

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
Escola de Farmácia
Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas

Lucas Araujo Guedes

**ANÁLISE DOS PSICOFÁRMACOS PRESCRITOS PARA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE
ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE ATENDIDAS PELO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL DE OURO PRETO – MG.**

Ouro Preto
Março de 2014

LUCAS ARAUJO GUEDES

**ANÁLISE DOS PSICOFÁRMACOS PRESCRITOS PARA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE
ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE ATENDIDAS PELO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL DE OURO PRETO – MG.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas (CiPharma), como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciências Farmacêuticas.

Área de concentração: Fármacos e Medicamentos. Linha de Pesquisa: Terapêutica, Vacina, Diagnóstico e Prognóstico das doenças.

Orientadora: Profa. Dra. Vanja Maria Veloso

Co-orientadora: Profa. Dra. Carla Penido Serra

**Ouro Preto
Março de 2014**

G924a

Guedes, Lucas Araujo.

Análise dos psicofármacos prescritos para crianças e adolescentes diagnosticados com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade atendidas pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil de Ouro Preto – MG [manuscrito] / Lucas Araujo Guedes. – 2014.

91f.: il.; graf.; tabs.

Orientadora: Profª Drª. Vanja Maria Veloso.

Coorientadora: Profª Drª Carla Penido Serra.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas.

Área de concentração: Fármacos e Medicamentos

1. Imipramina - Teses. 2. Medicamentos – Utilização - Teses. 3. Psicotrópicos - Teses. I. Veloso, Vanja Maria. II. Serra, Carla Penido. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU: 615.214

Catálogo: sisbin@sisbin.ufop.br




MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP
Escola de Farmácia



Sessão de defesa da 84ª dissertação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto, que conferiu o grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas a LUCAS ARAÚJO GUEDES com a defesa da dissertação intitulada: "Avaliação da utilização de Psicofármacos em crianças e adolescentes diagnosticados com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade atendidas pelo Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil de Ouro Preto - MG", avaliada e aprovada pela banca examinadora abaixo:

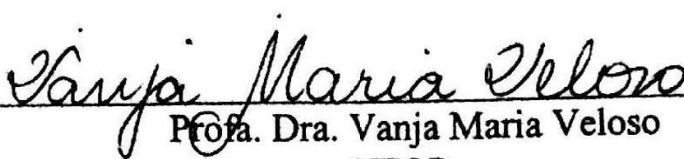
Ouro Preto, 28 de março de 2014.



Prof. Dra. Elza Conceição de Oliveira Sebastião
UFOP



Prof. Dra. Micheline Rosa Silveira
UFMG



Prof. Dra. Vanja Maria Veloso
UFOP



COLABORADORES

CAPSi – Ouro Preto

- **Christine Vianna Algarves Magalhães** – Coordenadora do CAPSi de Ouro Preto;
- **Gisele Filgueiras Larcher** – Psicóloga do CAPSi de Ouro Preto;
- **Luiz Paulo Alvarenga de Carvalho** – Enfermeiro do CAPSi de Ouro Preto;
- **Martin Vicente Vitova Junqueira** – Psiquiatra do CAPSi de Ouro Preto;
- **Paula Alves de Oliveira Brito** – Terapeuta Ocupacional do CAPSi de Ouro Preto;
- **Paula Viviane** – Técnico Administrativo do CAPSi de Ouro Preto;
- **Ricardo Moebus** – Psiquiatra do CAPSi de Ouro Preto;
- **Roberto Figueiredo Brandão** – Técnico Administrativo do CAPSi de Ouro Preto;

UFOP

- **Izabella Lima Mendes de Queiroz** – Graduanda em Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto;
- **Wendel Coura Vital** - Epidemiologista – Laboratório de Pesquisas Clínicas, Cipharma.

Aos meus pais e meu irmão que me
incentivam e inspiram.

AGRADECIMENTOS

À toda equipe do CAPSi de Ouro Preto: Gisele, Paula Brito, Luiz, Roberto, Soninha, Jozé Roberto, Valdenir, Nathalia, Amaury, Paula Fernandes, Ricardo, Martin, Luciana e Júnia, pela acolhida, simpatia e amizade. Sou muito grato por ter estado esse tempo com vocês e pela amizade sincera que conquistamos. Sempre me senti como um membro da equipe. Esse trabalho é para vocês. Contem comigo sempre!

À Christine por ter me aceitado de coração aberto e sempre incentivar a colaboração mútua ente a UFOP e o CAPSi. Foi através de você que me envolvi com a saúde mental infantil. Obrigado pelo exemplo.

À Clarice, ex-Terapeuta Ocupacional do CAPSi de Ouro Preto, por ter me incentivado à trabalhar com o TDAH e indicar os primeiros passos a serem dados.

À toda rede de saúde mental de Ouro Preto pelas oportunidades de aprendizado.

À Secretaria de Saúde de Ouro preto, por ter permitido a realização deste trabalho.

Aos usuários do CAPSi, espero que se beneficiem desse estudo, direta ou indiretamente.

Aos meus pais, Genivaldo e Bárbara, por aceitarem minhas ausências. Raízes fixadas em terras férteis geram árvores frondosas e produtivas. Seus filhos são o resultado da terra fértil em educação e amor em que foram cultivados. É por vocês que me dedico e em vocês que me espelho. Amo vocês.

Ao meu irmão, Fernando, por ser meu amigo e companheiro e compartilhar comigo todos os momentos importantes das nossas vidas.

À Camila, por todo carinho. Sem você esse período seria muito mais difícil. Obrigado por acalantar todo esse processo.

À minhas orientadoras, Vanja e Carla, por confiarem na minha capacidade de realizar este trabalho. Pelo estímulo, liberdade e segurança. Vanja, muito obrigado por ter me aceitado como aluno, mesmo sem nunca termos trabalhado juntos, e por

confiar em um projeto que surgiu do zero e com um tema novo para nós dois. Carla, obrigado por ter me apresentado à Vanja, por se esforçar para me atender em meio às atribuições de Vice-Diretora da Gloriosa Escola de FARMÁCIA, e pela dedicação em esclarecer minhas dúvidas e clarear o caminho.

Ao Wendel pela grande contribuição na análise estatística, imprescindível para a conclusão deste trabalho, e principalmente pela paciência para entender e solucionar as minhas dúvidas. Boa parte desse trabalho é seu.

A todos os professores da Escola de Farmácia e do Cipharma, que direta ou indiretamente contribuíram com esse trabalho.

Aos meus irmãos de mestrado, Ana Paula, Cristiane e Miguel, pelo compartilhamento de experiências.

À Izabella, que aceitou o desafio de me ajudar na realização desse trabalho.

Aos meus amigos de São Vicente e Ouro Preto, com vocês a caminhada é mais suave e prezerosa.

À querida república Móicana, moradores e ex-alunos, por todos os momentos inesquecíveis que passei com vocês. “A minha casa é meu reino”!

À todos que sempre estiveram ao meu lado e acreditaram em mim. Obrigado pelo apoio, confiança e incentivo, não teria conseguido sem a amizade de vocês.

“Senhoras e senhores! Vocês já o conhecem pelas manchetes dos jornais! Agora, tremam ao ver com seus próprios olhos o mais raro e trágico dos mistérios da natureza. Apresento o homem comum. Fisicamente ridículo, ele possui, por outro lado, uma visão deturpada de valores. Observem o seu repugnante senso de humanidade, a disforme consciência social e o asqueroso otimismo. É mesmo de dar náuseas, não? O mais repulsivo de tudo são suas frágeis e inúteis noções de ordem e sanidade. Se for submetido a muita pressão... ele quebra! Então, como ele faz para viver? Como esse pobre e patético espécime sobrevive ao mundo cruel e irracional de hoje? A triste resposta é... ‘não muito bem!’ Frente ao inegável fato de que a existência humana é louca, casual e sem finalidade, um em cada oito deles fica piradinho! E quem pode culpá-los? Num mundo psicótico como esse... qualquer outra reação seria loucura!!”

(Coringa de Alan Moore, A piada mortal)

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira estabeleceu a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Prevalências entre 10% e 20% de problemas mentais, são observadas na população infanto-juvenil, sendo os transtornos do desenvolvimento psicológico uma das observações mais frequentes. Dentre os transtornos de desenvolvimento, está o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) que acomete de 3 a 6% das crianças em idade escolar no Brasil. Essa situação demonstra a necessidade dos serviços de saúde pública implantarem ações que possam garantir o diagnóstico precoce, além de um tratamento coerente com as atuais propostas de atenção ao indivíduo diagnosticado com TDAH. Desta forma o presente trabalho procurou conhecer características sociodemográficas e clínicas dos usuários do CAPSi-OP e observar o perfil de prescrição de medicamentos para o tratamento do TDAH nessa unidade de saúde. Foram utilizados como fontes de dados todos os prontuários cadastrados na unidade de saúde. Após a análise dos dados, pode-se constatar que 11,74% dos usuários do CAPSi-OP tinham o diagnóstico de TDAH sendo que para 81,16% desses foram prescritos algum psicofármaco para o tratamento do transtorno. Os medicamentos mais frequente foi a imipramina, seguida pela amitriptilina e o metilfenidato. Ao se comparar o tratamento medicamentoso utilizado em Ouro Preto com a literatura, observou-se que ele não correspondeu com o preconizado. Entretanto, o custo do tratamento com o medicamento de primeira escolha pode ser duas vezes maior que o tratamento com a imipramina. Concluiu-se que o tratamento medicamentoso realizado em Ouro Preto não condiz preconizado pela literatura, mas a economia observada com a troca do medicamento de primeira escolha, pelo de terceira escolha pode ser a justificativa do serviço público para esse procedimento.

Palavras-chave: CAPSi; TDAH; Imipramina; Metilfenidato, Estudos de Utilização de Medicamentos.

Orientadora: Profa. Dra. Vanja Maria Veloso

Autor: Lucas Araujo Guedes

ABSTRACT

The Brazilian Psychiatric Reform established the creation of Centers for Psychosocial Care (CAPS). Prevalences between 10% and 20% of mental problems observed in the juvenile population, and disorders of psychological development are one of the most frequent observations. The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), which affects 3-6% of school-aged children in Brazil. This demonstrates the need for public health services deploy actions that can ensure early diagnosis, besides a treatment consistent with current proposals for patient care diagnosed with ADHD. Thus, the present study aimed to know sociodemographic and clinical characteristics of subjects registered in CAPSi-OP and observe the drug prescription profile for the treatment of ADHD in the unity of health. All registered records in the clinic were used as data sources. After analyzing the data, it can be seen that 11.74% of patients CAPSi-OP had a diagnosis of ADHD, and 81.16% of them used some psychoactive drug to treat the disorder. The most commonly prescribed medications were imipramine, followed by amitriptyline and methylphenidate. When comparing drug treatment used in Ouro Preto with the literature, we found that it did not match the recommended. However, the cost of treatment with the drug of first choice is twice higher than the treatment with imipramine. It was concluded that drug treatment held in Ouro Preto dismissive advocated in the literature, but the economy observed with the exchange of the first-choice drug for the third choice may be the justification of public service for this procedure.

Keywords: CAPSi; ADHD; Imipramine; Methylphenidate, Studies of Medication Utilization.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1: Desenho do estudo. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.....40
- Figura 2: Distribuição da população cadastrada no CAPSI-OP até Dezembro de 2012, segundo diagnóstico de TDAH e utilização de psicofármacos. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.....52
- Figura 3: Características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos com prontuários cadastrados até Dezembro de 2012 no CAPSI – OP e diagnosticados com TDAH. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.....54
- Figura 4: Relação entre idade e sexo dos indivíduos com prontuários cadastrados até Dezembro de 2012 no CAPSI – OP e diagnosticados com TDAH. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.....55
- Figura 5: Principais comorbidades observadas com o diagnóstico de TDAH nos indivíduos com prontuários cadastrados até Dezembro de 2012 no CAPSI – OP. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.....57
- Figura 6: Fluxograma do tratamento farmacológico do TDAH em crianças e em adolescentes sem comorbidades psiquiátricas (Grevet, 2008).62
- Figura 7: Fluxograma do tratamento farmacológico do TDAH em crianças e adolescentes sem comorbidades psiquiátricas, com prontuários cadastrados até Dezembro de 2012 no CAPSI – OP. O Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.....63
- Figura 8: Fluxograma do tratamento farmacológico do TDAH em crianças e em adolescentes com comorbidades psiquiátricas (Grevet, 2008).65

Figura 9: Fluxograma do tratamento farmacológico do TDAH em crianças e adolescentes com comorbidades psiquiátricas, com prontuários cadastrados até Dezembro de 2012 no CAPSI – OP. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.....66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características sociodemográficas dos indivíduos com prontuários cadastrados no CAPSi-OP até Dezembro de 2012. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.	45
Tabela 2: Características clínicas dos indivíduos com prontuários cadastrados no CAPSi-OP até Dezembro de 2012. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.	47
Tabela 3: Principais classes de diagnóstico, segundo a CID-10, dos indivíduos com prontuários cadastrados no CAPSi-OP até Dezembro de 2012. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.	49
Tabela 4: Psicofármacos utilizados pelos indivíduos com prontuários cadastrados no c CAPSi-OP até Dezembro de 2012. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.	50
Tabela 5: Relação entre sexo e a forma de encaminhamento ao serviço, dos indivíduos com prontuários cadastrados no CAPSi-OP até Dezembro de 2012. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.	51
Tabela 6: Distribuição dos psicofármacos prescritos para os usuários diagnosticados com TDAH, com prontuários cadastrados no CAPSi-OP até Dezembro de 2012. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.	56
Tabela 7: Utilização de medicamentos segundo a presença de comorbidades psiquiátricas, nos indivíduos com prontuários cadastrados até Dezembro de 2012 no CAPSi-OP. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.	61
Tabela 8: Estudos controlados no tratamento do tdah e comorbidades (1990-97). ...	67

Tabela 9: Descrição dos estudos controlados com tricíclicos.	68
Tabela 10: Esquema terapêutico e custo mensal do tratamento de indivíduos diagnosticados com TDAH, de acordo com o psicofármaco. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.	70
Tabela 11: Custo mensal do tratamento em monoterapia dos indivíduos diagnosticados com TDAH no CAPSi-OP e que utilizam psicofármacos. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AAP – *American Academy Of Pediatrics*
- ABP – Associação Brasileira De Psiquiatria
- ACV – Anticonvulsivantes
- ADT – Antidepressivos Tricíclicos
- ANVISA – Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
- APA – *American Psychiatric Association*
- APS – Antipsicóticos
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
- CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
- CAPSi-OP – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil de Ouro Preto
- CMED – Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
- CID-10 – Classificação Internacional das Doenças Volume 10
- DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
- DM – Depressão Maior
- DP – Desvio Padrão
- DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- F30 a F39 – transtornos do humor
- F31 – Transtorno do Humor Bipolar
- F32.3 – Depressão Maior
- F40 a F48 – Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes
- F41 – Transtornos de Ansiedade
- F70 a F79 – Retardo Mental
- F80 – Transtornos Específicos do Desenvolvimento da Fala
- F80 a F89 – Transtornos do Desenvolvimento Psicológico
- F91 – Transtorno de Conduta
- F91.3 – Transtorno de Oposição e Desafio
- G40 a G47 – Transtornos episódicos e paroxísticos
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IMI – Imipramina

ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
MFD – Metilfenidato
MG – Minas Gerais
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NIMH – National Institute for Mental Health
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
SNC – Sistema Nervos Central
SUS – Sistema Único de Saúde
TA – Transtornos de Ansiedade
TC – Transtorno de Conduta
TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental
TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
THB – Transtorno do Humor Bipolar
TID – Transtornos Invasivos do Desenvolvimento
TOD – Transtorno de Oposição e Desafio
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivos Específicos.....	20
3 REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1 A Reforma Psiquiátrica Brasileira	22
3.2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).....	26
3.3 Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) - um Panorama Geral	27
3.3.1 Comorbidades e Prejuízos do TDAH	30
3.3.2 Tratamento	31
3.3.2.1 Estimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC).....	35
3.3.2.2 Antidepressivos Tricíclicos (ADT)	35
3.3.2.3 Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS).....	36
3.3.2.4 Antipsicóticos.....	36
3.3.2.5 Outros Fármacos	36
4 MATERIAL E MÉTODOS	38
4.1 Desenho do Estudo e População Avaliada	39
4.2 Coleta de Dados e Caracterização dos indivíduos	39
4.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão	41
4.3 Análise Estatística dos dados	41
4.4 Aspectos Éticos	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
5.1 Caracterização da População de Estudo	44
5.2 Prontuários de Indivíduos Diagnosticados com TDAH	51
5.2.1 Prontuários de indivíduos Diagnosticados com TDAH que Utilizavam Psicofármacos.....	55
6 CONCLUSÕES	72
7 REFERÊNCIAS.....	74
8 ANEXOS	85

1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 1980 transformações na área de saúde mental tiveram uma maior visibilidade no Brasil, sendo este processo denominado Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira que, no cenário de um país em processo de democratização e de reformulação do sistema de saúde, questionava os saberes e as práticas psiquiátricas e o espaço do hospital psiquiátrico como o local do tratamento. Este movimento foi protagonizado por diferentes atores: usuários e suas famílias, trabalhadores de saúde mental, políticos, donos de hospitais psiquiátricos, artistas, entre outros, e passou a introduzir questões da esfera político-ideológica tais como cidadania, direitos e ética. Este movimento cheio de tensões, conflitos e até paradoxos trouxe várias mudanças nas políticas, na legislação e na organização da atenção em saúde mental, instituindo a necessidade de equipamentos múltiplos para atender à complexidade do sofrimento psíquico (SCANDOLARA *et al.*, 2009).

A partir dessa mobilização, ocorreu um intenso debate sobre as novas exigências políticas e éticas no contexto das transformações assistenciais da nova Política Nacional de Saúde Mental. O principal objetivo da Reforma Psiquiátrica constituiu-se em poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a “loucura”, com o “louco” e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação e da desqualificação dos sujeitos, ou, ainda, estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados (AMARANTE, 1997).

Segundo Freire (2004), a Política Nacional de Saúde Mental reforça a atenção de base territorial, em substituição à atenção hospitalar tradicional. Essa reorientação pode ser observada na diminuição do total de leitos psiquiátricos e no aumento do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no país. Pode-se observar uma tendência à inversão do modelo de assistência em saúde mental, havendo uma retração do modelo hospitalar e um avanço do modelo de atenção psicossocial (FREIRE, 2004).

Os CAPS surgiram, no Brasil, no final da década de 1980, como um análogo, ainda incipiente, dos Centros de Saúde Mental italianos, no que tange a oferecer um cuidado intensivo ao portador de sofrimento psíquico a partir de uma

lógica de inserção no território, vínculo, acolhimento e atenção diária. Os CAPS ocupam atualmente no Brasil um papel estratégico para a transformação das práticas de atenção em saúde mental (GULJOR, 2003).

Os CAPS são definidos pelo Ministério da Saúde (MS) como um serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território. Foi adotado o termo CAPS para descrever os serviços tidos como substitutivos que se tornaram estratégia de enfrentamento ao modelo assistencial tradicional (BRASIL, 2002).

A prevalência de transtornos mentais na população está em torno de 21,4%. Tais transtornos ocorrem de acordo com a seguinte distribuição: os severos e persistentes, que necessitam de atendimento contínuo, estão em torno de 3%; os graves, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, em torno de 6%; os que necessitam de atendimento contínuo ou eventual correspondem a 12%; os relacionados à epilepsia correspondem a 1,4% do total (Brasil, 2001).

Os transtornos do comportamento e transtornos emocionais são responsáveis por cerca de 40% de todos os indivíduos atendidos nos CAPSi (HOFFMANN, 2008), sendo o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) o mais prevalente deles (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000).

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (DSM-IV-TR), o TDAH caracteriza-se por três grupos de sintomas cuja predominância vai definir o subtipo da doença: combinado, predominantemente desatento ou predominantemente hiperativo/impulsivo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000). Apesar de ser um transtorno comum em crianças, vem sendo progressivamente mais identificado em adolescentes (BIEDERMAN *et al.*, 1996) e adultos (ALMOND *et al.*, 1999), significando que a doença permanece após o final da adolescência, não sendo restrita à infância.

Crianças com TDAH podem ter sérios problemas de convivência social, incluindo dificuldades escolares, problemas de relacionamento familiar e com amigos, além de baixa autoestima (ALMOND *et al.*, 1999). O problema do TDAH não se resume aos déficits trazidos pela doença, mas à associação com outros transtornos, que pode resultar em comprometimento social grave e exclusão.

O tratamento do TDAH envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas. Sabe-se que o uso de fármacos é fundamental para o tratamento do TDAH, proporcionando 68 a 80% de melhora dos sintomas, e é realizado utilizando os seguintes grupos de medicamentos: os psicoestimulantes, as dexamfetaminas, os antidepressivos tricíclicos e a atomoxetina. Os psicoestimulantes são considerados como a primeira escolha para pacientes sem comorbidades (GREENHILL *et al.*, 1999). Inicialmente, a medicação deve ser tomada sete dias/semana. Deve-se titular a dose progressivamente, até a dose com máximo efeito possível e mínimos efeitos adversos.

As terapias comportamentais têm apenas reduzido efeito nos sintomas ou desempenho da criança com TDAH, mas, ao se combinar terapia comportamental e medicação, o seu desempenho melhora e a quantidade necessária de medicação estimulante diminui (ANDRADE, 2013).

Entre os resultados com o tratamento à base de psicoestimulantes, pode-se esperar a melhora da hiperatividade, atenção, autocontrole e impulsividade, a redução de queixas, diminuição de agressões verbais e físicas. Espera-se ainda melhora na interação com professores e colegas, na produtividade acadêmica e sua acurácia. Não se espera, contudo, melhora na habilidade de leitura, habilidades de convívio social, aprendizagem ou notas acadêmicas. Isso porque 20 a 30% dos indivíduos com TDAH possuem também distúrbios de aprendizagem como dislexia, distúrbios de escrita, leitura e aritmética. A baixa inteligência está associada a piores respostas ao uso da medicação (ANDRADE, 2013).

No Brasil, o único psicoestimulante encontrado no mercado é o metilfenidato e cerca de 70% dos usuários respondem adequadamente ao tratamento e toleram bem a medicação (SPENCER *et al.*, 1996). Esse medicamento parece ser a primeira escolha nos casos de TDAH sem comorbidades e nos casos com comorbidade com transtornos disruptivos, depressivos, de ansiedade, da aprendizagem e retardo mental leve (CORREA FILHO e ROHDE, 1998).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar o perfil de utilização dos psicofármacos prescritos para crianças e adolescentes diagnosticados com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade atendidas pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil de Ouro Preto – MG

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população cadastrada no CAPSi-OP por variáveis sociodemográficas;
- Caracterizar a população cadastrada no CAPSi-OP por variáveis clínicas;
- Identificar os indivíduos diagnosticados com TDAH;
- Identificar os indivíduos diagnosticados com TDAH que utilizam algum medicamento para o tratamento desse transtorno;
- Caracterizar o perfil de prescrição de medicamentos para o tratamento do TDAH nos indivíduos atendidos pelo CAPSi-OP;
- Caracterizar o perfil de prescrição de medicamentos para o tratamento do TDAH em indivíduos com comorbidades psiquiátricas, atendidos pelo CAPSi-OP.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

O Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciado com maior intensidade a partir da década de 1980, que, em um processo de reformulação no sistema de saúde, questiona os saberes e práticas psiquiátricos e o espaço do hospital psiquiátrico como a única alternativa de tratamento para os indivíduos portadores de transtorno psíquico (SCANDOLARA *et al.*, 2009). Já na década de 90, a partir de compromissos firmados pelo Brasil com a assinatura da Declaração de Caracas passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais que regulamentavam a reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde (BERLINCK *et al.*, 2008).

Práticas isoladas, que antecederam a reforma psiquiátrica, são descritas na literatura, e podem ser exemplificadas com a postura de alguns psiquiatras que buscaram a humanização e o aperfeiçoamento da assistência psiquiátrica, num período considerado introdutório à Psiquiatria Social, em meados dos anos 1930. Entre estes psiquiatras destacou-se Ulysses Pernambucano, que fundou a primeira escola para crianças excepcionais do país. Na direção dos serviços de Assistência aos Psicopatas da Tamarineira ele acabou com os calabouços e as camisas de força. Além disso, criou uma estrutura para o tratamento dos distúrbios mentais constituída por um espaço de serviços de higiene mental, ambulatório, serviços abertos, hospital psiquiátrico, manicômio judiciário e colônia de alienados, de forma que tais instituições estivessem articuladas, e complementares umas as outras (ANDRADE, 2013).

Segundo Amarante e Yasui (2003), durante a ditadura militar o sistema de saúde era centralizado e havia muita corrupção. Tal cenário impossibilitava e impedia a reivindicação por mudanças. No final dos anos 1970, o país passava pela transição do governo Ernesto Beckmann Geisel para o de João Baptista de Oliveira Figueiredo, com o início da abertura política e da democratização, o que culminou no fim da ditadura militar e permitiu o fortalecimento dos movimentos sociais. Nesta conjuntura foi possível o início do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil que teve como marco inicial, em 1978, a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM (AMARANTE, 1995). Este órgão se configurava em quatro unidades de

administração federal, localizadas no Rio de Janeiro: 1) Centro Psiquiátrico Pedro II; 2) Colônia Juliano Moreira; 3) Hospital Pinel e 4) Manicômio Judiciário Heitor Carrilho. Uma greve deflagrada pelos profissionais do DINSAM por melhores condições de trabalho e de assistência aos pacientes deu início a uma crise no sistema hospitalocêntrico (SOUZA, 1999), e a partir daí, começou um intenso processo de discussão sobre a assistência psiquiátrica no Brasil. Assim, diversos eventos foram realizados, como fóruns e seminários, organizados pelas associações de psiquiatria e psicologia, com o intuito de discutir sobre a assistência e as instituições psiquiátricas. Um importante acontecimento desta época foi a participação nestes eventos do psiquiatra italiano Franco Basaglia, que divulgou seu trabalho na reforma hospitalar italiana (PAULIN e TURATO, 2004).

Além da supracitada crise, outras ações e propostas surgiram para reorientar a assistência à Saúde Mental. Podemos destacar nesse contexto o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), em 1987, na cidade de Bauru/SP, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, ainda em 1987, ocorrida na cidade do Rio de Janeiro. Por conta de tais eventos, o MTSM ganhou organicidade, visibilidade e consistência. Deste modo, a discussão sobre assistência psiquiátrica entrou em pauta nos debates da época, ganhando espaço entre outras questões políticas como democratização e anistia de presos políticos, por meio de diversas denúncias feitas pela imprensa (DEVERA e COSTA-ROSA, 2007).

O início concreto das mudanças na psiquiatria se deu em 1987 com o surgimento do primeiro CAPS na cidade de São Paulo e em 1989, quando a prefeitura da cidade de Santos/SP interditou o hospital psiquiátrico privado “Casa de Saúde Anchieta”, depois da descoberta de atrocidades que incluíam óbitos de pacientes. A partir deste marco, as discussões foram intensificadas e o cenário se tornou mais favorável à proposição de uma assistência extra-hospitalar (AMARANTE, 1995).

As manifestações acerca da reforma psiquiátrica culminaram no Projeto de Lei 3.657 de 1989, propondo a extinção progressiva dos manicômios e a substituição por outros recursos assistenciais. O modelo hospitalocêntrico propunha

que o isolamento era necessário para o tratamento, contudo a nova proposta deriva da ideia de que o convívio social aperfeiçoa o tratamento (BRITTO, 2004).

Em decorrência do Projeto de Lei 3.657 de 1989, vários estados aprovaram as primeiras leis que determinaram a substituição dos leitos hospitalares por uma rede integrada de atenção à Saúde Mental. Com as experiências estaduais, entraram em vigor as primeiras normas federais que regulamentavam a implantação dos serviços de atenção diária, além da fiscalização dos hospitais psiquiátricos. Contudo, não foram estabelecidas linhas de financiamento para estes serviços. Desta forma, ao final da década de 90, estavam em funcionamento no país, 208 CAPS. Apesar dessa realidade, nessa época 93% dos recursos destinados à Saúde Mental ainda eram direcionados para os hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Desde a elaboração do Projeto de Lei até a promulgação da Lei Federal 10.216 de 2001, ocorreram mudanças fundamentais no texto final da lei, devido ao jogo de interesses e às forças políticas. A principal mudança foi a supressão da frase “a extinção progressiva dos manicômios”. Dessa forma, a lei considerou a manutenção da estrutura hospitalar (BRITTO, 2004).

Com o cumprimento da nova legislação, a rede de apoio psicossocial se expandiu, atingindo regiões de tradição hospitalar e com quase inexistência de assistência comunitária em Saúde Mental. A partir de então, o processo de desinstitucionalização de pacientes internados por longo período ou grave dependência institucional foi aperfeiçoado com a criação do Programa “De Volta para Casa”, em 2003. Algumas das ações do programa consistiam no pagamento mensal de um auxílio-reabilitação psicossocial e na participação do paciente em políticas específicas de reabilitação social assistida (BRASIL, 2005).

Em Minas Gerais, desde o final dos anos 70, trabalhadores do setor psiquiátrico denunciaram à sociedade as condições subumanas em que se encontravam milhares de pessoas internadas em nossos hospitais psiquiátricos. A partir de então, significativos avanços vêm ocorrendo na Saúde Mental – tanto mais valiosos por resultarem da parceria dos gestores com um expressivo movimento de trabalhadores, de usuários e de familiares da área (MINAS GERAIS, 2006).

Um marco dos avanços assim obtidos em Minas Gerais consiste na aprovação das Leis estaduais nº 11.802, de 1995 e 12.684, de 1997, que preconizavam a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços e de cuidados pautados pelo respeito à dignidade e à liberdade dos portadores de sofrimento mental. A aprovação posterior da Lei Federal nº 10.216, em 2001, veio fortalecer e referendar a legislação estadual (MINAS GERAIS, 2006).

A Reforma Psiquiátrica não se restringiu apenas à construção de uma nova rede de serviços, mas também à verdadeira cidadania dos sujeitos portadores de transtornos mentais. Por meio das Políticas de Saúde Mental, a reforma visava à composição de serviços substitutivos à internação psiquiátrica tradicional, incluindo nesses serviços os CAPS, as residências terapêuticas, os atendimentos de urgência e emergência na Atenção Básica de Saúde, além de leitos psiquiátricos em hospitais gerais (TONINI, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde, atualmente 12% da população necessita de tratamento em Saúde Mental, seja contínuo ou eventual. Baseado nisto, a Política Nacional de Saúde Mental objetiva, principalmente, (a) reduzir os leitos psiquiátricos de baixa qualidade; (b) expandir a rede extra-hospitalar, composta por CAPS, Serviço Residencial Terapêutico e Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral; (c) incluir ações de Saúde Mental na Atenção Básica; (d) implantar o programa “De volta para casa”; (e) implementar uma política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas; (f) manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica; (g) promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado; (h) garantir tratamento digno e de qualidade ao “louco” infrator (superar o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário); (i) avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria (BRASIL, 2013).

Atualmente, a rede extra-hospitalar de Saúde Mental conta com ações de Saúde Mental na Atenção Básica, CAPS, serviços residenciais terapêuticos, leitos em hospitais gerais, ambulatoriais e o programa “De Volta para Casa”. Sendo que o

CAPS é o responsável por organizar a rede atuando como porta de entrada (BRASIL, 2014).

3.2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os CAPS são divididos em dispositivos assistenciais, segundo critérios populacionais e demandas dos municípios. Podem ser de tipo I (CAPS I), para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, II (CAPS II), em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, III (CAPS III), em municípios com população acima de 200.000 habitantes, Álcool e Drogas (CAPSad) e Infanto-juvenil (CAPSi). Quanto maior a população, maior a variedade de serviços que podem ser integrados ao sistema de saúde local, no entanto, a realidade de cada município deve ser considerada (BRASIL, 2002).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2012) a população brasileira entre 0 e 20 anos corresponde a 33,0% do total de habitantes. Dessa forma, ao contrário do esperado, o conjunto de CAPS para a população brasileira é centrado basicamente no tratamento do adulto, representando 75% desses equipamentos. Os CAPSad correspondem à 16% e os CAPSi são 9% do total (BRASIL, 2012).

Os CAPSi são formalmente definidos pela Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992 do Ministério da Saúde como unidades locais/regionalizadas, que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional, podendo atuar como porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à Saúde Mental. A portaria citada define também as características de cada modalidade em termos de capacidade operacional, funções, horários de funcionamento, atividades e recursos humanos (BRASIL, 2004).

Em todas as estratégias expressas em portarias, boletins nacionais e nos planos municipais de saúde sobre as funções do CAPSi, uma das metas é estabelecer uma rede de serviços e cuidados aos indivíduos com transtorno mental suficientemente criativa, permitindo que em cada espaço ofereça mais de uma

possibilidade de inclusão da família, de reinserção social, de acolhimento, cuidado e sociabilidade ao sujeito em sofrimento psíquico, bem como o tratamento farmacológico adequado (TONINI, 2005).

O reduzido número de publicações científicas no Brasil, não possibilita traçar um perfil da prevalência de problemas de Saúde Mental na infância e adolescência e a utilização dos serviços de saúde por esta população, e por isso não se tem dados concretos para o planejamento das ações (BORDIN e PAULA, 2007). Estudos internacionais têm registrado prevalências entre 10% e 20%, de um ou mais problemas mentais na população infanto-juvenil, sendo mais frequentes os transtornos do desenvolvimento psicológico, transtornos emocionais e de comportamento (OMS, 2001).

3.3 Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) - um Panorama Geral

O médico e escritor alemão Heinrich Hoffmann, em 1845, registrou uma das primeiras descrições sobre problemas relacionados ao comportamento desatento e hiperativo em crianças. No livro de sua autoria, *Der Struwwelpete*, que teria como tradução literal “Pedro, o desleixado” e que foi publicado no Brasil pela Editora Laemmert com o título de “João Felpudo”, são relatadas dez histórias envolvendo comportamento desatento e hiperativo em crianças, como a do “Fidgety Philip” traduzido para “A história de Felipe, o inquieto” e do “John-Head-in-Air” com a tradução “A história de João, o cabeça-de-vento” (HOFFMAN, 2013). O livro foi escrito baseado no comportamento de seu filho de três anos, Carl Philipp, que supostamente teria comportamento hiperativo (THOME e JACOBS, 2004).

Posteriormente, na década de 1930, o comportamento hiperativo observado em algumas crianças foi denominado de “disfunção cerebral mínima”, tornando-se a primeira doença psiquiátrica diagnosticada em crianças e com um tratamento medicamentoso específico (ROHDE *et al.*, 2005).

No início do século XX, o médico inglês, George Still fez a primeira menção científica a crianças com comportamento compatível com TDAH. Embora o

autor atribuísse os sintomas a um “defeito do controle moral”, ele já especulava alguma associação dos comportamentos a possíveis fatores biológicos. Por volta de 1930, Charles Bradley, também médico inglês, passou a estudar crianças com problemas neurológicos ou de comportamento. Em seus experimentos, fazia punções lombares nas crianças, e posteriormente administrava benzedrina (anfetamina racêmica) para reduzir a cefaleia pós-punção. Como resultado, constatou que o fármaco não reduzia a cefaleia, mas surpreendentemente os professores passaram a relatar melhora no desempenho escolar e no comportamento das crianças tratadas (DOYLE, 2004). Vale ressaltar que ambos os estudos não foram submetidos à nenhuma avaliação ética.

Estima-se que a prevalência mundial do TDAH entre crianças e adolescentes em idade escolar seja de 5,5 a 8,5% havendo uma importante variabilidade entre continentes, atribuída a questões metodológicas nos estudos, sendo 6,9% a média entre os diversos estudos (POLANCZYK *et al.*, 2007). Verificase uma maior prevalência no sexo masculino (6,2%) do que no feminino (2,4%) (MENTAL HEALTH IN THE UNITED STATES, 2005).

Uma das primeiras informações epidemiológicas em Saúde Mental infantil no Brasil surgiu em 1982, indicando uma prevalência de 23,5% para algum tipo de transtorno em crianças de cinco a 14 anos residentes em Salvador, Bahia (HOFFMANN *et al.*, 2008). Outra pesquisa de base populacional com estudantes entre sete e 14 anos constatou uma prevalência de 12,7% de transtornos mentais no Município de Taubaté, São Paulo (VITOLLO *et al.*, 2005). A taxa de prevalência para um ou mais transtornos psiquiátricos nesta mesma faixa etária variou de sete a 12,7%, conforme estudo realizado em Ilha de Maré, Bahia (GOODMAN *et al.*, 2005).

Segundo Gabriel *et al.* (2006) no Brasil, o TDAH acomete 3 a 6% das crianças em idade escolar. Estudo realizado com adolescentes brasileiros de 12 a 14 anos de idade demonstrou uma prevalência de 5,8% (IC 98%: 3,2-10,6%) (ROHDE *et al.*, 2005). Em uma pesquisa realizada com 708 crianças e adolescentes de ambos os sexos, com idades variando de seis a 17 anos, provenientes de escolas privadas e públicas do Rio de Janeiro, todos já previamente diagnosticados com TDAH, observou-se que 70,6% deles eram do sexo masculino (GABRIEL *et al.*,

2006). Vale ressaltar que, com o aumento da idade, a prevalência do TDAH tende a tornar-se igual, entre os dois sexos (COELHO *et al.*, 2010).

O custo com a doença, em crianças e adolescentes, aos cofres americanos no ano 2000 foi de aproximadamente U\$ 16,3 bilhões de dólares, sendo que 10% deste valor estava relacionado ao tratamento propriamente dito e cerca de 75% ao custo pago para tratar outras condições médicas relacionadas ao TDAH. Considerando o custo total do tratamento para crianças, adolescentes e adultos, os valores ultrapassam os U\$ 30 bilhões de dólares ao ano (BIRNBAUM *et al.*, 2005).

Alguns indivíduos podem apresentar, como consequência do TDAH não tratado, dificuldades educacionais e colocações no mercado de trabalho inferiores às capacidades reais desses indivíduos. Em uma coorte de aproximadamente 16 anos, Mannuzza *et al.* (1993) constataram que cerca de 25% dos indivíduos com TDAH nunca completaram a escola secundária, enquanto o mesmo fato ocorria com cerca de 2% dos sujeitos que faziam parte do grupo controle. Nessa amostra, sujeitos com TDAH alcançaram baixas posições ocupacionais e menor número de posições profissionais como, por exemplo, advogados, cientistas, contadores e corretores, quando comparados aos controles.

Ao longo desses anos, o TDAH tomou importância não somente pelo que representa para a saúde pública ou para a economia de vários países, mas também pelo prejuízo pessoal e sofrimento que muitos dos indivíduos diagnosticados com o TDAH enfrentam. Identificar e tratar esse transtorno de forma adequada e precisa são algumas das metas dos profissionais e dos serviços públicos da área da Saúde Mental (HOFFMANN *et al.*, 2008).

A abordagem utilizada para o diagnóstico do TDAH é fenomenológica, ou seja, o avaliador necessita analisar informações fornecidas por várias fontes, como pais e/ou cuidadores, professores e outras pessoas do convívio do indivíduo e se baseia nos critérios clínicos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Academia Americana (DSM-IV) (APA, 2000) ou na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças CID-10 (WHO, 1992).

O TDAH é um transtorno do desenvolvimento, de forte influência neurobiológica, mais comum na infância, e sendo caracterizado por um padrão

persistente de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade, que se manifestam em, no mínimo, dois ambientes como na casa e na escola (SMOOT *et al.*, 2007).

Os sintomas de desatenção devem ser frequentes, e caracterizam-se por: dificuldade em prestar atenção a detalhes ou cometer erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras; dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra; não seguir instruções e não terminar seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais; ter dificuldade em organizar tarefas e atividades; evitar ou relutar em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante; perder coisas necessárias para tarefas e/ou atividades; facilmente se distrair com estímulos alheios à tarefa, e apresentar esquecimentos em atividades diárias. A hiperatividade caracteriza-se por apresentar frequentemente os sintomas: agitar as mãos e os pés ou se remexer na cadeira; abandonar sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que o indivíduo permaneça sentado; correr ou escalar em demasia em situações nas quais isto não é apropriado; ter dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer; estar “a mil”, ou muitas vezes agir como se estivesse “a todo vapor”; falar em demasia. Por último, os sintomas de impulsividade que podem estar frequentemente presentes são: dar respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas; ter dificuldades em aguardar sua vez; interromper ou se intrometer nas conversas ou assuntos de outras pessoas (APA, 1994).

3.3.1 Comorbidades e Prejuízos do TDAH

A presença de outros transtornos psiquiátricos sempre deve ser investigada, e o objetivo, além de detectar alguma comorbidade, é verificar se as queixas de TDAH seriam mais bem explicadas por outras doenças e/ou se alguns sintomas incapacitantes teriam origens no TDAH (PLISZKA, 2007). As comorbidades mais frequentes na infância e adolescência são o Transtorno de Conduta (TC) (8 - 21%), Transtorno de Oposição e Desafio (TOD) (35 - 66%), Depressão Maior (DM)

(15 - 29%), Transtorno do Humor Bipolar (THB) (11%), Transtornos de Ansiedade (TA) (28 - 33%) e Enurese (25 - 32%) (BIEDERMAN, 2004).

Adultos e adolescentes com TDAH podem se envolver com mais frequência em acidentes e violações de trânsito quando comparados aos grupos controle, sem a patologia. Adolescentes e adultos jovens com o transtorno tendem a dirigir em alta velocidade e após a ingestão de álcool, e estão mais propensos a multas e acidentes de trânsito (THOMPSON *et al.*, 2007).

Indivíduos com diagnóstico de TDAH podem apresentar risco maior de desenvolver lesões e de cometerem tentativas de suicídio. Crianças com TDAH se acidentam duas vezes mais e tendem a apresentar lesões mais severas do que crianças do grupo controle sem a patologia e estão mais propensas a desenvolver limitações físicas como consequência de acidentes (DISCALA *et al.*, 1998). Lam (2005) após análise de dados do Departamento de Saúde da Austrália demonstrou que jovens admitidos em serviços de emergência com ferimentos auto-infligidos e tentativas de suicídio apresentaram uma chance de três a seis vezes maior de serem diagnosticados com TDAH se comparados a outras causas de danos.

O curso da doença ainda requer mais esclarecimentos. Alguns indivíduos podem manifestar sintomas do TDAH até a idade adulta e em outros se observa a remissão do quadro clínico ainda na adolescência (ROHDE *et al.*, 2005). Biederman *et al.* (1996) acompanharam um grupo de jovens com idades entre seis e 17 anos, por quatro anos, com o objetivo de avaliar preditores de persistência e remissão do TDAH. Nesse estudo foi demonstrado que 85% dos indivíduos permaneceram com o transtorno após a idade adulta. Essa permanência do TDAH foi associada com história familiar de TDAH, adversidades psicossociais e comorbidades como transtornos de conduta, transtornos de humor e transtornos de ansiedade.

3.3.2 Tratamento

O TDAH é um transtorno complexo que afeta cada área do desempenho (STUBBE, 2008). Por isso, seu tratamento envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas (ROHDE *et al.*, 2000;

ROHDE e KETZER, 1997). Compreende-se, então, a importância da orientação da família, da escola; de intervenções psicoterápicas e pedagógicas, ações concomitantes ao uso de medicamentos (ARAÚJO, 2002). Por se tratar de um transtorno neurológico, a literatura aponta para o apoio psicofarmacológico como o mais eficaz, porque ajuda a controlar a hiperatividade e os transtornos da atenção (CONDEMARÍN *et al.*,2006).

Embora o TDAH, atualmente, não tenha cura (CONDEMARÍN *et al.*,2006; BROWN, 2007), existem tratamentos medicamentosos que têm demonstrado segurança e eficiência no alívio dos sintomas em 80% a 90% das crianças, adolescentes e adultos portadores do transtorno (BROWN, 2007). Atualmente, os psicoestimulantes são os medicamentos de primeira escolha para o tratamento (CONDEMARÍN *et al.*,2006).

O uso de estimulantes aparece como marco histórico na psicofarmacologia principalmente infantil (ROHDE *et al.*, 2005). Charles Bradley, em 1937, foi o primeiro a descrever os efeitos terapêuticos de estimulantes, como o Bazedrina, em crianças com alterações no comportamento (WEISS, 1995; ROHDE *et al.*, 2005) que, após o uso do medicamento, apresentaram notável melhora no desempenho escolar e comportamento. Com essa descoberta, os estimulantes tornaram-se os psicofármacos mais usados para o transtorno e também mais estudados na infância (ROHDE *et al.*, 2005). A ação desses medicamentos se dá por meio do mecanismo de liberação da dopamina e da norepinefrina, aumentando sua concentração no espaço sináptico e bloqueando a receptação desses neurotransmissores, diminuindo, assim, as consequências negativas emocionais, acadêmicas e sociais dos diagnosticados com o transtorno (ARAÚJO, 2002).

São três os estimulantes que, comprovadamente, têm resultados terapêuticos positivos para o TDAH e que estão em uso, atualmente: Metilfenidato, Dextroanfetamina e Pemolina (WEISS, 1995). No mercado brasileiro, o único estimulante encontrado é o Metilfenidato. Como é curta a meia-vida do Metilfenidato, geralmente utiliza-se o esquema de duas doses por dia, uma de manhã e outra ao meio-dia (ROHDE *et al.*, 2000, 2005). Além dos estimulantes, vários antidepressivos têm sido usados como segunda opção para o tratamento do TDAH, como é o caso da Atomoxetina (STUBBE, 2008).

Os tratamentos psicoterápicos não são considerados de primeira linha para o TDAH. Porém o melhor tratamento envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas (ROHDE *et al.*, 2000; ROHDE e KETZER, 1997). As intervenções psicossociais e psicoeducacionais têm importância fundamental no sentido de fazer conhecer ao indivíduo a sua condição, reconhecer os sintomas, interpretar os danos causados pelos mesmos, ajudar na melhora do empenho cognitivo e comportamental em diversas situações e contextos mais prejudicados pelos sintomas (CORDIOLI, 2008; GREVET *et al.*, 2003).

Após a avaliação diagnóstica, é importante a elaboração de um plano de tratamento que deve considerar os sintomas e seus prejuízos. Além disso, devem ser consideradas as comorbidades concomitantes ao transtorno, a motivação do indivíduo e a disponibilidade e empenho familiar, pois muitos pais têm dificuldades em se envolver no tratamento (CORDIOLI, 2008; JOU, 2010).

A literatura indica que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é que propicia maior eficácia no tratamento dos sintomas centrais do TDAH (ROHDE e HALPERN, 2004). Porém, ressalva Cordioli (2008), mesmo que se trabalhe com um modelo de TCC estruturado e focado no problema, a flexibilidade é fundamental, pois o modelo psicoterápico deve ser ajustado segundo a realidade do indivíduo e de sua família. Em caso de famílias disfuncionais, por exemplo, como aponta o mesmo autor, convém iniciar o tratamento por uma abordagem sistêmica.

Em relação aos psicofármacos, diversas classes de medicações são utilizadas em adultos e crianças (SPENCER *et al.*, 2002). Entre elas encontramos os antidepressivos, como a desipramina (WILENS *et al.*, 1996) e a bupropiona (WILENS *et al.*, 2001), e a atomoxetina, um inibidor seletivo de recaptção da noradrenalina (MICHELSON *et al.*, 2003). Os estimulantes, incluindo o metilfenidato e os sais de anfetamina, são utilizados para o transtorno há mais de 70 anos (SPENCER *et al.*, 2001). O metilfenidato é o estimulante mais estudado em crianças, adolescentes e adultos (JENSEN, 2001). Sua eficácia em crianças e adolescentes está bem estabelecida por extensa literatura em meta-análises de Ensaio Clínicos Randomizados de curta duração e acompanhamentos por vários anos (MTA COOPERATIVE GROUP, 1999; SCHACHTER *et al.*, 2001). O metilfenidato e outros estimulantes são recomendados como agentes de primeira linha em muitas

diretrizes e algoritmos no tratamento do TDAH (GREENHILL *et al.*, 2002; TAYLOR *et al.*, 2004; PLISZKA, 2007).

O metilfenidato, em suas formas de liberação imediata ou de longa ação, também é o medicamento mais bem estudado em Ensaios Clínicos Randomizados em adultos com TDAH, com três décadas de pesquisas (WOOD *et al.*, 1976, MATTES *et al.*, 1984; WENDER *et al.*, 1981; GUALTIERI *et al.*, 1984; SPENCER *et al.*, 1995, 2005; KUPERMAN *et al.*, 2001; SCHUBINER *et al.*, 2002; BIEDERMAN *et al.*, 2006).

Cerca de 70% das crianças e adolescentes toleram e respondem adequadamente ao metilfenidato (GREENHILL *et al.*, 1999; BIEDERMAN *et al.*, 2004). Em adultos, estudos iniciais reportaram resposta inferior da medicação em relação ao TDAH infantil (MATTES *et al.*, 1984; WENDER *et al.*, 1981). No entanto, uma meta-análise destes estudos (FARAONE *et al.*, 2004) encontrou como razão para esta diferença o uso de baixas dosagens. Quando doses equivalentes às da literatura infantil foram utilizadas, a resposta terapêutica foi tão robusta quanto a encontrada em crianças e adolescentes (SPENCER *et al.*, 1996, 2005), com um tamanho de efeito calculado em 0,9 (FARAONE *et al.*, 2004). Apesar da disponibilidade de terapêuticas eficazes para o TDAH em adultos, estudo americano demonstrou que apenas 10,9% dos indivíduos com o transtorno receberam tratamento no ano anterior (KESSLER *et al.*, 2006).

Mesmo com a eficácia do metilfenidato estabelecida no tratamento do TDAH, existe uma ampla variabilidade da resposta clínica entre os indivíduos (SWANSON *et al.*, 2007), com alguns indivíduos apresentando melhora parcial, ausência de resposta ou toxicidade. A compreensão das fontes de tal variabilidade apresenta grande potencial para a individualização das dosagens ou utilização de alternativas medicamentosas. Aparentemente, nenhum estudo publicado até os dias atuais foi capaz de encontrar preditores que pudessem classificar as respostas ao metilfenidato satisfatoriamente. Por isso, tais possíveis preditores permanecem relativamente pouco aplicáveis no sentido de selecionar indivíduos para o uso ou não do medicamento (ZEINER *et al.*, 1999). De qualquer maneira, Owens *et al.* (2003) sugerem ser de grande utilidade encontrar fatores de natureza clínica, sócio-

demográfica ou biológica que possam melhorar as chances de encontrar, em cada caso, a melhor alternativa terapêutica.

3.3.2.1 Estimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC)

No tratamento farmacológico do TDAH, a literatura apresenta os estimulantes do SNC como as medicações de primeira escolha (GREENHILL *et al.*, 1999). A maioria dos estudos com estimulantes foram conduzidos em crianças com idade escolar e apontou uma resposta moderada ou ótima em 70% dos casos. Essa melhora significa que 30% ou mais dos sintomas diminuíram de intensidade ou desapareceram. O metilfenidato (MFD) apareceu em 67 estudos, seguido por oito estudos com d-anfetamina e quatro estudos com a pemolina (GREVET e ROHDE, 2008).

No Brasil, o único estimulante disponível para o tratamento do TDAH no mercado é o MFD. Recentemente formulações contendo metilfenidato de liberação prolongada foram lançadas no mercado mundial e brasileiro, e estudos têm demonstrado que são eficazes no tratamento de crianças com esse transtorno (SWANSON *et al.*, 2004).

3.3.2.2 Antidepressivos Tricíclicos (ADT)

Os medicamentos considerados de segunda escolha para o tratamento do TDAH são os ADT. Dentre eles, o mais utilizado é a imipramina (IMI), aparecendo em três estudos, todos com boa resposta em relação à medicação, causando melhora em 50% ou mais dos sintomas (ROHDE *et al.*, 2005). A nortriptilina, outro ADT, vem sendo usada de forma mais extensiva e criteriosa na atualidade. Em um estudo controlado, Prince *et al.* (2000) demonstraram que a nortriptilina é efetiva e segura em crianças e adolescentes, ocorrendo melhora significativa nos sintomas de TDAH nos indivíduos estudados.

3.3.2.3 Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS)

Após a publicação da RDC nº 36 de 2011, que instituiu ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, a atomoxetina teve sua venda liberada no Brasil. Esse medicamento é um potente ISRS e foi estudada em crianças e adolescentes com TDAH em estudos abertos e controlados (MICHELSON *et al.*, 2002). Em todos os estudos foi marcadamente superior ao placebo na redução dos sintomas do TDAH e mostrou-se segura e bem tolerada, tendo a descontinuação de seu uso em apenas 5% dos casos (SPENCER *et al.*, 2002).

A bupropiona também vem sendo estudada para o tratamento do TDAH e os dados têm demonstrado a eficácia superior da bupropiona em relação ao placebo (CONNERS *et al.*, 1996). Os resultados da ação desse fármaco sobre sintomas de hiperatividade foram os que se mostraram melhores, sendo comparáveis com aqueles obtidos em ensaios com estimulantes (BARRICKMAN *et al.*, 1995).

3.3.2.4 Antipsicóticos

A grande maioria dos estudos que comparam os antipsicóticos aos estimulantes, no tratamento do TDAH, foi descrita há certa de 20 anos, sendo que a maioria aponta para uma vantagem clínica dos estimulantes (AMAN *et al.*, 2003).

Nos últimos anos, alguns estudos tem sugerido a eficácia da risperidona no tratamento dos sintomas relacionados ao TDAH em indivíduos com retardo mental, especialmente aqueles com níveis moderados de retardo (GREVET e ROHDE, 2008).

3.3.2.5 Outros Fármacos

A clonidina e a guanfacina, fármacos agonistas α_2 -adrenérgicas, vem sendo utilizadas em alguns ensaios controlados em indivíduos que não respondem

adequadamente ao metilfenidato (COELHO *et al.*, 2010). Outros fármacos como a mianserina, benzodiazepínicos, agonistas dopaminérgicos, propranolol, carbonato de lítio, fenfluramina e cafeína não se mostraram eficazes no tratamento do TDAH bem como nas suas comorbidades (CORREIA FILHO, 1998).

Embora o tratamento psicoterápico seja importante para o TDAH, muitas abordagens teóricas da Psicologia concentram-se em tecer críticas e questionar o diagnóstico. Segundo Mattos (2014), tais críticas não levam em consideração as bases neurológicas e genéticas do TDAH, carecem de comprovação científica e baseiam-se numa suposta ameaça que as Neurociências opõem aos modelos das Ciências Sociais. Tal postura contribuiu para a difusão de uma ideia errônea de que o psicólogo não está apto para tratar terapêuticamente os transtornos neurobiológicos. O mesmo autor considera que tanto o determinismo biológico quanto a Engenharia Social não podem pautar os profissionais de saúde.

Nesse trabalho, buscou-se compreender o perfil epidemiológico dos usuários do CAPSi-OP, assim como os diagnósticos segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a utilização de medicamentos. A partir destes dados foi obtida a população diagnosticada com TDAH e que utilizem algum medicamento.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo e População Avaliada

Foi realizado um estudo transversal que utilizou dados secundários provenientes dos prontuários de acompanhamento multiprofissional, cadastrados entre Agosto de 2008 à Dezembro de 2012 no CAPSi – OP/MG.

Foram avaliados os dados dos prontuários que se adequavam aos critérios de inclusão e exclusão desse estudo.

O município de Ouro Preto possui uma área territorial de 1245 Km² e uma população estimada em 70.281 habitantes, dos quais 60% residem na área urbana. Do total de habitantes, estima-se que 15.370 possuem entre seis e 18 anos de idade. O município possui 20.335 domicílios, distribuídos na região urbana e em 12 distritos (IBGE, 2012). Em Ouro Preto existem os seguintes serviços de Saúde Mental: CAPS I, CAPS–AD, e CAPSi. É um dos poucos municípios brasileiros com aproximadamente 70 mil habitantes que tem em sua estrutura de saúde três tipos de serviços dos CAPS, já que o CAPSi é recomendado para cidades com mais de 150.000 habitantes (BRASIL, 2012). Explica-se este fato ao CAPSi-OP representar uma microrregional, que abrange as cidades de Itabirito, Mariana e Ouro Preto.

O CAPSi – OP possui atualmente 16 funcionários, assim distribuídos: dois psiquiatras, um enfermeiro, dois monitores de oficinas, dois psicólogos, uma pedagoga, uma fonoaudióloga, uma terapeuta ocupacional, um assistente social, quatro agentes administrativos e uma coordenadora. No arquivo do CAPSi – OP estão cadastrados cerca de 1300 prontuários. Para a realização deste trabalho contou-se com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto – MG (ANEXO A) e com a anuência da coordenadora do CAPSi-OP (ANEXO B).

4.2 Coleta de Dados e Caracterização dos indivíduos

Os dados obtidos dos prontuários foram categorizados como a seguir:

- i. Variáveis Sociodemográficas: sexo e idade (dia do acolhimento).

ii. Variáveis Clínicas e forma de encaminhamento: tempo de permanência no serviço do CAPSi-OP, medicamentos prescritos, diagnósticos segundo a CID-10, número de vezes que realizou alguma consulta no CAPSi-OP, profissionais responsáveis pelo acompanhamento, forma de encaminhamento para o CAPSi-OP, situação atual na unidade de saúde.

Após a análise das variáveis sociodemográficas e clínicas encontradas nos prontuários, etapa na qual foi realizada a caracterização da população cadastrada no CAPSi-OP, os indivíduos cadastrados no CAPSi-OP foram estratificados em três subgrupos (Figura 1): Grupo 1) indivíduos diagnosticados com TDAH e que não utilizam medicamentos; 2) indivíduos diagnosticados com TDAH que utilizam algum medicamento para o tratamento desse transtorno; e 3) indivíduos sem o diagnóstico de TDAH.

Os prontuários dos indivíduos que foram classificados como “Grupo 2”, foram analisados sob o ponto de vista do perfil de utilização dos medicamentos para o TDAH. O esquema de tratamento medicamentoso utilizado em Ouro Preto para os indivíduos diagnosticados com TDAH foi comparado aos principais tratamentos descritos na literatura e com o fluxograma de tratamento farmacológico descrito proposto por Grevet e Rohde, (2008), tanto para o diagnóstico de TDAH isoladamente quanto para o TDAH associado à comorbidades psiquiátricas.

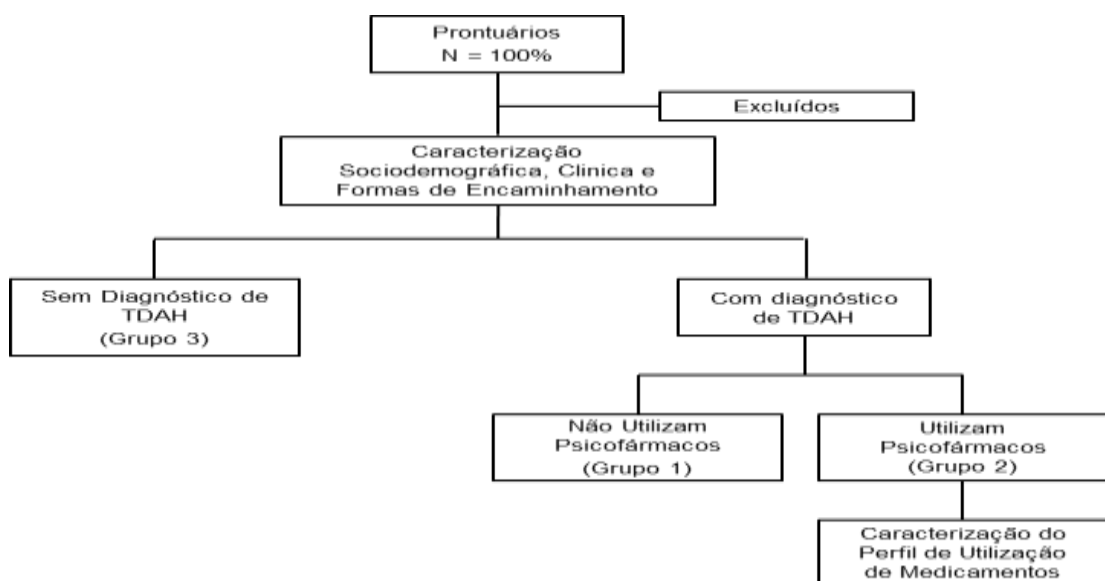


Figura 1: Desenho do estudo. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.

4.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos no estudo todos os prontuários de indivíduos atendidos no CAPSi-OP, com prontuários cadastrados até o dia 31 de Dezembro de 2013. Excluindo-se aqueles que possuíam preenchimento incompreensível ou incompleto dos dados.

4.3 Análise Estatística dos dados

As informações coletadas nos prontuários foram digitadas e codificadas no banco de dados utilizando o software Excel (*Microsoft Office* 2010). Para verificar se não houve incoerência na coleta de dados, foi realizada uma conferência, por amostragem, em 10% dos formulários. Após a conferência foi realizada uma análise inicial, por meio das medidas resumo e de posição: média, mediana, desvio padrão e quartis. O teste de *Kolmogorov-Smirnoff* foi empregado para avaliar a distribuição dos dados numéricos e posteriormente o teste t de *Student* ou o *Mann-Whitney* foram utilizados. Para os dados categóricos foi utilizado o teste de Qui-quadrado. Em todos os casos foram consideradas significativas as diferenças com valores de $p < 0,05$. Para a análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico STATA versão 10.0 (STATA CORP, 2007) e IBM SPSS Statistics 20.

4.4 Aspectos Éticos

Os dados foram coletados no período de setembro a dezembro de 2012, em local privativo na unidade do CAPSi – OP, objetivando manter o sigilo dos dados. Foram avaliadas informações dos indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto, parecer CAEE: 04326012.1.0000.5150. Além disso, Nas publicações que poderão ser geradas a

partir desse estudo, nenhum dado que possa identificar os indivíduos será divulgado (ANEXO C).

Todos os envolvidos nesse projeto estão cientes do conteúdo da Carta Circular nº. 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS e os termos da Resolução 196 de 09/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde, e estão comprometidos em manter o sigilo e a confidencialidade (ANEXO D).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização da População de Estudo

Foram coletadas informações de 1313 prontuários, sendo apenas um excluído por apresentar preenchimento incompleto, totalizando 1312. Durante a conferência por amostragem dos dados digitados, não foram encontradas discordâncias. A Tabela 1 demonstra os resultados de dados sociodemográficos encontrados na população do CAPSi-OP.

Foi observado que dentre os 1312 indivíduos, 64,63% eram sexo masculino, idade média de 10,06 anos (DP = 4,40 anos) com uma variação de 0 à 33,1 anos, sendo que 50% dos indivíduos tinham no máximo 10 anos. Estes resultados foram semelhantes aos observados por Hoffmann *et al.* (2008). Esses autores realizaram um estudo transversal em sete CAPSi, onde foi observado uma prevalência de 62,8% de meninos com idade média de 11,1 anos (DP = 3,9 anos; variação de <1 a 54 anos).

Ao categorizar a idade, foi observado que 99,7% dos indivíduos atendidos no CAPSi-OP tinham menos de 19 anos, destes, 12,73% eram crianças com idade inferior a quatro anos. A maioria dos usuários (37,12%) tinha entre cinco e nove anos e 34,6% possuíam de 10 e 14 anos (Tabela 1). Resultados semelhante foram encontrados por Reis *et al.* (2012) em um estudo realizado em 19 CAPSi no estado de São Paulo, onde as frequências de idade da maior parte da população estudada estava entre 0 e 14 anos. Porém, neste mesmo estudo foi observado que a faixa de idade com maior representatividade era a de 10 a 14 anos, com 40,02% do total de indivíduos, o que difere do encontrado no CAPSi-OP.

Segundo a OMS (1975), adolescente é a pessoa que possui entre 10 e 19 anos, sendo a primeira adolescência a etapa que vai de 10 a 14 anos e a adolescência propriamente dita a faixa etária entre 15 e 19 anos. Como observado na Tabela 1, os adolescentes que possuem idade entre 10 e 14 anos representam uma grande parcela (34,6%) do total de indivíduos atendidos no CAPSi. O que contradiz o estudo de Ferrari *et al.* (2006) que afirmou que adolescentes não procuram os serviços de saúde.

Desde a criação do CAPSi-OP, esse serviço foi procurado por apenas quatro

indivíduos com idade superior a 18 anos. Nenhum desses indivíduos teve seu acolhimento negado. Um deles já era atendido pelo médico que foi designado para realizar atendimentos no CAPSi, desse modo o tratamento foi continuado até que fosse possível a transferência para outro serviço de referência. Outro realizou apenas uma consulta com o psicopedagogo e abandonou o tratamento, os outros dois foram acolhidos e receberam a indicação para procurarem o CAPS correspondente à sua faixa etária.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos indivíduos com prontuários cadastrados no CAPSi – OP até Dezembro de 2012. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	848	64,64
Feminino	464	35,36
Idade em Categorias		
0 a 4	167	12,73
5 a 9 anos	487	37,12
10 a 14	454	34,60
15 a 19	200	15,24
Maior que 19	4	0,30

A Tabela 2 apresenta os resultados de dados clínicos e das formas de encaminhamento para o CAPSi-OP.

A principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) para qualquer problema de saúde é a Atenção Básica representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os CAPS são as referências da rede pública para os problemas de saúde mental. Entretanto, além dos encaminhamentos das UBS, os casos podem chegar ao CAPSi espontaneamente, encaminhados por outros serviços como Unidades de Pronto Atendimento (UPA), hospitais e ambulatórios, ou através da rede intersetorial e ampliada, compreendendo as escolas, os conselhos tutelares e outros recursos da comunidades, como abrigos, igrejas (Reis *et al.*, 2012)

A forma de entrada do indivíduo no serviço de atendimento do CAPSi-OP se dá de várias maneiras (Tabela 2). A mais comum foi o encaminhamento familiar (30,64%), onde a família procura o serviço espontaneamente. A rede de saúde mental infanto-juvenil de Ouro Preto está bem articulada com a rede educacional, dessa forma, quando a escola percebe que existe algum aluno que necessita de

atenção especial, a mesma o encaminha para o CAPSi-OP. Tal articulação pode ser observada com uma frequência de 25,08% dos indivíduos que chegaram ao serviço encaminhados diretamente pela escola. Resultados estes bem diferentes dos observados por Reis *et al.* (2012), que observou o encaminhamento espontâneo em apenas 6,3% dos indivíduos, já o encaminhamento escolar representou 9,5% dos casos.

O encaminhamento médico está diretamente relacionado às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e aos serviços particulares. Entretanto não foi possível, através da análise dos prontuários, saber qual das duas formas foi a mais frequente. Soubese apenas que 20,27% de todos os usuários foram encaminhados pelo médico, tanto de UBS como de serviços particulares. Em 19 CAPSi do estado de São Paulo o encaminhamento médico foi responsável por 32,70% dos casos (REIS, *et al.*, 2012). Nesse mesmo estudo, o encaminhamento médico foi subdividido, ficando o encaminhamento por clínicas particulares responsáveis por 4,8% do total de encaminhamentos e os serviços públicos de saúde com 27,90% dos casos.

O encaminhamento judicial, que para este estudo foi considerado como os serviços de Conselho Tutelar, Ministério Público, Assistência Social Judicial, Juizado Criminal e Justiça Comum, representou 12,73% dos encaminhamentos. Os outros 11,28% restantes foram divididos entre outros profissionais da saúde, centros de assistência social, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais.

É importante considerar que é possível que uma grande parte dos encaminhamentos possam assumir a forma de cascata, por exemplo, as escolas poderiam encaminhar primeiro para a UBS e esta para o CAPSi. Podendo assim, alguns dados serem mascarados.

Observou-se que 39,86% dos indivíduos abandonaram o atendimento antes de receberem alta de seu profissional de referência. Já os indivíduos que continuavam em acompanhamento correspondiam à 29,27% do total. Para os indivíduos que retornaram ao CAPSi após o acolhimento, o tempo médio de permanência no serviço foi de 0,72 anos (DP = 0,99 anos).

O profissional mais procurado durante os atendimentos foi o psicólogo, que atendeu 54,5% dos usuários, seguido pelo médico (20,73%) e pelo terapeuta

ocupacional (19,82%). Tais resultados podem ser explicados pelo maior número de psicólogos em relação aos demais profissionais. Estes juntamente com os médicos, eram as únicas profissões com dois profissionais trabalhando no serviço. No entanto o serviço médico só era oferecido duas vezes por semana, já o atendimento com psicólogos era oferecido diariamente.

O trabalho da equipe multiprofissional pôde ser observado de forma mais relevante analisando-se a associação entre psicologia e medicina, psicologia e fonoaudiologia e psicologia e terapia ocupacional, onde 12,6%; 9,07% e 8,9% dos indivíduos foram atendidos, respectivamente.

Estudos relatando características sociodemográficas e clínicas de crianças e adolescentes atendidas em Unidades de Saúde são incomuns, em relação aos CAPSi esses estudos são quase inexistentes. Quando o assunto de interesse é a utilização de medicamentos por crianças brasileiras, predominam estudos sobre medicamentos utilizados para suplementação nutricional, sendo pouco observado estudos sobre a utilização de medicamentos para sofrimentos mentais. Este fato leva a grandes dificuldades de encontrar dados na literatura para comparações com os resultados encontrados por este estudo.

Tabela 2: Características clínicas dos indivíduos com prontuários cadastrados no CAPSi – OP até Dezembro de 2012. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.

Variáveis	N	%
Forma de Encaminhamento		
Familiar	402	30,64
Escola	329	25,08
Médico	266	20,27
Judicial	167	12,73
Outros Profissionais da Saúde	72	5,49
Centros de Assistência Social	58	4,42
Centros de Saúde	18	1,37
Situação		
Alta	202	15,40
Em Acompanhamento	384	29,27
Compareceu Apenas uma Vez	203	15,47
Abandonou Antes da Alta	523	39,86
Profissional Médico		
Não Atendeu o indivíduo	1040	79,27
Atendeu o indivíduo	272	20,73
Profissional Psicólogo		
Não Atendeu o indivíduo	597	45,50

Atendeu o indivíduo	715	54,50
Profissional Psicopedagogo		
Não Atendeu o indivíduo	1140	86,89
Atendeu o indivíduo	172	13,11
Profissional Fonoaudiólogo		
Não Atendeu o indivíduo	1074	81,86
Atendeu o indivíduo	238	18,14
Profissional Terapeuta Ocupacional		
Não Atendeu o indivíduo	1052	80,18
Atendeu o indivíduo	260	19,82
Outros Profissionais		
Não Atendeu o indivíduo	1224	93,29
Atendeu o indivíduo	88	6,71

A Tabela 3 mostra a frequência das principais classes de diagnóstico, seguindo os critérios da CID-10. Dos 1312 prontuários analisados 598 (45,58%) não apresentavam diagnóstico médico nem hipótese diagnóstica. Dados do estado de São Paulo (Reis *et al.*, 2012) indicam que os indivíduos tratados em CAPSi e não possuem nenhuma hipótese diagnóstica representam 17,3% dos usuários. Diante desta lacuna, algumas hipóteses foram levantadas buscando explicar o elevado índice encontrado em Ouro Preto: (i) o grande número de ausência de diagnóstico poderia estar relacionado a casos que extrapolam a função do CAPSi mas que por diversas razões recebem atendimento; (ii) ou o grande número de indivíduos que abandonam o tratamento ou comparecem apenas ao primeiro encontro; (iii) ou a existência de uma recusa entre os profissionais da Unidade em preceder diagnósticos “fechados”; ou a recusa por partes dos profissionais por entenderem que o diagnóstico “fenomenológico” constitui apenas uma etiqueta classificatória que comporta grande perigo em produzir estigmatização.

Das três possibilidades citadas acima, a única passível de análise neste projeto foi a de que “grande número de indivíduos que abandonam o tratamento ou comparecem apenas ao primeiro encontro”. Pôde-se observar que 67,4% dos casos de ausência de hipótese diagnóstica estavam relacionadas a essa possibilidade. Fato que pode ser explicado pelo reduzido tempo de contato para se desenvolver uma conclusão sobre a situação do indivíduo. Para a avaliação das outras possibilidades, novas investigações devem ser realizadas.

Os Transtornos de Comportamento e Emocionais são os que possuíram maior número de relatos (21,88%). A prevalência de problemas emocionais, de comportamento e de hiperatividade varia bastante na população, de acordo com o DSM-IV (APA, 2000), de 2% a 16%. O descuido com crianças e adolescentes com problemas emocionais e comportamentais pode ter como consequência não só o sofrimento psíquico inerente a essas condições, como também pode acarretar complicações no nível da atuação desses sujeitos em seu ambiente social ou em sua postura ética ou, ainda, na confrontação com a ordem legal (Reis *et al.*, 2012).

Os transtornos do desenvolvimento psicológico (F80 a F89) corresponderam a 10,37% dos casos, sendo os transtornos específicos do desenvolvimento da fala (F80) responsáveis por 68,2% desse valor. Em terceiro lugar, com 9,6% dos casos, estavam os transtornos do humor (F30 a F39). Estima-se, para este transtorno, uma prevalência na população infanto-juvenil de 5,2% (O'CONNELL *et al.*, 2009), 4,2% (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2013), e é duas vezes mais frequente em meninas do que em meninos (REIS *et al.*, 2012). Os outros diagnósticos somaram-se 12,58% do total de prontuários.

Tabela 3: Principais classes de diagnóstico, segundo a CID-10, dos indivíduos com prontuários cadastrados no CAPSi – OP até Dezembro de 2012. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.

Classes de Diagnósticos	n	%
SDD	598	45,58
F90 a F98	287	21,88
F80 a F89	136	10,37
F30 a F39	126	9,60
F70 a F79	60	4,57
F10 a F19	29	2,21
F40 a F48	17	1,30
G40 a G47	16	1,22
Outros	43	3,28
Total	1312	100,00

Nota: SDD - Sem Diagnóstico Definido; F90 a F98 - Transtornos de Comportamento e Emocionais; F80 a F89 - Transtornos do Desenvolvimento Psicológico; F30 a F39 - Transtornos do Humor; F70 a F79 - Retardo Mental; G40 a G47 - Transtornos episódicos e paroxísticos; F10 a F19 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool; F40 a F48 - Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes.

Ao se analisar a prescrição de medicamentos (Tabela 4), observou-se

que para a maioria dos usuários do CAPSi-OP não foram prescritos psicofármacos (80,03%).

Para os 19,97% dos indivíduos que necessitavam utilizar algum medicamento, o serviço do CAPSi-OP conta com a distribuição gratuita de medicamentos, dentro da própria Unidade. Nota-se que desses usuários de psicofármacos, 12,27% faziam uso de medicamentos de quatro classes farmacológicas: antidepressivos tricíclicos (ADT), anticonvulsivantes (ACV), antipsicóticos (APS) e inibidores seletivos da receptação de serotonina (ISRS). Nota-se que, dessas quatro classes, duas são de antidepressivos: ADT e ISRS. A imipramina é utilizada por 6,4% dos indivíduos, seguida pela fluoxetina (2,21%), da amitriptilina (1,83%) e carbamazepina (1,83%).

Tabela 4: Psicofármacos utilizados pelos indivíduos com prontuários cadastrados no CAPSi – OP até Dezembro de 2012. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.

Psicofármaco	n	%
Nenhum	1050	80,03
Imipramina	84	6,40
Fluoxetina	29	2,21
Amitriptilina	24	1,83
Carbamazepina	24	1,83
Metilfenidato	14	1,07
Clorpromazina	13	0,99
Fenobarbital	13	0,99
Haloperidol	11	0,84
Periciazina	11	0,84
Ácido Valpróico	10	0,76
Biperideno	3	0,23
Clonazepam	1	0,08
Outros	25	1,91
Total	1312	100,00

Na relação entre encaminhamento e sexo (Tabela 5), o sexo masculino foi o mais encaminhado pela escola ($p < 0,05$) representando 27,7% do total de encaminhamentos, contra 20,3% do sexo feminino, o que pode significar que devido ao comportamento mais expansivo do sexo masculino na infância e adolescência (REIS *et al.*, 2012), a escola tende a perceber com maior facilidade desvios de conduta nos indivíduos desse sexo, ou que os meninos causam mais transtorno no

ambiente escolar, sendo necessário, em alguns casos, encaminhamento para algum tipo de acompanhamento especial. Em relação às outras formas de encaminhamento abordadas por esse estudo, nenhuma delas teve relação significativa com sexo do indivíduo.

Tabela 5: Relação entre sexo e a forma de encaminhamento ao serviço, dos indivíduos com prontuários cadastrados no CAPSI – OP até Dezembro de 2012. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.

Encaminhamento	Sexo		Total	Valor de p
	Masculino n(%)	Feminino n(%)		
Familiar	246 (29,01)	156 (33,62)	402 (30,64)	0.680
Escola	235 (27,71)	94 (20,26)	329 (25,08)	0.004*
Médico	164 (19,34)	102 (22,98)	266 (20,27)	0.905
Judicial	114 (13,44)	53 (11,42)	167 (12,73)	0.112
Outros Profissionais da Saúde	44 (5,19)	28 (6,03)	72 (5,49)	0.989
Centros de Assistência Social	38 (4,48)	20 (4,31)	58 (4,42)	0.527
Centros de Saúde	7 (0,82)	11 (2,37)	18 (1,37)	0.066
Total	848 (100,00)	464 (100,00)	1312 (100,00)	

* p < 0,05

5.2 Prontuários de Indivíduos Diagnosticados com TDAH

Pode-se observar pela Figura 3 que a grande maioria dos indivíduos atendidos pelo CAPSi-OP não possuíam diagnóstico de TDAH (88,26%), contra 11,74% que foi diagnosticada com o transtorno. Reis *et al.* (2012) encontrou uma frequência semelhante em seu estudo, onde 9,46% de todos os indivíduos eram diagnosticados com TDAH.

Ao se observar a prescrição de psicofármacos, as porcentagens se inverteram, observando-se que para 11,83% dos que não foram diagnosticados com TDAH foram prescritos psicofármacos, contra 81,16% dos diagnosticados.

Uma vez o indivíduo não possuindo diagnóstico definido, a terapia medicamentosa para o seu tratamento torna-se subjetiva. A pergunta que surge

dessa situação, diz respeito ao o que será tratado com medicação sem uma patologia definida? Esse questionamento elucidada o que pode ser observado na Figura 2, e explica, de certo modo, o elevado índice de prescrição de medicamentos pelos indivíduos diagnosticados com TDAH e a baixa utilização de medicamentos por indivíduos sem diagnóstico definido.

No entanto, observou-se que dentre os indivíduos sem diagnóstico definido, 11,83% utilizavam algum tipo de medicamento. A constatação da utilização de algum medicamento foi possível, pois no ato do registro do indivíduo no CAPSi-OP é questionado se ele faz uso crônico de algum medicamento. A necessidade desse questionamento pode ser explicada devido aos tratamentos e acompanhamentos médicos de alguns indivíduos não serem restritos ao CAPSi-OP. Parte dos indivíduos atendidos no CAPSi-OP também recebem acompanhamento médico particular ou nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de seu local de residência, sendo este indivíduo frequentador do CAPSi-OP apenas para tratar alguma demanda específica ou quando referenciado para consultar algum profissional que ele não tem acesso na UBS.

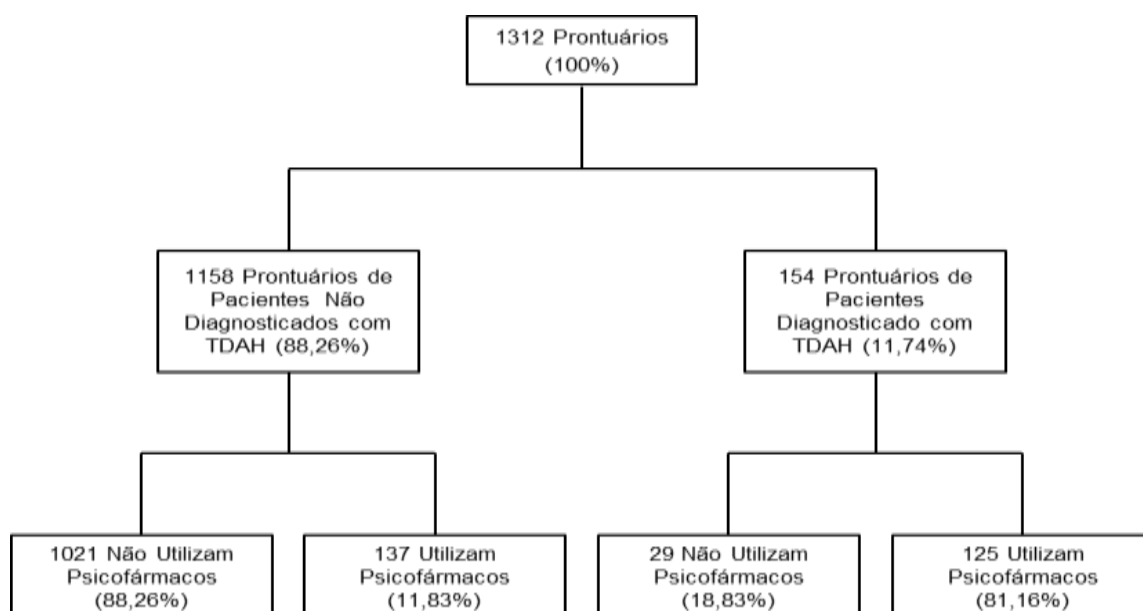


Figura 2: Distribuição da população cadastrada no CAPSi-OP até Dezembro de 2012, segundo diagnóstico de TDAH e utilização de psicofármacos. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. 2014.

Na Figura 3 foi exemplificado as principais características dos indivíduos

diagnosticados com TDAH, com destaque para os que foram prescritos e os que não foram prescritos psicofármacos. É interessante ressaltar que algumas características foram semelhantes entre os dois grupos, como a maior frequência de TDAH no sexo masculino e em crianças entre cinco e 14 anos. Por outro lado, alguns dados foram distintos, como a principal forma de encaminhamento. Observou-se que nos indivíduos sem medicação o encaminhamento foi prioritariamente por médico, enquanto que, nos indivíduos cujo prontuário indicavam a prescrição psicofármacos a principal forma de entrada no CAPSi-OP foi pelo encaminhamento escolar. Observou-se que, os indivíduos que não utilizavam medicamentos apresentavam uma tendência a serem mais evasivos ao tratamento, sendo que 48,28% deles abandonaram o tratamento antes de receberem alta, enquanto 61,60% dos que utilizavam psicofármacos continuavam sendo tratados no CAPSi-OP.

Em relação ao principal profissional responsável pelo acompanhamento do indivíduo, também observou-se uma diferença, pois os indivíduos do Grupo 1 eram acompanhados predominantemente por psicólogos do CAPSi, enquanto os indivíduos do Grupo 2 principalmente pelos médicos da unidade.

O elevado índice de permanência dos indivíduos do Grupo 2 provavelmente estava relacionado à necessidade de acompanhamento médico para a obtenção da receita e conseqüentemente terem acesso à medicação, o que também pode explicar o fato do médico ser o profissional responsável por 96% desses indivíduos. Já os indivíduos do Grupo 1, como não necessitavam ter acesso ao medicamento, não estavam sujeitos à frequentes consultas médicas, por isso o psicólogo foi o principal profissional responsável pelo acompanhamento desse grupo de indivíduos (79,31%), tampouco têm a necessidade de permanecer frequentando o CAPSi-OP para conseguir medicamentos. Dessa forma pode-se dizer que a necessidade de consulta médica e obtenção de receita para adquirir o medicamento foi fator essencial para a permanência dos indivíduos na unidade de saúde.

Dos 154 prontuários de indivíduos diagnosticados com TDAH, 29 (18,83%) não apresentavam prescrição de psicofármacos, sendo tratados exclusivamente por meio de consultas, grupos e oficinas terapêuticas. Segundo Araújo (2002) existe uma grande importância das intervenções psicoterápicas e pedagógicas em crianças com TDAH, e tais terapias contribuem para a remissão

dos sintomas.

Os indivíduos que foram diagnosticados com TDAH e que utilizavam algum psicofármaco eram 125 (81,16%). Esses indivíduos receberam como acompanhamento: consultas, grupos e oficinas terapêuticas e o monitoramento dos efeitos da medicação. Os tratamentos psicoterápicos não são considerados de primeira linha para o TDAH de forma que o melhor tratamento envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas (ROHDE *et al.*, 2000; ROHDE e KETZER, 1997).

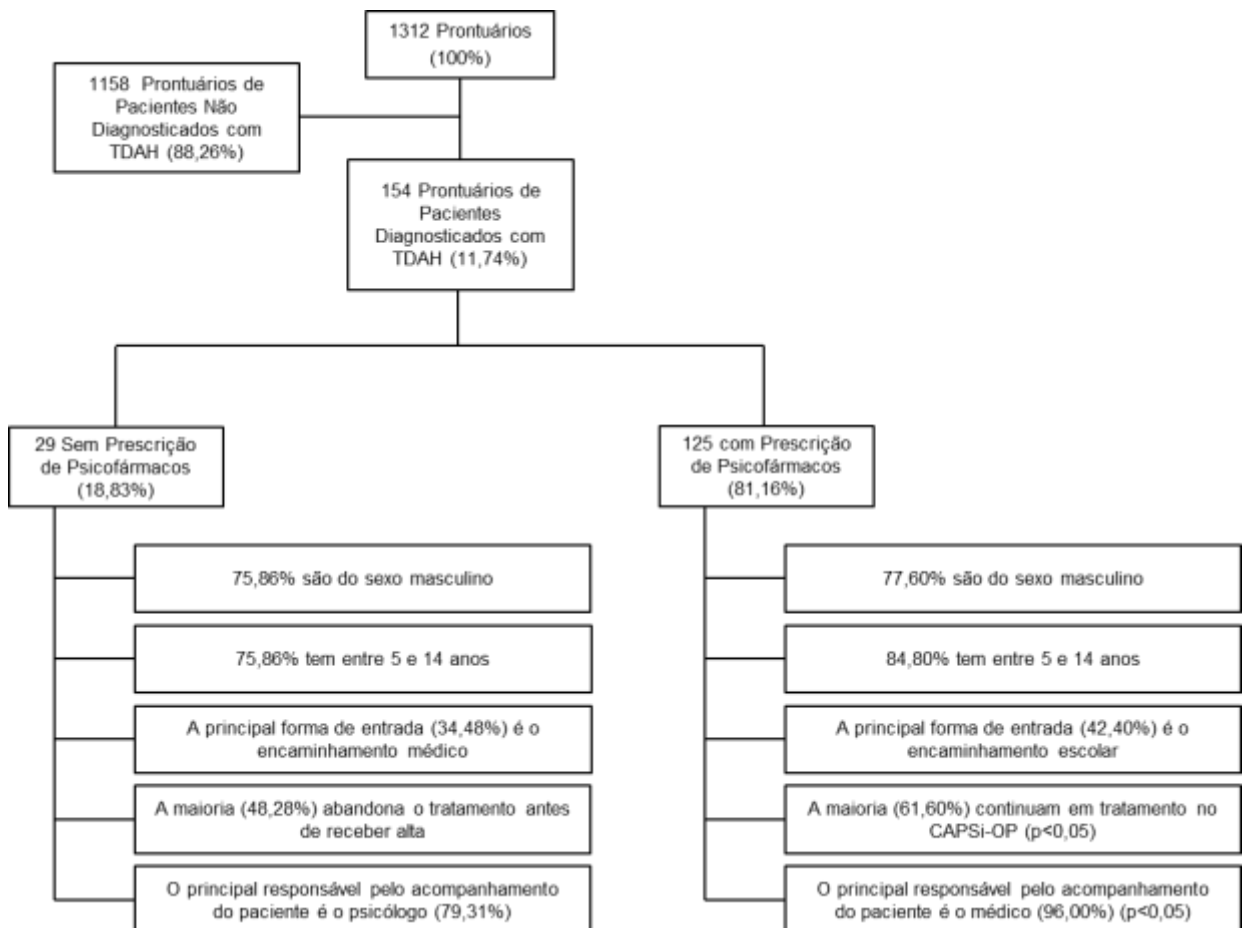


Figura 3: Características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos com prontuários cadastrados até Dezembro de 2012 no CAPSi – OP e diagnosticados com TDAH. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.

Na relação entre idade e sexo dos indivíduos diagnosticados com TDAH (Figura 4), é interessante observar que de zero aos 14 anos de idade, o sexo

masculino foi o que apresentou a maioria dos diagnósticos, sendo que entre zero e quatro anos de idade, o diagnóstico foi sete vezes mais frequente em relação ao sexo feminino. Entretanto, nos indivíduos que possuíam entre 15 e 19 anos o diagnóstico de TDAH foi mais frequente no sexo feminino. porém a diferença entre os dois sexos foi menor. O que corrobora com os dados encontrados em uma pesquisa realizada em escolas do Rio de Janeiro, em crianças já previamente diagnosticadas com TDAH, onde observou-se que 70,6% deles eram do sexo masculino (GABRIEL *et al.*, 2006) e segundo Coelho *et al.* (2010) com o aumento da idade, a prevalência do TDAH tende a tornar-se igual, entre os dois sexos.

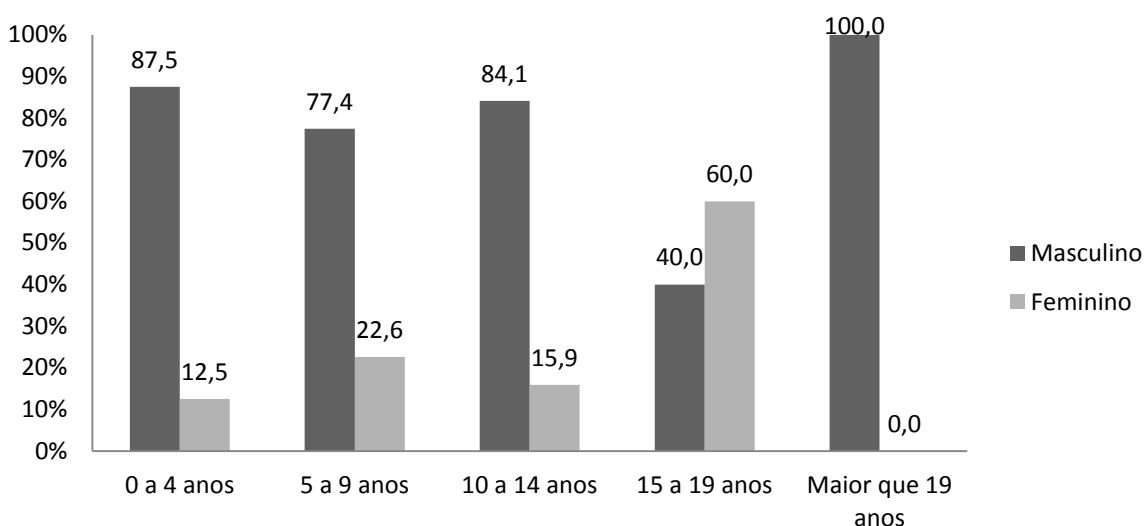


Figura 4: Relação entre idade e sexo dos indivíduos com prontuários cadastrados até Dezembro de 2012 no CAPSi – OP e diagnosticados com TDAH. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.

5.2.1 Prontuários de indivíduos Diagnosticados com TDAH que Utilizavam Psicofármacos

Os indivíduos com diagnóstico de TDAH que utilizavam psicofármacos, denominados como “Grupo 2”, foram analisados de forma a elucidar a maneira como foi conduzido o tratamento farmacológico deste grupo.

A Tabela 6 ilustra os principais psicofármacos prescritos para este grupo. Nota-se, que contrariando a literatura, o principal medicamento prescrito no

tratamento do TDAH no CAPSi-OP foi a Imipramina (55,2%), enquanto o medicamento considerado de primeira escolha, o metilfenidato (ROHDE *et al.*, 2000; ROHDE e KETZER, 1997; GREENHILL, 1999), foi o terceiro mais utilizado (10,40%).

Tabela 6: Distribuição dos psicofármacos prescritos para os usuários diagnosticados com TDAH, com prontuários cadastrados no CAPSi – OP até Dezembro de 2012. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.

Psicofármacos	n	%
Imipramina	69	55,20
Amitriptilina	15	12,00
Metilfenidato	13	10,40
Periciazina	10	8,00
Carbamazepina	7	5,60
Haloperidol	4	3,20
Clorpromazina	3	2,40
Ácido Valpróico	1	0,80
Fenobarbital	1	0,80
Outros	2	1,60
Total	125	100

No entanto, não foi possível verificar se estes psicofármacos foram utilizados para o tratamento do TDAH isoladamente ou na presença de comorbidades. A Figura 5 demonstra a situação dos indivíduos com TDAH e que utilizavam psicofármacos, levando em consideração a presença de comorbidades.

Observou-se que 67 (53,60%) indivíduos não tinham registro do em seu prontuário a presença de comorbidades, enquanto 58 (46,40%) apresentaram. As comorbidades mais observadas foram F70 a F79 – Retardo Mental (28%); F30 a F39 – Transtornos do Humor (8%); F80 a F89 – Transtornos do Desenvolvimento Psicológico (4%); G40 a G47 – Transtornos episódicos e paroxísticos (4 %); F40 a F48 – Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (1,6%).

Segundo Biederman (2004), as comorbidades mais frequentes na infância e adolescência de indivíduos com TDAH são o F91 – Transtorno de Conduta (TC) (8 - 21%); F91.3 – Transtorno de Oposição e Desafio (TOD) (35 - 66%); F32.3 – Depressão Maior (DM) (15 - 29%); F31 – Transtorno do Humor Bipolar (THB) (11%); F41 – Transtornos de Ansiedade (TA) (28 - 33%); e F98 – Enurese (25 - 32%).

A frequência de comorbidades observada nos prontuários dos usuários diagnosticados com TDAH do CAPSi-OP foi inferior à relatada pela literatura (ROHDE *et al.*, 2005). Souza *et al.* (no prelo), afirmaram que mais de 70% dos indivíduos com TDAH que procuravam ambulatórios especializados, apresentavam comorbidades.

O número de indivíduos com comorbidades no CAPSi-OP pode estar subestimado, considerando que 16,88% dos indivíduos, previamente diagnosticados com TDAH, não realizaram ao menos uma consulta com o médico do CAPSi-OP. Como o profissional médico era o responsável por liberar diagnósticos e preencher os prontuários com seu laudo, a quantificação de comorbidades nesse grupo ficou impossibilitada.

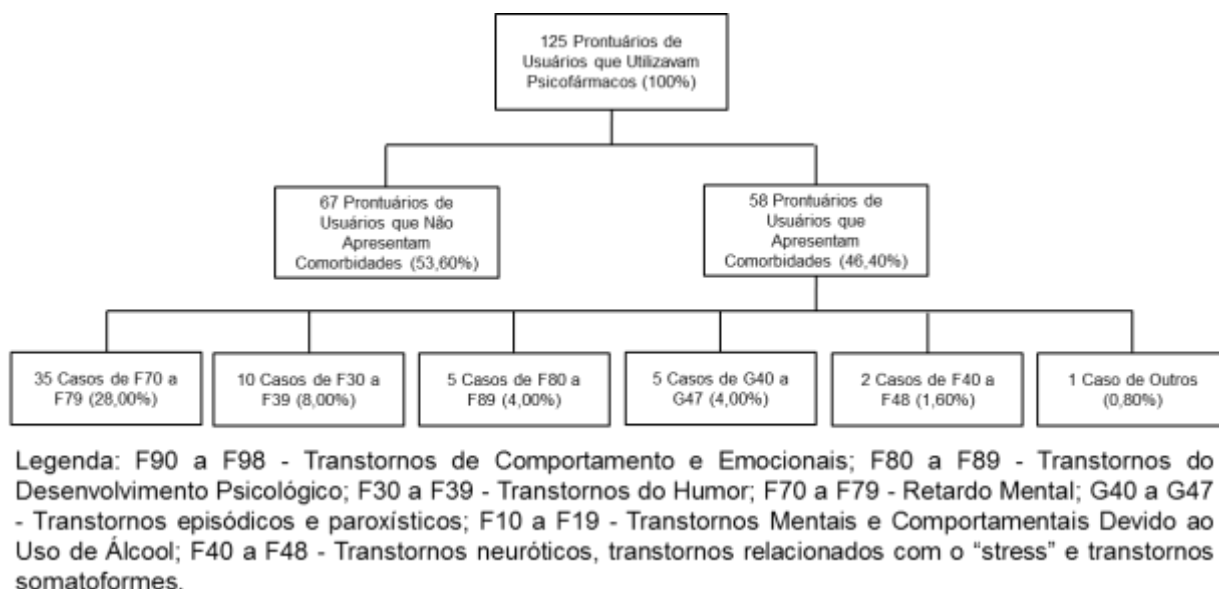


Figura 5: Principais comorbidades observadas com o diagnóstico de TDAH nos indivíduos com prontuários cadastrados até Dezembro de 2012 no CAPSi – OP. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.

De posse dos dados dos medicamentos mais prescritos, das comorbidades mais frequentes, considerou-se o medicamento mais prescrito como a primeira escolha, o segundo como a segunda escolha, e assim sucessivamente foi possível descrever qual a ordem de seleção dos medicamentos preferenciais utilizados em cada comorbidade isoladamente (Tabela 7).

Observa-se na Tabela 7 que independentemente da comorbidade estar

presente ou não, a imipramina foi o medicamento de primeira escolha. Quando se trata do TDAH sem comorbidades, a imipramina corresponde à 59,70% das prescrições, seguida pelo metilfenidato (14,93%) e pela amitriptilina (11,94%). Tanto o metilfenidato quanto a atomoxetina foram reconhecidos como tratamento de primeira linha para o TDAH pela American Academy of Pediatrics (AAP, 2000). A atomoxetina aparece como a segunda escolha. Os antidepressivos tricíclicos (imipramina, nortriptilina e desispramina) aparecem como terceira escolha, seguidos pela clonidina e pela bupropiona (GREVET e ROHDE, 2008).

Para o TDAH associado ao retardo mental (F70 a F 79), 54,29% dos indivíduos do CAPSi-OP utilizavam a imipramina, 14,29% a periciazina e 8,57% o haloperidol. Estudos controlados têm apontado o metilfenidato como primeira escolha para o tratamento do TDAH acompanhado de retardo mental leve (PEARSON *et al.*, 2003). A risperidona tem sido eficaz no tratamento a curto e longo prazo de sintomas disruptivos em crianças com inteligência limítrofe ou abaixo da média (FINDLING *et al.*, 2004). Num estudo realizado por Correia Filho (1998) indivíduos com TDAH e retardo mental moderado apresentaram resposta melhor ao uso de risperidona do que ao de metilfenidato para os sintomas relacionados ao TDAH (especialmente hiperatividade).

Quando as comorbidades observadas foram os transtornos do humor, 50% dos indivíduos do CAPSi-OP utilizavam a imipramina, 40% amitriptilina e 10% carbamazepina. Nesse tipo de comorbidade, o metilfenidato aparece como primeira escolha associado aos ISRS quando existem transtornos de ansiedade associados (BIEDERMAN *et al.*, 2004). Os antidepressivos tricíclicos podem ser uma alternativa na presença de ansiedade, já que não há evidências substanciais da eficácia destes medicamentos na depressão em crianças. A atomoxetina que foi testada inicialmente como antidepressivo na década de 80 com resultados promissores pode ser uma alternativa (CHOUINARD *et al.*, 1984). Em um estudo realizado por Allen (2003) foi sugerido a diminuição de escores tanto relacionados com a desatenção/hiperatividade, como com a depressão em crianças com TDAH em comorbidade com transtornos depressivos.

Os transtornos do desenvolvimento psicológico, quando associados ao TDAH são tratados exclusivamente com imipramina (40%), metilfenidato (40%) ou

Haloperidol (20%). Uma das principais patologias incluídas entre F80 a F89 foi o autismo (F84.0) e suas variações e a Síndrome de Asperger (F84.5), estes são parte de um grupo de condições definidas como transtornos invasivos do desenvolvimento (TIDs), geralmente referidas também como transtornos do “espectro do autismo” (WHO, 1992). O uso de estimulantes pela população de crianças com TID tem sido o foco de interesse recente. O National Institute for Mental Health (NIMH) patrocinou um grande estudo multicêntrico a respeito dessa abordagem onde pesquisas comunitárias e clínicas indicaram que os estimulantes são comumente utilizados em crianças com TID (NIMH, 1999). Os dados publicados sugerem que a medicação estimulante pode ser efetiva em crianças com comprometimento no desenvolvimento e TDAH. No entanto, tais as crianças com comprometimento no desenvolvimento e TDAH têm maior risco de sofrerem os efeitos adversos do tratamento estimulante do que as crianças com desenvolvimento normal com TDAH (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 1999). O índice dos respondedores e o percentual médio de melhora são também um pouco menores (NIKOLOV *et al.*, 2006). Resultados preliminares do Research Units in Pediatric Psychopharmacology (RUPP) Autism Network foram consistentes com essas conclusões gerais (McCRAKEN *et al.* 2002).

Para os indivíduos diagnosticados com TDAH e epilépticos, utilizou-se a imipramina como primeira escolha (40%), como medicamentos de segunda escolha estavam a amitriptilina, a carbamezepina e o fenobarbital, todos com 20% das prescrições. A reconhecida eficácia do MFD no tratamento do TDAH sugere que essa medicação deveria ser utilizada também nas crianças com epilepsia associada (DUNN e KRONENBERGER, 2005; TEICHER *et al.*, 2006). Durante muito tempo, acreditou-se que o MFD poderia provocar crises epilépticas em indivíduos vulneráveis ou diminuir o limiar epileptogênico. O Physicians’ Desk Reference (2007), manual de recomendações e orientações às prescrições de medicamentos comercialmente disponíveis, adverte e recomenda precaução ao se utilizar o MFD em pessoas com epilepsia, sendo que, na presença de crise epiléptica, sua prescrição deveria ser suspensa, apesar de não haver nenhum estudo controlado que demonstre efetivamente essa maior vulnerabilidade (TAN e APPLETON, 2005; TEICHER *et al.*, 2006).

Na presença de TDAH e transtornos fóbico-ansiosos, 50% dos indivíduos utilizavam a imipramina e 50% o ácido valpróico. O tratamento descrito como correto pela literatura corresponde ao tratamento da associação de TDAH e transtornos de humor, com o metilfenidato como primeira escolha associado aos ISRS (BIEDERMAN *et al.*, 2004). Os antidepressivos tricíclicos podem ser uma alternativa na presença de ansiedade (CHOUINARD *et al.*, 1984).

Tabela 7: Utilização de medicamentos segundo a presença de comorbidades psiquiátricas, nos indivíduos com prontuários cadastrados até Dezembro de 2012 no CAPSI – OP. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.

Psicofármaco	TDAH	TDAH + F70 a F79	TDAH + F30 a F39	TDAH + F80 a F89	TDAH + G40 a G47	TDAH + F40 a F48	TDAH + Outros	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Imipramina	40 (59,70)	19 (54,29)	5 (50,00)	2 (40,00)	2 (40,00)	1 (50,00)	0 (0,00)	69 (55,20)
Amitriptilina	8 (11,94)	2 (5,71)	4 (40,00)	0 (0,00)	1 (20,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	15 (12,00)
Metilfenidato	10 (14,93)	1 (2,86)	0 (0,00)	2 (40,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	13 (10,40)
Periciazina	5 (7,46)	5 (14,29)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	10 (8,00)
Carbamazepina	3 (4,48)	2 (5,71)	1 (10,00)	0 (0,00)	1 (20,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (5,60)
Haloperidol	0 (0,00)	3 (8,57)	0 (0,00)	1 (20,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (3,20)
Clorpromazina	0 (0,00)	2 (5,71)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	3 (2,40)
Ácido Valpróico	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (50,00)	0 (0,00)	1 (0,80)
Fenobarbital	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (20,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,80)
Outros	1 (1,49)	1 (2,86)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (1,60)
Total	67 (100,00)	35 (100,00)	10 (100,00)	5 (100,00)	5 (100,00)	2 (100,00)	1 (100,00)	125 (100,00)

Nota: F70 a F79 - Retardo Mental; F30 a F39 - Transtornos do Humor; F80 a F89 - Transtornos do Desenvolvimento Psicológico; G40 a G47 - Transtornos episódicos e paroxísticos; F40 a F48 - Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes.

O esquema de tratamento medicamentoso dos indivíduos diagnosticados com TDAH utilizado em Ouro Preto foi comparado com o fluxograma de tratamento farmacológico proposto por Grevet e Rohde (2008), tanto para o diagnóstico de TDAH isoladamente (Figura 6) quanto para o TDAH associado à comorbidades psiquiátricas (Figura 8).

De acordo com o proposto por Grevet e Rohde (2008), para o tratamento do TDAH na ausência de comorbidades, o metilfenidato e a atomoxetina são os tratamentos considerados de primeira escolha. Os antidepressivos tricíclicos aparecem em terceiro lugar como opção de psicofármaco, seguidos pelo antidepressivo atípico bupropiona e a clonidina, um agonista de receptores adrenérgicos α_2 . Como última opção de tratamento está prevista a combinação de fármacos.

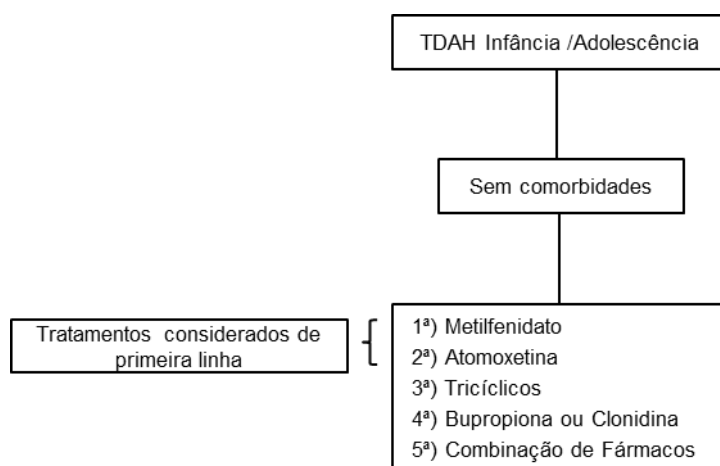


Figura 6: Fluxograma do tratamento farmacológico do TDAH em crianças e em adolescentes sem comorbidades psiquiátricas (GREVET e ROHDE, 2008).

A Figura 7 ilustra o tratamento do TDAH, na ausência de comorbidades, utilizado no CAPSi-OP, durante a realização do presente estudo. Pode-se observar que dos medicamentos descritos como primeira escolha para o tratamento do TDAH (AAP, 2000) apenas o metilfenidato aparece porém como de segunda escolha. Nota-se que os psicofármacos indicados como a terceira opção de tratamento, os antidepressivos tricíclicos, foram indicados como primeira e terceira escolha no CAPSi-OP.

Os psicofármacos que seguiram a sequência de indicação para o tratamento do TDAH no CAPSi-OP foram: periciazina – antipsicótico e a carbamazepina – anticonvulsivante. Nota-se que nenhum desses psicofármacos foi descrito por Grevet e Rohde (2008) como principais medicamentos para o tratamento do TDAH diagnosticado isoladamente.

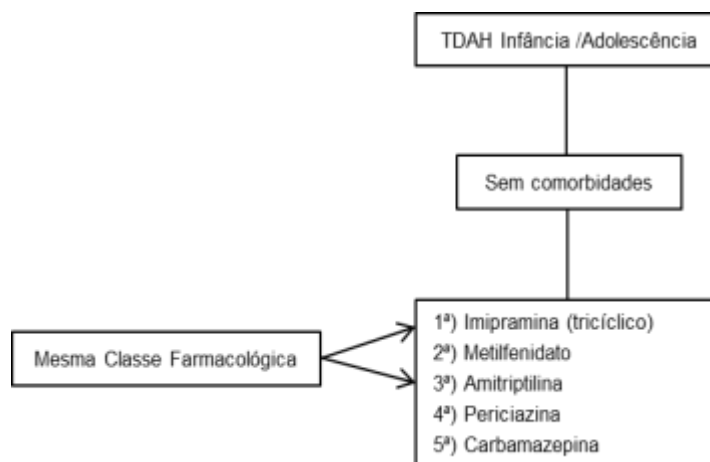


Figura 7: Fluxograma do tratamento farmacológico do TDAH em crianças e adolescentes sem comorbidades psiquiátricas, com prontuários cadastrados até Dezembro de 2012 no CAPSi – OP. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.

Para o tratamento do TDAH, na presença de comorbidades psiquiátricas, Grevet e Rohde (2008) utilizou o fluxograma, apresentado como Figura 8, para ilustrar o esquema medicamentoso em diferentes comorbidades diagnosticadas com maior frequência no TDAH.

O metilfenidato é o medicamento de primeira escolha nos casos de TDAH sem comorbidades e de TDAH com as seguintes comorbidades: transtornos disruptivos, depressivos, de ansiedade, da aprendizagem e retardo mental leve (CORREA FILHO e ROHDE, 1998). Na presença de TDAH e transtornos de conduta, é também o tratamento farmacológico utilizado.

Para os transtornos de depressão/ansiedade e TDAH, utiliza-se como primeira escolha o metilfenidato juntamente com algum ISRS. A atomoxetina, bupropiona e os tricíclicos são considerados de segunda, terceira e quarta escolha

respectivamente.

Para o tratamento do TDAH diagnosticado conjuntamente com o Transtorno Bipolar, utiliza-se como primeira escolha de tratamento farmacológico um estabilizador de humor associado ao metilfenidato. Como segunda escolha utiliza-se estabilizador de humor associado à bupropiona. Como terceira escolha associa-se um antipsicótico atípico ao metilfenidato. Quando as comorbidades diagnosticadas são Tiques ou a Síndrome de Tourette, os tricíclicos ou a clonidina são considerados os tratamentos de primeira escolha. Como segunda escolha tem-se a associação de metilfenidato com a risperidona. Na ausência de resultados, deve-se considerar a utilização da atomoxetina (GREVET e ROHDE, 2008).

Caso a comorbidade diagnosticada for o retardo mental, deve-se considerar a possibilidade de retardo mental leve ou moderado/grave. Para o retardo mental leve utiliza-se o metilfenidato como primeira escolha e a risperidona como segunda. No retardo mental moderado/grave a risperidona torna-se primeira escolha caso exista sintomas de comportamento, entretanto se apenas os sinais de TDAH estiverem presentes, o metilfenidato é considerado primeira escolha (GREVET e ROHDE, 2008).

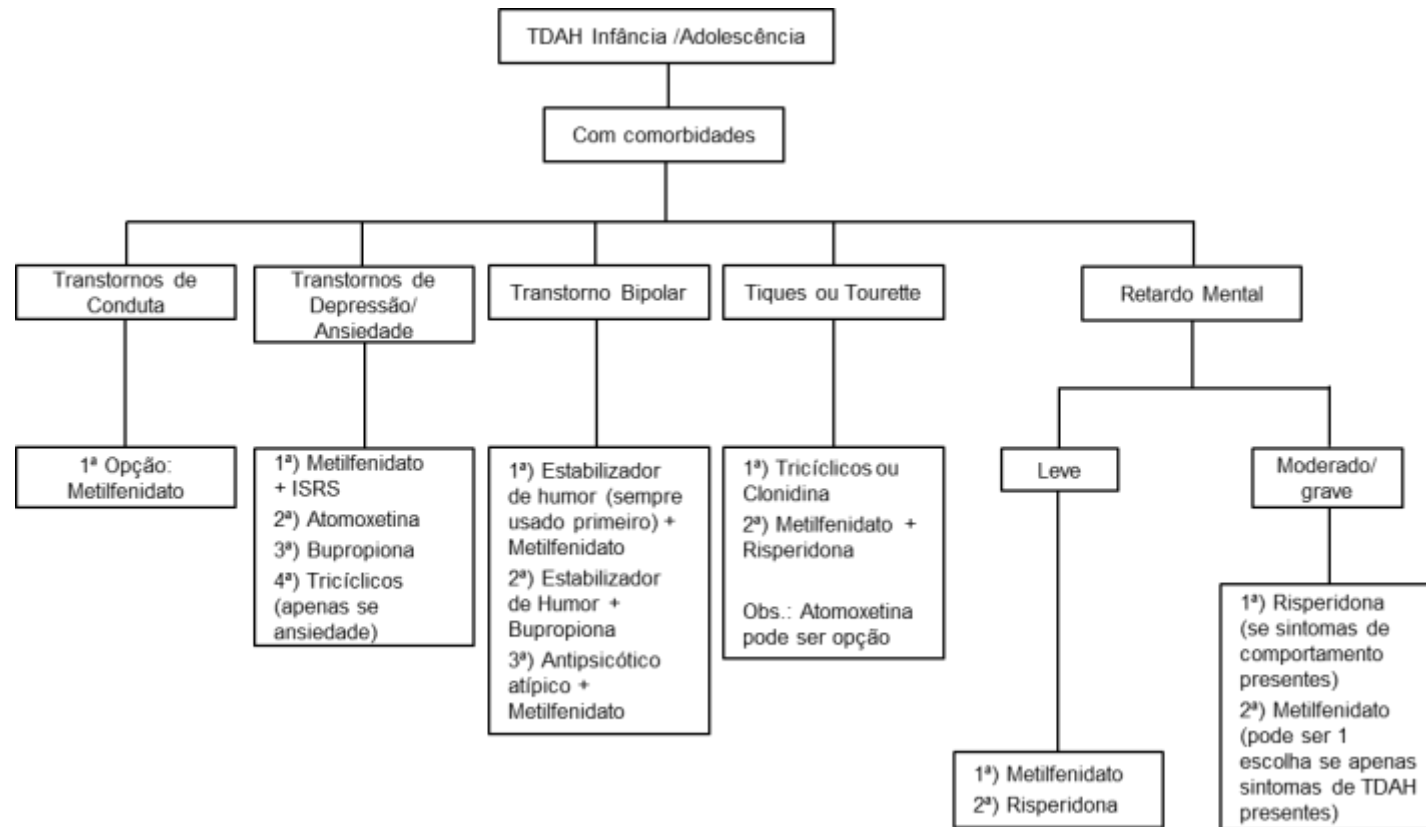


Figura 8: Fluxograma do tratamento farmacológico do TDAH em crianças e em adolescentes com comorbidades psiquiátricas (GREVET e ROHDE, 2008).

A figura 9 ilustra o tratamento com psicofármacos para o TDAH com comorbidades utilizado no CAPSi-OP. Observa-se que não foram encontrados casos de comorbidade com Transtornos de Conduta e com Tiques ou Tourette.

Nos casos onde o TDAH estava associado com os Transtornos de Depressão/Ansiedade, o tratamento farmacológico mais iprescrito foi a imipramina, seguido da amitriptilina. Mesmo resultado encontrado quando a comorbidade foi o Transtorno Bipolar.

Quando o TDAH estava associado ao retardo mental, não foi observado diferença de tratamento segundo a intensidade do retardo. Tanto para o retardo mental leve, como para o moderado e o grave a imipramina foi o medicamento mais prescrito, seguido pela carbamazepina e amitriptilina.

Pode-se observar que o tratamento farmacológico do TDAH no CAPSi-OP, sendo ele diagnosticado isoladamente ou na presença de comorbidades psiquiátricas, não corresponde ao preconizado pela literatura especializada, necessitando de estudos mais aprofundados abordando os Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) que podem vir a ocorrer devido a essa opção terapêutica.

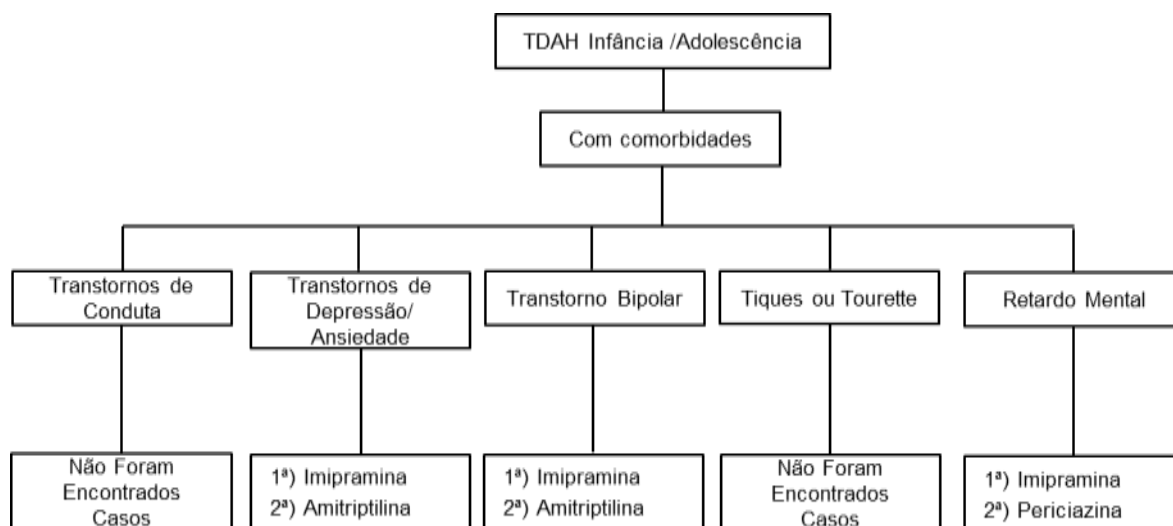


Figura 9: Fluxograma do tratamento farmacológico do TDAH em crianças e adolescentes com comorbidades psiquiátricas, com prontuários cadastrados até Dezembro de 2012 no CAPSi – OP. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.

Correa Filho e Rohde (1998) realizou uma revisão de estudos sobre medicamentos utilizados no tratamento do TDAH até o final dos anos 1990. Nesse

trabalho foram observados estudos que demonstravam os benefícios de cada terapia medicamentosa e as vantagens de um fármaco em relação ao outro. Alguns dos seus resultados serão expostos abaixo, dando atenção especial aos três psicofármacos mais prescritos para o tratamento do TDAH no CAPSi-OP.

Observa-se na tabela 8 que 87,5% dos casos de TDAH diagnosticado isoladamente e tratados com MFD apresentavam resposta moderada ou ótima ao tratamento, em contrapartida, o tratamento com antidepressivos tricíclicos representou resposta ótima em 90% dos casos.

No TDAH com a presença da comorbidade Transtorno de Conduta, os estimulantes apresentaram resposta ótima em 77,7% dos casos, enquanto a imipramina apresentou melhora em 100%.

Tabela 8: Estudos controlados no tratamento do TDAH e comorbidades (1990-97).

TDAH e Comorbidade	Psicofármaco	Estudos	Resposta
TDAH	Estimulantes	64	Moderada ou Ótima = 56 Mista = 8
TDAH	Tricíclicos	10	Ótima = 9 Mista = 1
TDAH + Transtorno de Conduta	Estimulantes	9	Ótima = 7 Moderada = 1 Mista = 1
TDAH + Transtorno de Conduta	Imipramina	1	Ótima = 1

Adaptado de Correa Filho e Rohde, 1998.

Quando comparados aos estimulantes, os antidepressivos tricíclicos apresentaram o resultado observado na Tabela 9. Três estudos controlados foram realizados comparando a eficácia da IMI com o MFD. Em um deles o MFD se mostrou superior, nos outros dois não foram observadas diferenças significativas na resposta ao tratamento. Ainda nessa comparação, Correa Filho e Rohde (1998) encontrou que os sintomas comportamentais, avaliados por clínicos, pais e professores foram consistentemente mais favoráveis à prescrição da IMI.

Em relação à amitriptilina, apenas um estudo comparativo foi realizado, nesse caso comparando-a com o MFD, sendo que não foram observadas

diferenças significativas na resposta ao tratamento. Entretanto a sedação apareceu como o principal fator limitante da utilização da amitriptilina (CORREA FILHO e ROHDE, 1998).

Nessa mesma revisão, Correa Filho e Rohde (1998) apresentou uma árvore de decisão terapêutica do uso de psicofármacos em crianças com TDAH e suas comorbidades no Brasil. Essa árvore de decisão, juntamente com as novas edições do DSM, serviu de base para todos os esquemas terapêuticos que vieram a surgir com o advento de novos fármacos no mercado brasileiro, como por exemplo a atomoxetina.

O MFD é considerado primeira escolha no tratamento do TDAH principalmente pelo maior número de estudos que apresenta, garantindo uma maior segurança ao indivíduo e por apresentar satisfatório índice de melhora nos sintomas (GREVET e ROHDE, 2008). Mesmo tendo benefícios comparáveis aos observados na utilização de tricíclicos, em especial a IMI.

Tabela 9: Descrição dos estudos controlados com tricíclicos.

Tricíclico	Estudos Controlados	Resposta	Comparação
Imipramina	3	Ótima = 3	Metilfenidato > Imipramina = 1 Metilfenidato = Imipramina = 2
Amitriptilina	1	Ótima = 1	Metilfenidato = Amitriptilina = 1

Adaptado de Correa Filho e Rohde, 1998.

Entretanto, realizando-se uma avaliação econômica básica, e tendo conhecimento de que a aquisição de medicamentos para o sistema público é regido pela lei 8.666/93, que determina as regras para os processos licitatórios, e que nesse mecanismo de licitação os preços podem ser consideravelmente menores que os apresentados pelas tabelas de referência, foi realizada uma consulta na Lista de Preços de Medicamentos para Compras Públicas de Fevereiro de 2014, da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED/ANVISA, a fonte mais confiável de preços de mercado para medicamentos de uso humano no Brasil.

Considerando o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG) dos medicamentos de referência listados para o tratamento do TDAH no CAPSi-OP, no estado de Minas Gerais, obteve-se os seguintes resultados:

-
- Ácido Valpróico (Depakene® 250mg com 25 comprimidos) – R\$9,45 (Abott.®);
 - Amitriptilina (Amytril® 25mg com 20 comprimidos) – R\$8,95 (Cristália®);
 - Carbamazepina (Tegretol® 200mg com 20 comprimidos) – R\$9,08 (Novartis®);
 - Clorpromazina (Ampticil® 25mg com 20 comprimidos) – R\$2,91 (Sanofi-Aventis®);
 - Fenobarbital (Gardenal® 100mg com 20 comprimidos) – R\$3,50 (Sanofi-Aventis®);
 - Haloperidol (Haldol® 2mg/mL frasco com 30ml) – R\$5,81 (Janssen-Cilag®);
 - Imipramina (Tofranil® de 25mg com 20 drágeas) – R\$5,83 (Novartis®);
 - Metilfenidato (Ritalina® 10mg com 20 comprimidos) – R\$12,08 (Novartis®);
 - Periciazina (Neuleptil® 10mg com 20 comprimidos) – R\$4,22 (Sanofi-Aventis®).

Como foi observado, existe mais de uma forma farmacêutica para os medicamentos listados. Para fins de comparação, foi calculado o valor de cada miligrama das substâncias listadas acima, desse modo, independentemente da forma farmacêutica discutida, têm-se um valor para uma unidade equivalente (mg):

- Ácido Valpróico (valor de cada mg do produto) – menos que R\$0,002/mg;
- Amitriptilina (valor de cada mg do produto) – R\$0,018/mg;
- Carbamazepina (valor de cada mg do produto) – menos que R\$0,002/mg;
- Clorpromazina (valor de cada mg do produto) – menos que R\$0,006/mg;
- Fenobarbital - menos que R\$0,002/mg;
- Haloperidol (valor de cada mg do produto) – R\$0,097/mg;
- Imipramina (valor de cada mg do produto) – R\$0,012/mg;
- Metilfenidato (valor de cada mg do produto) – R\$0,060/mg;

- Periciazina (valor de cada mg do produto) – R\$0,021/mg.

De posse desses dados, considerando como base o descrito pela literatura como tratamento usual do TDAH (Reis *et al.*, 2008) e analisando os três medicamentos mais prescritos no CAPSi-OP, temos a Tabela 10 que ilustra o custo mensal (30 dias de tratamento) para o tratamento de um indivíduo ($A \times B \times 30 = C$).

Perante esse cálculo, pode-se observar uma variação do custo mensal do tratamento do TDAH. Para o tratamento utilizando o MFD o custo é duas vezes maior do que o da imipramina.

Tabela 10: Esquema terapêutico e custo mensal do tratamento de indivíduos diagnosticados com TDAH, de acordo com o psicofármaco. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.

Medicamento	Dosagem Inicial (A)	Valor da miligrama (B)	Custo Mensal (C)
Imipramina	25mg uma vez ao dia	R\$ 0,012	R\$ 9,00
Amitriptilina	25mg uma vez ao dia	R\$ 0,018	R\$ 13,50
Metilfenidato	10mg uma vez ao dia	R\$ 0,060	R\$ 18,00

Extrapolando os dados para todos os indivíduos diagnosticados com TDAH que utilizam algum psicofármaco, supondo a utilização de apenas um psicofármaco por indivíduo, e considerando que todos, independentemente da gravidade do transtorno utilizem a dosagem mínima, temos o observado na Tabela 11.

Ou seja, se o tratamento psicofarmacológico do TDAH no CAPSi-OP fosse realizado apenas com a utilização de IMI, os custos mensais para os cofres do município seriam de R\$1.125,00. Já se todos os indivíduos fossem tratados com MFD, o valor seria de R\$2.250,00.

Tabela 11: Custo mensal do tratamento em monoterapia dos indivíduos diagnosticados com TDAH no CAPSi-OP e que utilizam psicofármacos. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2014.

Psicofármaco	Número de indivíduos	Custo Mensal por indivíduo	Custo total Mensal
Imipramina	125	R\$ 9,00	R\$ 1.125,00
Amitriptilina	125	R\$ 13,50	R\$ 1.687,50
Metilfenidato	125	R\$ 18,00	R\$ 2.250,00

O que se questiona, tendo como base esses resultados, é se a utilização de um medicamento que provoca melhora superior à 50% dos sintomas, tem baixa frequência de efeitos adversos e boa aceitação pelo indivíduo (ROHDE *et al.*, 2005) e custo duas vezes menor do que o medicamento considerado como primeira escolha, deve ter sua compra questionada frente ao setor público de saúde e continuar sendo considerado como terceira opção pelos psiquiatras.

6 CONCLUSÕES

A maioria dos indivíduos que frequentavam o CAPSi-OP no período estudado era do sexo masculino, com idade entre cinco e nove anos. A maioria chegou ao serviço através do encaminhamento familiar ou espontâneo, o profissional mais procurado na unidade foi o psicólogo, e a maior parte dos indivíduos abandonou o serviço antes de receber alta.

Quase a metade de todos os indivíduos não possuíam diagnóstico de acordo com a CID-10, mas dentre os que possuíam, o diagnóstico mais observado foi o de transtornos do comportamento e transtornos emocionais.

Os medicamentos não eram prescritos para a grande maioria dos indivíduos, mas dentre os que utilizavam, os ADT predominavam. Pode-se dizer que o elevado consumo de ADT está relacionado com a prevalência elevada de transtornos do comportamento e transtornos emocionais, dos quais o TDAH é um representante. Explica-se este fato, por no CAPSi-OP o TDAH ser tratado farmacologicamente com a Imipramina um ADT, aumentando o consumo total de ADT.

A grande maioria dos prontuários de indivíduos atendidos pelo CAPSi-OP não possuíam diagnóstico de TDAH, entretanto, dentre os que apresentavam diagnóstico, foi observado que a maior parte apresentava prescrição algum psicofármaco.

Concluiu-se que a consulta com o profissional médico foi fator impotante para permanência do indivíduo com TDAH no serviço de atenção mental, da mesma forma que a utilização de medicamentos está relacionada ao prosseguimento do tratamento no CAPSi.

Em relação às comorbidades psiquiátricas, concluiu-se que cerca da metade dos indivíduos com TDAH no CAPSi-OP as apresentavam, sendo o retardo mental a mais observada.

O tratamento farmacológico realizado em Ouro Preto não condiz com o preconizado pela literatura, tanto para o TDAH isoladamente como na presença de comorbidades, mas o gasto financeiro observado com a prescrição do medicamento de primeira escolha, em detrimento do de terceira escolha parece ser o fator determinante para o serviço público realizar esse procedimento.

7 REFERÊNCIAS

ALLEN AJ. Atomoxetine for ADHD. Presented at the Eli-Lilly: **Latin America Regional ADHD Conference in Mexico**, 2003.

ALMOND, B. W. Jr.; TANNER, J. L.; GOFFMAN, H. F. The family is the patient: using family interviews in children's medical care. Baltimore, **Williams & Wilkins**. v. 2, p. 307-13, 1999.

AMAN, M. G.; BUICAN, B.; ARNOLD, L. E. Methylphenidate treatment in children with borderline IQ and mental retardation: analysis of three aggregated studies. **J Child Adolesc Psychopharmacol**. v. 13, p. 29-40, 2003.

AMARANTE, P. Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro. **Fiocruz**. 1995.

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: **Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo (SP), Lemos Ed, 1997.

AMARANTE, P.; YASUI, S. Avanço e retrocesso na Reforma Psiquiátrica: notas para refletir a Lei 10.216. 2003.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Pediatrics**, v. 105, p. 1158-70, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostical and statistical manual of mental Disorders; 4.Ed. Washington, DC. **Amer Psyc Association**, 2000.

ANDRADE, M. C. Ulysses Pernambucano. Pesquisa Escolar On-Line, Fundação Joaquim Nabuco, Recife. Disponível em: <<http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar/>>. Acesso em: 14 Fevereiro, 2013

ARAÚJO, A. P. Q. C. Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção. **J de Psiq**, v. 78, p. 104-10, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP); IBOPE. Pesquisa sobre sintomas de transtornos mentais e utilização de serviços em crianças brasileiras entre 6 e 17 anos. Pesquisas ABP. Disponível em: <<http://www.abp.org.br/medicos/pesquisas/>>. Acesso 14 de Fevereiro, 2013.

BARRICKMAN, L. L.; PERRY, P. J.; ALLEN. A. J.; KUPERMAN, S.; ARNDT, S. V.; HERRMANN, K.J.; SCHUMACHER, E. Bupropion versus methylphenidate in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** v. 34, p. 649-56, 1995.

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam**. v. 11, p. 21-8, 2008.

_____. Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. **J Clin Psychiatry**. v. 65, p. 3-7, 2004.

_____ ; FARAONE, S.; MILBERGER, S.; CURTIS, S.; CHEN, L.; MARRS, A.; OUELLETTE, C.; MOORE, P.; SPENCER, T. Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. v. 35(3), p. 343-51, 1996.

_____ ; MONUTEAUX, M. C.; MICK, E.; SPENCER, T.; WILENS, T. E.; SILVA, J. M.; SNYDER, L. E.; FARAONE, S. V. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. **Psychol Med**. v. 36, p. 167-79, 2006.

BIRNBAUM, H. G.; KESSLER, R. C.; LOWE, S. W.; SECNIK, K.; GREENBERG, P. E.; LEONG, S. A.; SWENSEN, A. R. Costs of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) in the US: excess costs of persons with ADHD and their family members in 2000. **Curr Med Res Opin**. v. 21(2), p. 195-206, 2005.

BORDIN, I. A. S; PAULA, C. S. Estudos Populacionais sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes Brasileiros. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. F.; KOHN, R. (Eds.). Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre. [S.l.]: **Artmed**. p. 101-17, 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. CAPS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&jane> Acesso em: 11 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Documentação e Informação. **Legislação em saúde mental**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da saúde. O Que é Reforma Psiquiátrica. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929>. Acesso em: 14 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Princípios para uma política Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília, **Editora do Ministério da Saúde**, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. **OPAS**. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: **Ministério da Saúde**, mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS. Informativo da Saúde Mental. **Coordenação Geral de Saúde Mental**, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Atualiza a regulamentação dos serviços de atenção diária, estabelecendo modalidades de serviços: definidos por ordem crescente de porte/ complexidade e abrangência populacional. Brasília (DF), 2002

BRITTO, R. C. A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01. **Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2004.**

BROWN, T. E.; Transtorno de Déficit de Atenção: a mente desfocada em crianças e adultos. Tradução de Hélio Magri Filho. Porto Alegre. **Artmed**, 2007.

CHOUINARD, G.; ANNABLE, L.; BRADWEJN, J. An early phase II clinical trial of tomoxetine (LY139603) in the treatment of newly admitted depressed patients. **Psychopharmacology**. v. 83, p. 126-8, 1984.

COELHO, L.; CHAVES, E.; VASCONCELOS, S.; FONTELES, M.; SOUSA, F. D. E.; VIANA, G. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na Criança Aspectos Neurobiológicos, Diagnóstico e Conduta Terapêutica. **Acta Med. Port.**, v.23, p. 689-96, 2010.

CONDEMARÍN, M.; GOROSTEGUI, M. E.; MILICIC, N. Transtorno do Déficit de Atenção: estratégias para o diagnóstico e a intervenção psicoeducativa. Tradução de Magda Lopes. São Paulo. **Ed Planeta do Brasil**. 2006.

CONNERS, C. K.; CASAT, C. D.; GUALTIERI, C. T.; WELLER, E.; READER, M.; REISS, A.; WELLER, R. A.; KHAYRALLAH, M.; ASCHER, J. Bupropion hydrochloride in attention deficit disorder with hyperactivity. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. v. 35(10), p. 1314-21, 1996.

CORDIOLI, A. V. Psicoterapias – Abordagens atuais. 3. Ed. Porto Alegre. **Artmed**. v. 3, p. 886, 2008.

CORREA FILHO, A. G.; ROHDE, L. A. Árvore de decisão terapêutica do uso de psicofármacos no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e comorbidades em crianças. **Rev Neuropsiq da Inf e Adol**. v. 6(2), p. 83-91, 1998.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação , na ideologia e na práxis. São Paulo. **Revista de Psicologia da UNESP**. 2007.

DISCALA, C.; LESCOHIER, I.; BARTHEL, M.; LI, G. Injuries to children with attention deficit hyperactivity disorder. **Pediatrics**. v. 102(6), p. 1415-21, 1998.

DOYLE, R. The history of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. **Psychiatr Clin North Am**. v. 27(2), p. 203-14, 2004.

DUNN, D. W.; KRONENBERGER, W. G. Childhood epilepsy, attention problems, and ADHD: review and practical considerations. **Semin Pediatr Neurol**. v. 12(4), p. 222-8, 2005.

FARAONE, S. V.; SPENCER, T.; ALEARDI, M.; PAGANO, C.; BIEDERMAN, J. Metaanalysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. **J Clin Psychopharmacol**. v. 24, p. 24-9, 2004.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 22, n. 111, p. 2491-5, 2006.

FINDLING, R. L.; AMAN, M. G.; DE SMEDT, G.; DERIVAN, A.; LYONS, B. The Risperidone Disruptive Behavior Study Group. A long-term open-label study of risperidone in children with severe disruptive behaviors and subaverage IQ. **American Journal of Psychiatry**. v. 161, p. 677-84, 2004.

FREIRE, F. H. M. A. O Sistema de Alocação de Recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ). **Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ**. 2004.

GABRIEL, C.; PAULO, M.; CATIA, A.; MONICA, D. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade: contribuição diagnóstica de avaliação computadorizada de atenção visual. **Arch. Clin. Neuropsychol.** v. 34(5), p. 215-22, 2006.

GOODMAN, R.; SANTOS, D. N.; ROBATTO NUNES, A. P.; PEREIRA DE MIRANDA, D.; FLEITLICH-BILYK, B.; ALMEIDA FILHO, N. The Ilha de Maré Study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. **Soc. Psych. Psych. Epid.** v. 40(1), p. 11-7, 2005.

GREENHILL, L. L.; HALPERIN, J. M.; ABIKOFF, H. Stimulant Medications. **J. Am. Acad. Child Psy.** v. 38(5), p. 503-512, 1999.

_____; BEYER, D. H.; FINKLESON, J.; SHAFFER, D.; BIEDERMAN, J.; CONNERS, C. K.; GILLBERG, C.; HUSS, M.; JENSEN, P.; KENNEDY, J. L.; KLEIN, R.; RAPOPORT, J.; SAGVOLDEN, T.; SPENCER, T.; SWANSON, J. M.; VOLKOW, N. Guidelines and algorithms for the use of methylphenidate in children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. **J Atten Disord.** v. 6(1), p. 89-100, 2002.

GREVET, E. H.; ABREU, P. B.; SHANSIS, F. Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. **Rev. psiquiatr.** v. 25(3), p. 446-52, 2003.

_____; ROHDE, L. A. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade na infância, na adolescência e na idade adulta. In: Psicofármacos: Consulta Rápida. **Artmed**. v. 3, p. 375-84, 2008.

GUALTIERI, C. T.; HICKS, R. E.; PATRICK, K.; SCHROEDER, S. R.; BREESE, G. R. Clinical correlates of methylphenidate blood levels. **Therapeutic Drug Monitor.** v. 6(4), p. 379-92, 1984.

GULJOR A. P. F. Os Centros de Atenção Psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ). **Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ**. 2003.

HOFFMAN, H. Struwwelpeter: Merry Tales and Funny Pictures. Disponível em:<<http://www.gutenberg.org/files/12116/12116-h/12116-h.htm>>. Acesso: 20, Fevereiro, 2013.

HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. A. Characteristics of Individuals and Care Delivered at the Psychosocial Care Centers for Children and Adolescents. **Cad. Saúde Pública**. v. 24(3), p. 633-42, 2008.

IBGE. Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS – Censo 2010.

_____. Censo Demográfico 2010: Características da População e dos Domicílios. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes ao município de Ouro Preto. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso: 22, Março, 2012.

JENSEN, P. S.; HINSHAW, S. P.; SWANSON, J.M.; GREENHILL, L.L.; CONNERS, C.K.; ARNOLD, L. E.; ABIKOFF, H. B.; ELLIOTT, G.; HECHTMAN, L.; HOZA, B.; MARCH, J. S.; NEWCORN, J. H.; SEVERE, J.B.; VITIELLO, B.; WELLS, K.; WIGAL, T. Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers. **J Dev Behav Pediatr**. v. 22(1), p. 60-73, 2001.

JOU, G. Y. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: um olhar no ensino fundamental. **Psicol. Reflex. Crit.** v. 23(1), p. 29-36, 2010.

KESSLER, R. C.; ADLER, L.; BARKLEY, R.; BIEDERMAN, J.; CONNERS, C. K.; DEMLER, O.; FARAONE, S.V.; GREENHILL, L.L.; HOWES, M. J.; SECNIK, K.; SPENCER, T.; USTUN, T. B.; WALTERS, E. E.; ZASLAVSKY, A. M. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. **Am J Psychiatry**. v. 163(4), p. 716-23, 2006.

KUPERMAN, S.; PERRY, P. J.; GAFFNEY, G. R.; LUND, B. C.; BEVER-STILLE, K. A.; ARNDT, S.; HOLMAN, T. L.; MOSER, D. J.; PAULSEN, J. S. Bupropion SR vs. methylphenidate vs. placebo for attention deficit hyperactivity disorder in adults. **Ann Clin Psychiatry**. v. 13(3), p. 129-34, 2001.

LAM, L. T. Attention deficit disorder and hospitalization owing to intra- and interpersonal violence among children and young adolescents. **J Adolesc Health**. v. 36(1), p. 19-24, 2005.

MANNUZZA, S.; KLEIN, R. G.; BESSLER, A.; MALLOY, P.; LAPADULA, M. Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. **Arch Gen Psychiatry**. v. 50(7), p. 565-76, 1993.

MATTES, J. A.; BOSWEL, L.; OLIVER, H. Methylphenidate effects on symptoms of attention deficit disorder in adults. **Arch Gen Psychiatry**. v. 41, p. 1059-63, 1984.

MATTOS, P. TDAH: Uma doença inventada. Conferência Magna no V Congresso Internacional da ABDA. Rio de Janeiro, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/br/noticias/reportagens/item/275-reportagem-sobre-vcongresso-internacional-da-abda.html?tmpl=component&print=1>>. Acesso em: 27 jan, 2014.

McCRACKEN, J. T.; MCGOUGH, J.; SHAH, B.; CRONIN, P.; HONG, D.; AMAN, M. G.; ARNOLD, L. E.; LINDSAY, R.; NASH, P.; HOLLWAY, J.; MCDOUGLE, C. J.;

POSEY, D.; SWIEZY, N.; KOHN, A.; SCAHILL, L.; MARTIN, A.; KOENIG, K.; VOLKMAR, F.; CARROLL, D.; LANCOR, A.; TIERNEY, E.; GHUMAN, J.; GONZALEZ, N. M.; GRADOS, M.; VITIELLO, B.; RITZ, L.; DAVIES, M.; ROBINSON, J.; MCMAHON, D. Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network. Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. **N Engl J Med.** v. 347(5), p. 314-21, 2002.

MENTAL HEALTH IN THE UNITED STATES. Prevalence of diagnosis and medication treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder-United States, 2003. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, v. 54(34), p. 842-7, 2005.

MICHELSON, D.; ADLER, L.; SPENCER, T.; REIMHERR, F. W.; WEST, S. A.; ALLEN, A. J.; KELSEY, D.; WERNICKE, J.; DIETRICH, A.; MILTON, D. Atomoxetine in adults with ADHD: two randomized, placebo-controlled studies. **Biol Psychiatry.** v. 53(2), p. 112-120, 2003.

_____; ALLEN, A. J.; BUSNER, J.; CASAT, C.; DUNN, D.; KRATOCHVIL, C.; NEWCORN, J.; SALLEE, F. R.; SANGAL, R. B.; SAYLOR, K.; WEST, S.; KELSEY, D.; WERNICKE, J.; TRAPP, N. J.; HARDER, D. Once-daily atomoxetine treatment for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled study. **Am J Psychiatry.** v. 159(11), p. 1896-901, 2002.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. Belo Horizonte, p. 238, 2006.

MTA COOPERATIVE GROUP. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. **Arch Gen Psychiatry.** v. 56, p. 1073-86, 1999.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. **Arch Gen Psychiatry.** v. 56, p. 1073-86, 1999.

NILOLOV, R.; JONKER, J.; SCAHILL, L. Autismo: Tratamentos psicofarmacológicos e áreas de interesse para desenvolvimentos futuros. **Rev Bras Psiquiatr.** v. 28, p. 39-46, 2006.

O'CONNELL, M. E.; BOAT, T.; WARNER, K. E. Preventing Mental, Emotional and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities (MEB). Washington (DC). **National Academies Press.** 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIA DA SAÚDE (OMS). *El embarazo y el aborto em la adolescencia.* Genebra. **OMS.** 1975

_____. Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001 - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: **OMS.** p.17-45, 2001.

OWENS, E. B.; HINSHAW, S. P.; KRAEMER, H. C.; ARNOLD, L. E.; ABIKOFF, H. B.; CANTWELL, D. P.; CONNERS, C. K.; ELLIOTT, G.; GREENHILL, L. L.; HECHTMAN, L.; HOZA, B.; JENSEN, P. S.; MARCH, J. S.; NEWCORN, J. H.; PELHAM, W. E.; SEVERE, J. B.; SWANSON, J. M.; VITIELLO, B.; WELLS, K. C.; WIGAL, T. Which treatment for whom for ADHD? Moderators of treatment response in the MTA. **J Consult Clin Psychol.** v. 71, p. 540-52, 2003.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos.** v. 11 (2), p. 241-58, 2004.

PEARSON, D. A.; SANTOS, C. W.; ROACHE, J. D.; CASAT, C. D.; LOVELAND, K. A.; LACHAR, D.; LANE, D. M.; FARIA, L. P.; CLEVELAND, L. A. Treatment effects of methylphenidate on behavioral adjustment in children with mental retardation and ADHD. **J Acad Child Adolesc Psychiatry.** v. 42(2), p. 209-16, 2003.

PHYSICIANS' DESK REFERENCE. Montvale, NJ. **Thomson PDR.** 2007.

PLISZKA, S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.** v. 46(7), p. 894-921, 2007.

POLANCZYK, G.; DE LIMA, M. S.; HORTA, B.L.; BIEDERMAN J.; ROHDE L.A. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. **Am J Psychiatry.** v. 164(6), p. 942-8, 2007.

PRINCE, J. B.; WILENS, T. E.; BIEDERMAN, J.; SPENCER, T. J.; MILLSTEIN, R.; POLISNER, D. A.; BOSTIC, J. Q. A controlled study of nortriptyline in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. **J Child Adolesc Psychopharmacol.** v. 10(3), p. 193-204, 2000.

REIS, A. O. A.; da FONSECA, F. L.; NETO, M. L. R.; DELFINI, P. S. S. As Crianças e os Adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil. São Paulo. **Schoba.** 2012.

ROHDE, L. A.; SZOBOT, C.; POLANCZYK, G.; SCHMITZ, M.; MARTINS, S.; TRAMONTINA, S. Attention-deficit/hyperactivity Disorder in a Diverse Culture: do research and clinical findings support the notion of a cultural construct for the disorder? **Biol. Psychiat.** v. 57(11), p. 1436-41, 2005.

_____; BIEDERMAN, J.; ZIMMERMANN, H.; SCHMITZ, M.; MARTINS, S.; TRAMONTINA, S. - Exploring ADHD Age-of-onset Criterion in Brazilian Adolescents. **European Child Adolesc Psychiatry.** v. 9, p. 212-8, 2000.

_____; HALPERN, R. Transtorno de déficit de Atenção/Hiperatividade: atualização. **Jornal de Psiquiatria.** v. 80(2), p. 61-70, 2004.

_____; KETZER, C. R. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. In: FICHTNER, Nilo (Org.). *Prevenção, Diagnóstico e Tratamento dos transtornos Mentais da infância e da adolescência: um enfoque desenvolvimental.* Porto Alegre. **Artes Médicas.** 1997.

SCANDOLARA, A. S.; ROCKENBACH, A.; SGARBOSSA, E. A.; LINKE, L. R.; TONINI, N. S. Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cascavel - PR. **Psicol. Soc.** v. 21(3), p. 334-42, 2009.

SCHACHTER, H. M.; PHAM, B.; KING, J.; LANGFORD, S.; MOHER, D. How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis. **CMAJ.** v. 165(11), p. 1475-1488, 2001.

SCHUBINER, H.; SAULES, K. K.; ARFKEN, C. L.; JOHANSON, C. E.; SCHUSTER, C. R.; LOCKHART, N.; EDWARDS, A.; DONLIN, J.; PIHLGREN, E. Double-blind placebo-controlled trial of methylphenidate in the treatment of adult ADHD patients with comorbid cocaine dependence. **Exp Clin Psychopharmacol.** v. 10(3) p. 286-94, 2002.

SMOOT, L. C.; BOOTHBY, L. A; GILLETT, R. C. Clinical Assessment and Treatment of ADHD in Children. **Int. J. Clin. Pract.** v. 61(10), p. 1730-8, 2007.

SOUZA, W. S. Associações de usuários e familiares frente à implementação da política de Saúde Mental no município do Rio de Janeiro. **Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.** Rio de Janeiro. 1999.

SPENCER T, HEILIGENSTEIN JH, BIEDERMAN J, FARIES DE, KRATOCHVIL CJ, CONNERS CK, POTTER WZ. Results from 2 proof-of-concept, placebo-controlled studies of atomoxetine in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. **J Clin Psychiatry.** v. 63(12), p. 1140-7, 2002.

_____; BIEDERMAN, J.; HEILIGENSTEIN, J.; WILENS, T.; FARIES, D.; PRINCE, J.; FARAONE, S. V.; REA, J.; WITCHER, J.; ZERVAS, S. An open-label, dose-ranging study of atomoxetine in children with attention deficit hyperactivity disorder. **J. Child Adolesc Psychopharmacol.** v. 11(3), p. 251-65, 2001.

_____; BIEDERMAN, J.; WILENS, T.; DOYLE, R.; SURMAN, C.; PRINCE, J.; MICK, E.; ALEARDI, M.; HERZIG, K.; FARAONE, S. A large, double-blind, randomized clinical trial of methylphenidate in the treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Biol Psychiatry.** v. 57(5), p. 456-63, 2005.

_____; BIEDERMAN, J.; WILENS, T.; HARDING, M.; O'DONNELL, D.; GRIFFIN, S. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.** v. 35(4), p. 409-28, 1996.

_____; WILENS, T. E.; BIEDERMAN, J.; FARAONE, S. V.; ABLON, S.; LAPEY, K. A double blind, crossover comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood onset attention deficit hyperactivity disorder. **Arch Gen Psychiatry.** v. 52, p. 434-43, 1995.

STUBBE, D. Transtornos de excreção: encoprese funcional e enurese funcional. In STUBBE, D. *Psiquiatria da infância e adolescência.* Porto Alegre: **Artem.** p.112-117, 2008.

SWANSON, J. M.; ELLIOTT, G. R.; GREENHILL, L. L.; WIGAL, T.; ARNOLD, L. E.; VITIELLO, B.; HECHTMAN, L.; EPSTEIN, J. N.; PELHAM, W. E.; ABIKOFF, H. B.; NEWCORN, J. H.; MOLINA, B. S.; HINSHAW, S. P.; WELLS, K. C.; HOZA, B.; JENSEN, P. S.; GIBBONS, R. D.; HUR, K.; STEHLI, A.; DAVIES, M.; MARCH, J. S.; CONNERS, C. K.; CARON, M.; VOLKOW, N. D. Effects of Stimulant Medication on Growth Rates Across 3 Years in the MTA Follow-up. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. 2007; v. 46(8), p. 1015-27, 2007.

_____ ; WIGAL, S. B.; WIGAL, T.; SONUGA-BARKE, E.; GREENHILL, L. L.; BIEDERMAN, J.; KOLLINS, S.; NGUYEN, A. S.; DECORY, H. H.; HIRSHE-DIRKSEN, S. J.; HATCH, S. J. A comparison of once-daily extended-release methylphenidate formulations in children with attention-deficit/hyperactivity disorder in the laboratory school (the Comacs Study). **Pediatrics**. v. 113, p. 206-16, 2004.

TAN, M.; APPLETON, R. Attention deficit and hyperactivity disorder, methylphenidate, and epilepsy. **Arch Dis Child**. v. 90(1), p. 57-9, 2005.

TAYLOR, E.; DOPFNER, M.; SERGEANT, J.; ASHERSON, P.; BANASCHEWSKI, T.; BUITELAAR, J.; COGHILL, D.; DANCKAERTS, M.; ROTHENBERGER, A.; SONUGA-BARKE, E.; STEINHAUSEN, H. C.; ZUDDAS, A. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder - first upgrade. **Eur Child Adolesc Psychiatry**. v. 13(1), p. 7-30, 2004.

TEICHER, M. H.; POLCARI, A.; FOLEY, M.; VALENTE, E.; MCGREENERY, C. E.; CHANG, W. W. Methylphenidate blood levels and therapeutic response in children with attention-deficit hyperactivity disorder: I. Effects of different dosing regimens. **J Child Adolesc Psychopharmacol**. v. 16(4), p. 416-31, 2006.

THOME, J.; JACOBS, K. A. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. **Eur Psychiatry**. v. 19(5), p. 303-6, 2004.

THOMPSON, A. L.; MOLINA, B. S.; PELHAM, W. JR.; GNAGY, E. M. Risky driving in adolescents and young adults with childhood ADHD. **J Pediatr Psychol**. v. 32(7), p. 745-59, 2007.

TONINI, N. S., Planejamento em Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica: um estudo dos municípios da região oeste do Paraná. Universidade de São Paulo. **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**. p. 236, 2005.

VITOLO, Y. L. C.; FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, ROBERT; BORDIN, I. A. S. Parental Beliefs and Child-rearing Attitudes and Mental Health Problems among Schoolchildren. **Rev. Saúde Pública**. v. 39(5), p. 716-24, 2005.

WEISS, G. Transtorno de Déficit de Atenção por hipertatividade. In: LEWIS, Welvin. Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Tradução de Bayse Batista, Sandra Costa e Irineo C.S. Ortiz. Porto Alegre. **Artes Médicas**. 1995.

WENDER, P. H.; REIMHERR, F. W.; WOOD, D. R. Attention deficit disorder (minimal brain dysfunction) in adults: A replication study of diagnosis and drug treatment. **Arch Gen Psychiatry**. v. 38, p. 449-56, 1981.

WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines. **World Health Organization**. 1992.



WILENS, T. E.; BIEDERMAN, J.; PRINCE, J.; SPENCER, T. J.; FARAONE, S. V.; WAEBURTON, R.; SCHLEIFER, D.; HARDING, M.; LINEHAN, C.; GELLER, D. Six-week, double-blind, placebocontrolled study of desipramine for adult attention deficit hyperactivity disorder. **Am J Psychiatry**. v. 153(9), p. 1147-53, 1996.

WILENS, T. E.; SPENCER, T. J.; BIEDERMAN, J.; GIRARD, K.; DOYLE, R.; PRINCE, J.; POLISNER, D.; SOLHKHAH, R.; COMEAU, S.; MONUTEAUX, M. C.; PAREKH, A. A controlled clinical trial of bupropion for attention deficit hyperactivity disorder in adults. **Am J Psychiatry**. v. 158(2), p. 282-8, 2001.

WOOD, D. R.; REIMHERR, F. W.; WENDER, P. H.; JOHNSON, G. E. Diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction in adults. **Arch Gen Psychiatry**. v. 33, p. 1453-60, 1976.

ZEINER, P.; BRYHN, G.; BJERCKE, C.; TRUYEN, K.; STRAND, G. Response to methylphenidate in boys with attention-deficit hyperactivity disorder. **Acta Paediatr**. v. 88, p. 298-303, 1999.

ANEXO A – Anuência Secretaria de Saúde de Ouro Preto/MG

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP
Escola de Farmácia

Ouro Preto, 26 de Janeiro de 2012

Senhor Secretário,

Venho solicitar-lhe autorização para a execução do projeto “Avaliação da utilização de medicamentos em crianças acometidas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade atendidas pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil de Ouro Preto – MG”, assim como o acesso tanto às dependências do CAPSi – Ouro Preto e aos prontuários para coleta dos dados da pesquisa.

Este projeto vinculado à Universidade Federal de Ouro Preto e ao Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, o qual propõe uma avaliação da utilização dos medicamentos pelas crianças atendidas no CAPSi - OP.

Esclareço ainda, que tal projeto será enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto, antes do início das atividades.

Agradeço a atenção e coloco-me a disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Lucas Araujo Guedes

Lucas Araujo Guedes
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas
Mestrando

Vanja Maria Veloso

Prof. Dra. Vanja Maria Veloso
Orientadora

Carla Serra

Prof. Dra. Carla Penido Serra
Co-Orientadora

Ex.^{mo} Sr.
Dr. Ariosvaldo Figueiredo Santos Filho
Secretário Municipal de Saúde de Ouro Preto

Autorizaç.
27/01/2012
Ariosvaldo Figueiredo Santos Filho
Ariosvaldo Figueiredo Santos Filho
Secretário Municipal de Saúde
Ouro Preto

Rua Costa Santa, 171 – Centro – 35400-000 – Ouro Preto – MG – Brasil
Homepage: <http://www.ufop.br> – E-mail: director@ufop.br – Fone: (0xx31) 3559-1626 – Fax: (0xx31) 3559-1628

ANEXO B – Anuência Coordenadora do CAPSi de Ouro Preto/MG



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência
Ambulatório da Saúde Mental -3552 3165

Ouro Preto, de de 2012.

Senhora Coordenadora,

Venho solicitar-lhe autorização para a execução do projeto “Avaliação da utilização de medicamentos em crianças acometidas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade atendidas pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil de Ouro Preto – MG”, assim como o acesso às dependências do CAPSi – Ouro Preto e aos prontuários para coleta dos dados da pesquisa.

Este projeto vinculado à Universidade Federal de Ouro Preto e ao Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, o qual propõe uma avaliação da utilização dos medicamentos pelas crianças atendidas no CAPSi - OP.

Esclareço ainda, que tal projeto será enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto, antes do início das atividades.

Agradeço a atenção e coloco-me a disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,



Lucas Araujo Guedes
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas
Mestrando



Prof. Dra. Vanja Maria Veloso
Orientadora



Prof. Dra. Carla Penido Serra
Co-Orientadora

Ex.^{ma} Sra.
Christine Vianna Algarves Magalhães
Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil de Ouro Preto

Conte, seu boizão!
Christine Vianna A. Magalhães
Coord. CAPSi

Christine Vianna A. Magalhães
Coordenadora do Centro de
Saúde Mental da Comissão de
Atendimento de Ouro Preto - 2012

ANEXO C – Declaração de Responsabilidade

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP
Escola de Farmácia



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro para os fins que se fizerem necessários, que os dados obtidos dos pacientes por meio da pesquisa intitulada como "AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM CRIANÇAS ACOMETIDAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE ATENDIDAS PELO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL DE OURO PRETO – MG", serão mantidos em sigilo e que em momento algum estes dados permitirão a identificação de um paciente em particular.

Declaro ainda que os dados serão tratados em conjunto, e nunca isoladamente e, serão divulgados em revistas científicas e congressos.

Profa. Vanja Maria Veloso – Coordenadora/orientadora

Profa. Carla Penido Serra – Coordenadora/Co-orientadora

Lucas Araujo Guedes /Mestrando

ANEXO D – Termo de Compromisso com Resolução 196/96



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP
Escola de Farmácia



TERMO DE COMPROMISSO COM A RESOLUÇÃO CNS 196/96

Nós, pesquisadores abaixo identificados e subscritores do presente, declaramos pelo presente projeto de pesquisa em epígrafe, que estamos cientes e que cumprimos os termos da Resolução 196 de 09/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde. Ainda, nestes termos, nos comprometemos a:

- Zelar pela privacidade e sigilo das informações obtidas em coleta de dados;
- Apresentar os relatórios e/ou esclarecimentos que a nós forem solicitados pelo Comitê de Ética (CEP) da UFOP;
- Tornar os resultados desta pesquisa públicos, sejam eles favoráveis ou não;
- Comunicar ao CEP da UFOP qualquer alteração no projeto de pesquisa em forma de relatório ou comunicação protocolada.
- Reconduzir a pesquisa ao Comitê de Ética da UFOP após o seu término para obter autorização de publicação;
- Assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos sujeitos da pesquisa;
- Respeitar os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes dos sujeitos da pesquisa.

Ouro Preto, 04 de 06 de 2012

Vanja Maria Veloso

Profa. Vanja Maria Veloso – Coordenadora/orientadora
RG – MG1.624.761

Carla Serra

Profa. Carla Penido Serra – Coordenadora/Co-orientadora
RG – MG3.288.322

Lucas Araujo Guedes

Lucas Araujo Guedes
RG – MG-14192271