especialista que fez o diagnóstico costuma durar entre 20 e 40 minutos, tempo insuficiente para descrever minuciosamente os sintomas que a criança está apresentando. Em geral, o diagnóstico segue com a prescrição do Metilfenidato para todos os casos diagnosticados¹⁶.

O CID-10 afirma que são necessários seis meses de observação para diagnosticar uma criança com TDAH. O diagnóstico pode ser considerado se os seguintes sintomas estiverem presentes em casa e na escola: dificuldade em prestar atenção a detalhes ou errar por distração; dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades educativas; aparência de não ouvir o que lhe está sendo dito. Cumpre rememorar que, nesse processo, a hiperatividade inclui vários sintomas, dentre eles: mover as mãos, os pés ou o corpo enquanto está sentado; deixar uma cadeira em uma sala de aula ou outra área onde se espera que a criança permaneça sentada e não a encontrar sentada; impulsividade: criança responde com frequência antes que as perguntas tenham sido totalmente concluídas; frequentemente apresenta dificuldades em esperar pela sua vez¹⁷.

Percebe-se, pelos relatos maternos, que a emissão dos diagnósticos seguiu um cuidado prévio em conhecer a criança/adolescente em sua totalidade, principalmente para reconhecer sintomas de TDAH, além de outras comorbidades.

Desta forma, preconiza-se que o diagnóstico do TDAH comece com uma análise clínica criteriosa, a qual deverá ser feita por um profissional especialista. Durante a avaliação, devem ser consideradas características cognitivas, comportamentais e emocionais, bem como todo o contexto e histórico familiar, desenvolvimento infantil, histórico escolar, profissional, relações sociais, relacionamentos interpessoais, desafios e expectativas relacionadas às preocupações do cliente, entre outros fatores que podem estar relacionados ao estresse, hiperatividade/agitação e impulsividade¹⁸. O processo diagnóstico envolve, além do reconhecimento das alterações orgânicas provocadas pelo déficit de atenção e hiperatividade, a necessidade de investigar a defasagem na aprendizagem escolar a partir da observação dos cadernos escolares e dos relatórios emitidos pela escola.

A prevalência de TDAH é comparável entre as regiões, indicando que o transtorno independe de fatores culturais (como costumes de um determinado grupo social), ou de como os pais criam seus filhos ou de eventual resultado de traumas psicológicos. Pessoas com TDAH apresentam alterações no lobo frontal e em suas conexões com o restante do cérebro. Em comparação com outras espécies de animais, a região orbital frontal do cérebro humano é uma das mais desenvolvidas, sendo a responsável pela inibição ou controle de impulsos e comportamentos impróprios, e por controlar ou inibir comportamentos inadequados, além de compor a organização dos pensamentos e planejamento de ações¹⁹.

O diagnóstico de TDAH evidenciou o receio materno em relação ao desconhecido, demandando a necessidade de o neuropediatra esclarecer dúvidas

sobre o transtorno, bem como de orientação em relação ao tratamento medicamentoso, tanto na primeira consulta como nas consultas de retorno.

Antes de iniciar o tratamento com o Metilfenidato, é necessário ponderar os benefícios e os riscos, principalmente na perspectiva de um curso longo de tratamento. Nesse sentido, aconselha-se o uso do Metilfenidato nos casos em que for absolutamente necessário, avaliando se seu uso será compatível com tratamento psicocomportamental²⁰. Em razão deste cuidado é que as consultas de retornos são importantes, posto que estas possuem como finalidade avaliar os benefícios e a continuidade da terapêutica medicamentosa, bem como ajustes de dose ou incremento de outros medicamentos.

As crianças e adolescentes com TDAH também acabam recebendo encaminhamento para atendimento multidisciplinar, o que demonstra a preocupação de cuidar desse público de maneira integral.

As implicações diante da prescrição e consumo de Metilfenidato revelaram a necessidade de compartilhamento das informações, como por exemplo: neuropediatra prescrevendo Metilfenidato entre a 1º e 2º consulta; consumindo Metilfenidato apenas no ambiente escolar; professora administrando Metilfenidato; consumindo Metilfenidato todos os dias; percebendo resultado satisfatório ao uso de Metilfenidato; tratamento ininterrupto; identificando necessidade de aumentar a dosagem; ausência de efeitos adversos e percebendo efeitos adversos ao uso de Metilfenidato.

A importância de comunicação diante da complexidade que envolve o tratamento de crianças e adolescentes com TDAH foi evidenciada por meio da análise de duas situações paradoxais, uma na qual os profissionais da saúde dialogaram com os profissionais da educação, e em outra na qual os profissionais da saúde não estabeleceram comunicação com a escola. Para Morin¹⁴, o princípio sistêmico ou organizacional liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, pois o todo é maior que a soma das partes. A organização de um todo produz qualidades ou propriedades novas em relação às partes quando são consideradas isoladamente. Dessa maneira a comunicação se faz necessária para o atendimento de crianças e adolescentes em sua totalidade.

Os relatos apresentados evidenciam a comunicação para a troca de informações entre os profissionais da saúde e profissionais da educação enquanto elemento promotor do cuidado efetivo e seguro ao público infanto juvenil.

Para Foucault, o poder, exercido neste caso específico por meio da prescrição e consumo de Metilfenidato, possui uma eficácia produtiva, e “é justamente este aspecto [a positividade do poder] que explica o fato de ele ter como alvo o corpo humano, não para supliciá-lo, mutilá-lo, mas para aprimorá-lo, adestrá-lo”²¹.

Além do uso continuado, outras estratégias para o controle dos sinais e sintomas, e para a manutenção de uma condição de equilíbrio, incluem as revisões de dosagem do medicamento.

Sob a ótica da terapêutica medicamentosa como forma de controle farmacológico dos comportamentos, há de se refletir sobre este tênue estado de equilíbrio, que demanda intervenções sucessivas e crescentes para ser alcançada e mantida. Percebe-se o estabelecimento de um esquema de ordem/desordem/organização, marcado por inúmeras e constantes inter-retroações, que têm lugar nos mundos físico, biológico e humano¹⁴. Nessa perspectiva, o processo decisório acerca da continuidade do tratamento, da opção de sua utilização em caráter ininterrupto ou com aumento de dosagens, mais que apenas uma deliberação terapêutica, envolve aspectos atinentes à aceitação da condição, melhora e piora dos sintomas, e à ponderação em relação aos riscos e benefícios das opções de uso do Metilfenidato.

Do ponto de vista clínico e meramente pragmático, as dosagens recomendadas para pacientes pediátricos iniciam-se com o uso variando de 5 a 20 mg/dia, com eventuais ajustes, permitindo aumentos até a dose diária máxima de 60 mg/dia. Outra opção para determinar a dose diária é começar com duas tomadas diárias de 0,3 mg/kg e, dependendo da situação, fazer um aumento semanal de 0,1 mg/kg/dose, evitando ultrapassar 2 mg/kg/dia²².

A indicação do tratamento com o Metilfenidato se pauta no entendimento de que o TDAH possa ser causado por anormalidades na via das catecolaminas, de onde advêm os bons resultados de tratamento de seus sintomas com o referido fármaco. Assim, desde a década de 1950, quando a Federal Drug Administration (FDA) aprovou o medicamento, o qual vem passando inúmeros por testes de segurança²³. Dentre os participantes do presente estudo, o consumo de Metilfenidato mostrou-se bem tolerado por quatro usuários, sem a evidência de efeitos adversos relatados.

Tratando-se de um medicamento derivado da anfetamina, a literatura instiga questionamentos, ainda que controversos, associados à capacidade deste em gerar dependência química se em consumo excessivo²⁴. O perfil comportamental dose-dependente que o Metilfenidato promove é bastante comparável ao das anfetaminas. Juntamente com seus efeitos sobre a dopamina, a anfetamina aumenta a norepinefrina e a serotonina extracelulares, e estes últimos efeitos podem contribuir no desencadeamento de efeitos comportamentais estimulantes semelhantes aos causados por anfetaminas, tais como insônia, excitação e a falta de apetite.

Segundo a literatura, os principais efeitos colaterais do uso do fármaco são insônia e falta de apetite, efeitos estes diretamente correlacionados com as dosagens ingeridas²⁴.

As evidências sobre a eficácia e segurança do tratamento com Metilfenidato em crianças e adolescentes têm baixa qualidade metodológica, curto período de acompanhamento e pouca generalização. Em relação ao perfil de segurança do medicamento, estudos mostraram que alguns dos eventos adversos mais frequentes foram perda de apetite, estado de alerta e euforia, insônia, dores de cabeça e estômago e vertigens²⁰.

CONCLUSÃO

O transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é um transtorno de saúde mental que afeta negativamente as atividades sociais, escolares/acadêmicas e profissionais. O diagnóstico tem que ser algo preciso e concreto, pois ele muda o curso da história de vida do portador de TDAH. Este terá algumas mudanças importantes, principalmente com o itinerário a ser percorrido dentro do sistema público de saúde desde o diagnóstico até o tratamento medicamentoso. Os serviços e profissionais de saúde precisam estar devidamente capacitados para o atendimento ao portador de TDAH, pois geralmente as crianças exibem uma variedade de comportamentos naturais para idade, que podem ser confundidos facilmente com TDAH. O acompanhamento contínuo com a equipe multidisciplinar é fundamental para o convívio social e melhora nos sintomas, e para que isso aconteça a rede de atenção à saúde deve estar operante de maneira que atenda aos encaminhamentos e à continuidade do cuidado oferecido.

REFERÊNCIAS

1. Siffel C, DerSarkissian M, Kponee-Shovein K, Spalding W, Gu YM, Cheng M, et al. Suicidal ideation and attempts in the United States of America among stimulant-treated, nonstimulant-treated, and untreated patients with a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Affect Disord.* 2020; 266: 109-119. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.075>.
2. Faraone SV, Larsson H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry.* 2019; 24(4): 562- 575. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41380%20%80%90018%20%80%900070%20%80%900>.
3. National Institute of Mental Health (NIMH). Attention deficit hyperactivity disorder – 2022 [home-page on the Internet]. [cited 2014 Mar 20]. Available from: www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/index.shtml.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). 3rd Ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1980.
5. Caye A, Rocha TB, Anselmi L, Murray J, Menezes AM, Barros FC, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder trajectories from childhood to young adulthood: evidence from a birth cohort supporting a late-onset syndrome. *JAMA Psych.* 2016;73(7):705–12. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0383.
6. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: the NICE guideline on diagnosis and management. Londres: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists - 2008 [home-page on the Internet]. [cited 2023 Feb 24]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg72>.

7. Novartis Pharmaceuticals Corporation. RITALIN® Hydrochloride (Methylphenidate Hydrochloride USP Tablets), Ritalin-SR® (Methylphenidate Hydrochloride USP SustainedRelease Tablets), Rx Only: Prescribing Information. East Hanover (NJ): Novartis Pharmaceuticals Corporation, 2007.
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Prescrição e consumo de Metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC; 2012. [home-page on the Internet]. [cited 2023 Mar 07]. Available from: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33868/3418264/Boletim+de+Farmacoepidemiologia+n%C2%BA+2+d e+2012/c2ab12d5-db45-4320-9b75-57e3d4868aa0>.
9. International Narcotics Control Board (INCB). Psychothropic Substances Statistics. 2013. New York: United Nations; 2014.
10. Johnson J, Morris S, George, S. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: what the non-specialist needs to know. Br. J. Hosp. Med. 2020; 81(3):1-10. Doi: 10.12968/hmed.2019.0188.
11. Charmaz K. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [home-page on the Internet]. [cited 2023 Jan 02]. Available from: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.
13. Morin E. O método. 4nd ed. Porto Alegre: Sulinas; 2008.
14. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 18nd ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
15. Ramos MLA, Oliveira GEB, Petenucci DL. Cloridrato de Metilfenidato, uso não terapêutico e reações adversas. Rev Terra Cult: Cad Ens Pesq. 2022; 38(especial): 171-183. Available from: <http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistatesteste/article/view/2763/2525>.
16. Andrade LS, Gomes AP, Nunes AB, Rodrigues NS, Lemos O, Rigueiras PO et al. Ritalina, uma droga que ameaça a inteligência. Rev Med Saúde Brasília. 2018; 7(1):99-112. Available from: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/8810>.
17. Melo TM, Carvalho AS, Andrade LG. O uso do Metilfenidato em pacientes com TDAH. Rev Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educ. 2022; 8(4):891-900. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i4.5100>.
18. Carvalho A, Santos MFR. F. R. TDAH: da banalização ao diagnóstico. Rev Transformar. 2016; 9:184-202.

19. Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA). O que é TDAH. Rio de Janeiro; 2021. [home-page on the Internet]. [cited 2023 Fev 04]. Available from: <https://tdah.org.br/sobre-tdah/o-que-e-tdah/>.
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. BRATS. 2014; 8(23):1-18. [home-page on the Internet]. [cited 2023 Mar 07]. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1178586/brats23.pdf>.
21. Machado R. Foucault, a ciência e o saber. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2009.
22. Faria JCM. Desempenho acadêmico de estudantes com diagnóstico de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em uso de Metilfenidato – revisão sistemática [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2017.
23. Morris SM, Petibone DM, Lin Wei-Jiun, Chen JJ, Vitiello B, Witt KL, et al. A toxicidade genética do Metilfenidato: uma revisão da literatura atual. J Appl Toxicol. 2012; 32(10):756-64. Doi: 10.1002/jat.2721.
24. Oliveira VFL, Moreira DJS, Fonseca JB, Rossi K, Vasconcelos SS, Dias CAGM, et al. Metilfenidato: uma revisão. RCMultiCore. 2021; 01:05-14. Doi: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/Metilfenidato-uma-revisao.