



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
DA SAÚDE**

**PANORAMA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS DE SAÚDE DESTINADAS
AOS INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE (TDAH):
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

JÉSSICA ALBINO

Foz do Iguaçu
2023



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS
DA VIDA E DA NATUREZA (ILACVN)
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA
SAÚDE**

**PANORAMA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS DE SAÚDE DESTINADAS AOS
INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE
(TDAH):
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

JESSICA ALBINO

Artigo apresentado à Universidade Federal da Integração Latino-Americana como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão da Saúde

Orientador/a: Profa. Dra. Juliana Domingues

Foz do Iguaçu
2023

JÉSSICA ALBINO

**PANORAMA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS DE SAÚDE DESTINADAS AOS
INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE
(TDAH):
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Artigo apresentado à Universidade Federal da
Integração Latino-Americana como requisito
parcial para a obtenção do título de Especialista
em Gestão da Saúde

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Dra Juliana Domingues
UNILA

Profa. Esp. Sabrina Coelho Poses
UNILA

Profa. Dra. Ana Paula Araújo Fonseca
UNILA

Foz do Iguaçu, 07 de julho de 2023.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do/a autor/a: Jéssica Albino

Curso: Especialização em Gestão da Saúde

		Tipo de Documento
(.....) graduação	(.....) artigo	
(X) especialização	(X) trabalho de conclusão de curso	
(.....) mestrado	(.....) monografia	
(.....) doutorado	(.....) dissertação	
	(.....) tese	
	(.....) CD/DVD – obras audiovisuais	
	(.....)	

Título do trabalho acadêmico: Panorama das políticas públicas nacionais de saúde destinadas aos indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): uma revisão de literatura

Nome do orientador(a): Profa. Dra. Juliana Domingues

Data da Defesa: 07/07/2023

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a): Jéssica Albino

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, 07 de julho de 2023.



Assinatura do Responsável

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço minha mãe (Aparecida), irmãs (Micheli e Pamela), cunhados (Edvaldo e Matheus) e ao meu amado sobrinho Arthur, pois estes têm sido responsáveis por todo apoio financeiro e emocional para que eu consiga me manter em Foz do Iguaçu e assim terminar não apenas essa pós, como também minha graduação na UNILA.

A Keila, minha companheira de vida, com quem eu posso me permitir ser eu mesma e contar para absolutamente TUDO. Com ela eu aprendi que o amor pode sobreviver a 1.071 km de distância, sobre literatura, a qualidade e beleza dos filmes nacionais, sobre confiança e sobretudo parceria. Muito obrigada por se permitir caminhar ao meu lado e fazer de minha vida muito mais vida. E claro, obrigada por me auxiliar com a correção ortográfica, de concordância e coerência deste trabalho.

A minha orientadora, prof. Juliana Domingues, pela disponibilidade, agilidade e organização em suas correções.

As professoras, Sabrina e Ana Paula, que compuseram a banca examinadora e aceitaram ser parte dessa nova etapa.

A UNILA, por permitir a realização de um sonho por meio da Educação gratuita e de qualidade.

RESUMO

Nas últimas décadas, os transtornos de neurodesenvolvimento têm ganhado destaque enquanto objetos de estudo da pesquisa em saúde. Tal perspectiva impulsionou a crescente demanda por diagnóstico e tratamento, reforçando a relevância da criação e implementação de políticas públicas que possam subsidiar intervenções com vistas à promoção da qualidade de vida de pessoas que convivem com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Considerando este cenário, a presente pesquisa configura um estudo de caráter qualitativo, cujo objetivo geral foi realizar um mapeamento das políticas públicas de saúde para indivíduos com TDAH, no contexto nacional. Para a efetivação deste propósito, utilizamos como procedimento metodológico a revisão bibliográfica e documental, cujos resultados apontam para a existência de dois marcos regulatórios de políticas públicas de saúde direcionados aos indivíduos com TDAH, a saber, a Lei que institui a Semana Nacional de Conscientização sobre o TDAH e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. Apesar dos subsídios trazidos por estes documentos no que concerne à legitimidade e visibilidade das demandas em saúde dos indivíduos com TDAH, nossa análise aponta para a fragilidade de tais políticas, desvelando contradições e incongruências no que se refere às escassas perspectivas legais já consolidadas, evidenciando a urgência de ampliação deste debate em diferentes âmbitos da sociedade.

Palavras-chave: Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade; Política de Saúde; Transtornos do Neurodesenvolvimento; Sistema Único de Saúde.

RESUMEN

En las últimas décadas, los trastornos del neurodesarrollo han ganado protagonismo como objeto de estudio en la investigación sanitaria. Esta perspectiva ha impulsado la creciente demanda de diagnóstico y tratamiento, reforzando la relevancia de crear e implementar políticas públicas que puedan apoyar intervenciones dirigidas a promover la calidad de vida de las personas que viven con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Considerando este escenario, esta investigación es un estudio cualitativo con el objetivo general de mapear las políticas públicas de salud para individuos con TDAH en el contexto nacional. Para lograr este propósito, se utilizó como procedimiento metodológico la revisión bibliográfica y documental, cuyos resultados apuntan a la existencia de dos marcos normativos de políticas públicas de salud dirigidas a individuos con TDAH, a saber, la Ley que establece la Semana Nacional de Concientización del TDAH y el Protocolo Clínico y Guía Terapéutica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. A pesar de los subsidios traídos por estos documentos en relación a la legitimidad y visibilidad de las demandas de salud de los individuos con TDAH, nuestro análisis apunta a la fragilidad de tales políticas, revelando contradicciones e inconsistencias en relación a las escasas perspectivas legales ya consolidadas, destacando la urgencia de ampliar este debate en diferentes esferas de la sociedad.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; Política de Salud; Trastornos del Neurodesarrollo; Sistema Único de Salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	Associação Americana de Psiquiatria
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças
DA	Dopamina
DSM	Manual diagnóstico Estatístico de transtornos mentais
NA	Noradrenalina
OMS	Organização Mundial de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TOD	Transtorno Opositivo Desafiador
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE.....	15
2.1 Epidemiologia do TDAH.....	16
2.2 Fisiopatologia e Etiologia do TDAH.....	16
2.3 Diagnóstico e Tratamento do TDAH.....	18
3 O SUS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO NACIONAL.....	20
3.1 Políticas públicas de saúde para indivíduos com TDAH no Brasil.....	23
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
5 REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é uma condição neuropsiquiátrica, classificada como um transtorno do neurodesenvolvimento, que apresenta como características padrões de diminuição/dificuldade de atenção, episódios de inquietude mental e/ou motora e aumento na impulsividade. Esses sintomas podem estar presentes de maneira isolada ou simultânea, fato esse que influencia na classificação do transtorno em predominantemente desatento, hiperativo ou misto (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Por muito tempo o TDAH foi descrito um transtorno relativo à infância, no entanto atualmente sabe-se que também está presente em muitos adultos e acarreta prejuízos que vão além das dificuldades acadêmicas. Os indivíduos com TDAH podem apresentar prejuízos nos âmbitos social, familiar, afetivo, ocupacional e ainda estão mais propensos ao desenvolvimento de vícios e envolvimento em acidentes.

Um dos primeiros registros que evidenciam aspectos semelhantes ao que atualmente definimos como TDAH é datado de 1798, quando o médico escocês Alexander Crichton descreveu um estado mental de “incapacidade de prestar atenção com o grau necessário de constância a qualquer objeto”. O autor ainda ressaltou que esse quadro poderia apresentar um início precoce e que a sintomatologia reduziria com a idade, afirmação essa que perdurou por vários anos e ainda é bastante difundida socialmente. Quase meio século após esse registro, em 1846, o psiquiatra Heinrich Hoffmann descreveu, em um livro de contos infantis, crianças com comportamento marcado por distratibilidade, impulsividade e hiperatividade (BARANIUK; ROHDE; POLANCZYK, 2021).

A partir de então foram surgindo diversas publicações e definições sobre o TDAH, que incluíram concepções de prejuízo no controle moral, dano cerebral e disfunção cerebral mínima, até o surgimento dos sistemas de classificação, que foram de suma importância para o entendimento do transtorno e para conferir visibilidade a estudos e pesquisas relativas ao quadro.

Nesse sentido, o TDAH apareceu pela primeira vez na Classificação Internacional de Doenças 9 (CID-9) e também foi incluído na segunda versão do

Manual diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais (DSMII) que é publicado pela American Psychiatric Association (BARANIUK; ROHDE; POLANCZYK, 2021).

A partir deste reconhecimento do TDAH como um transtorno com repercussões importantes na vida do indivíduo, foi possível obter avanços nas questões diagnósticas e de tratamento dessa condição que está presente em uma parcela significativa da população: estudos populacionais acerca do TDAH estimam sua prevalência mundial entre 5 e 6%; no contexto nacional, os dados convergem com aqueles explicitados em tal estimativa. Apesar do aumento expressivo no número de estudos sobre o TDAH, não há uma etiologia definida para o transtorno, sabe-se, contudo, que existem influências genéticas, ambientais, sociais, alterações neuroanatômicas e disfunções de neurotransmissores.

Outro fator relevante relacionado ao TDAH refere-se a alta taxa de comorbidades presentes no transtorno. A prevalência de crianças e adolescentes que possuem outros transtornos mentais associados varia de 40% a 80% e as comorbidades mais comumente relatadas articulam-se ao estágio de desenvolvimento do indivíduo. Entretanto, os transtornos disruptivos representam as comorbidades mais frequentes sendo: 50% a 60% diagnosticados com TOD e 20% a 50% com transtorno de conduta (BARANIUK; ROHDE; POLANCZYK, 2021).

Apesar de o TDAH constituir um transtorno amplamente estudado, divulgado e que possui critérios diagnósticos definidos, observamos a recorrência de indivíduos que receberam diagnóstico tardio e outros que nunca chegaram a acessar mecanismos de avaliação com vistas a confirmação diagnóstica.

Tais entraves justificam-se, sobretudo, por fatores tais como falta de profissionais, alta demanda no Sistema Único de Saúde (SUS), etc. Neste sentido, é pertinente evidenciar ainda a existência de indivíduos que mesmo possuindo acesso ao diagnóstico, encontram dificuldades relativas ao tratamento, seja no âmbito da psicoterapia ou da farmacologia, já que os principais medicamentos prescritos para o manejo desta condição são de alto custo e não estão contemplado na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Deste modo, desvelam-se múltiplos entraves para que os indivíduos com TDAH tenham seu direito constitucional de acesso à saúde assegurado, seja pela ausência de profissionais qualificados para realizar intervenções, seja pela omissão do Estado, representada pela escassez de políticas públicas que viabilizem o diagnóstico precoce ou ainda pela ausência do tratamento medicamentoso de

forma gratuita no SUS.

Nos últimos anos verifica-se o aumento na incidência dos casos de transtornos do neurodesenvolvimento, com destaques para o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o TDAH, que têm sido identificados em diferentes faixas etárias. No entanto, o que podemos de fato constatar é um aumento no número de diagnósticos realizados, já que tem sido conferida maior atenção ao quadro sintomatológico. Tal mudança pode estar relacionada aos mais diversos fatores, entre eles: sociais (como alterações nos padrões de interação familiar), genéticos (conhecimento dos padrões de herdabilidade) e ambientais (tabagismo e baixo peso ao nascer como fatores de risco para o desenvolvimento do transtorno). Ademais, cabe ressaltar que os avanços das pesquisas na neurociência e psiquiatria, permitiram estabelecer de maneira mais clara critérios e classificações diagnósticas, bem como a viabilização do tratamento, que tem como objetivo primordial propiciar uma melhor qualidade de vida a quem possui essa condição. Cumpre ressaltar, no entanto, que o acesso às possibilidades de diagnóstico e tratamento ainda estão circunscritas a uma parcela da população, conforme discutiremos mais detidamente ao longo das próximas seções.

No que tange ao prognóstico a respeito do TDAH, estima-se que aproximadamente 15% dos indivíduos que apresentam tal condição na infância mantêm os critérios diagnósticos na vida adulta e cerca 65% das pessoas que receberam o diagnóstico quando crianças apresentam sintomas e prejuízo funcionais na idade adulta, sem que se encaixem nos critérios diagnósticos. Além disso, o transtorno tem sido associado a redução no desempenho escolar e sucesso acadêmico, rejeição social, maior propensão a sofrer lesões quando comparado a seus pares. Nos adultos, podem ocorrer baixo desempenho no campo profissional, maior probabilidade de desemprego, altos níveis de conflito interpessoal, bem como maiores indicadores de acidentes e violações de trânsito (APA, 2014; POLANCZYK, et. al., 2021).

Em face do exposto e considerando o aumento de diagnósticos de TDAH, aliados ao comprometimento que seus sintomas acarretam nos contextos acadêmico, social e profissional, compreendemos que trata-se fundamentalmente de um problema de saúde pública que deve, portanto, ser compreendido como foco de atuação dos serviços públicos, principalmente daqueles relacionados aos sistemas educacional e de saúde.

Considerando tais pressupostos, este artigo centra-se no seguinte problema de pesquisa: Quais são as políticas públicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), voltadas para o atendimento das pessoas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)?.

Acreditamos que a realização de um mapeamento das políticas públicas disponíveis contribuirá para a análise dos avanços, limitações e perspectivas para o atendimento de indivíduos com TDAH no âmbito da atenção primária à saúde, subsidiando processos de conscientização sobre o transtorno, bem como no que se refere à implementação de mecanismos que favoreçam a inclusão e a melhoria na qualidade de vida de tais indivíduos, considerando ações de caráter multidisciplinar.

A aproximação com a temática está atrelada a questões profissionais e de caráter pessoal. Outrossim, o tema em questão foi escolhido, pois embora haja uma clara definição de parâmetros diagnósticos, observamos a permanência de múltiplos entraves para que um maior contingente de indivíduos que vivem com tal condição tenham acesso ao diagnóstico e posteriormente às diferentes abordagens de tratamento disponíveis.

No escopo de tal percepção, uma das barreiras, no rol da psiquiatria, está centrada no estabelecimento de padrões de apresentação dos transtornos, que muitas vezes não atendem de forma plena a diversidade de manifestações clínicas entre indivíduos de diferentes sexos e faixas etárias. Tais episódios tem sido bastante frequente e se expressam, por exemplo, por meio do aumento nos diagnósticos de TEA e TDAH em adultos, principalmente em pessoas do sexo feminino.

Tendo em vista tais lacunas, o presente trabalho tem por objetivo geral realizar um mapeamento das políticas públicas de saúde para indivíduos com TDAH, no contexto nacional. No que se refere aos objetivos específicos pretende-se: definir e caracterizar o TDAH; identificar quais são as políticas públicas de saúde disponíveis para indivíduos com TDAH, no contexto do SUS; Refletir acerca das potencialidades e limitações de tais políticas de atenção à saúde direcionadas a pessoas com TDAH no contexto brasileiro.

Para tanto, a metodologia estará centrada na perspectiva da pesquisa qualitativa, considerando especialmente as ideias postuladas por Minayo (2014). Para a autora, as abordagens qualitativas estão intrinsecamente ligadas à

interpretação das relações sociais, das experiências do senso comum e dos significados construídos e partilhados por determinados grupos. Não se dedicam, pois, a processos de quantificação, mas pretendem dar ênfase a aspectos históricos, estruturais e simbólicos, uma vez que:

[...] visa a compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a; (a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2014, p. 23).

No presente trabalho apoiamo-nos, pois, na pesquisa bibliográfica, a fim de evidenciar os pressupostos teóricos construídos em torno da temática que elegemos como objeto de estudo. Ademais, optamos ainda pela análise documental, tomando-a como uma técnica valiosa para desvelar aspectos de um tema ou problema: no estudo aqui empreendido, a análise do arcabouço legal acerca das políticas de atendimento para pessoas com TDAH possibilitou a identificação de informações factuais a partir de nossas hipóteses, em consonância com as proposições de Ludke e André (2020):

Guba e Lincoln (1981) apresentam uma série de vantagens para o uso de documentos na pesquisa. Em primeiro lugar, destacam o fato de que os documentos constituem uma fonte estável e rica. Persistindo ao longo do tempo, os documentos podem ser consultados várias vezes e inclusive servir de base a diferentes estudos, o que dá mais estabilidade aos resultados obtidos. (LUDKE, ANDRÉ, 2020, p.45).

Assim, com vistas à consolidação de nossa proposta, primeiramente, deu-se a construção de um projeto, a fim de que pudéssemos delinear com maior clareza as etapas posteriores, além de avaliar a exequibilidade do estudo. A partir disso, optou-se pela estruturação de dois capítulos: o primeiro deles centra-se na definição do TDAH sob o ponto de vista psicopatológico; o segundo traz um breve histórico do SUS, enfatizando seu processo de implementação e diretrizes de funcionamento, se desdobrando em um tópico que por sua vez apresenta as Políticas Públicas de Saúde direcionadas aos indivíduos com TDAH, discutindo suas potencialidades e lacunas.

Como fonte de consulta utilizou-se livros, artigos de periódicos e sites tais como Associação Brasileira do Déficit de Atenção, Câmara legislativa e

Portal da legislação. Em seguida procedeu-se à leitura da legislação disponível com o objetivo de elencar os pontos principais e a partir disso analisar suas especificidades, bem como quais fragilidades ainda se desvelam no contexto jurídico.

Os resultados obtidos estão sintetizados neste trabalho de conclusão de curso de pós-graduação, sendo apresentados à banca de defesa em ato público e enviados ao repositório institucional da biblioteca da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA).

A construção desse trabalho e, conseqüentemente, seus resultados têm como função primordial, portanto, relatar quais as limitações e potencialidades da legislação brasileira em face do TDAH. Assim, entendemos que a investigação em pauta pode constituir instrumento avaliativo das políticas públicas disponíveis, bem como fomentar avanços na área.

2 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

O TDAH, no DSM V (2014) está classificado no rol dos transtornos do neurodesenvolvimento, sendo definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. O componente de desatenção envolve a incapacidade de se manter em uma tarefa, enquanto a hiperatividade-impulsividade se relaciona a uma atividade excessiva, que pode apresentar-se sob o ponto de vista motor e/ou psíquico.

A tríade de sintomas que especificam o transtorno: desatenção, hiperatividade e impulsividade, podem estar presentes simultaneamente ou de maneira isolada caracterizando um padrão mais desatento, mais hiperativo ou um quadro misto. Além disso, as respostas físicas, motoras e emocionais que são expressas pelos indivíduos com TDAH podem sofrer variações de acordo com o sexo e a faixa etária.

Assim como ocorre no TEA, as meninas com TDAH tendem a realizar um *masking*¹ o que dificulta seu diagnóstico; já os adultos que possuem o transtorno do tipo hiperativo ou misto, geralmente apresentam comportamentos diferentes das crianças e adolescentes, pois desenvolveram um controle regulatório

¹O termo *masking* se refere a uma camuflagem social, utilizada como ferramenta de adaptação pelos indivíduos neurodivergentes.

social.

2.1 Epidemiologia do TDAH

Em relação aos dados epidemiológicos, estima-se uma prevalência do TDAH de 5,29% entre indivíduos menores de 18 anos de idade e de 2,5% entre os adultos (POLANCZYK *et al.*, 2021; APA, 2014). No Brasil, um estudo de coorte com 5.249 indivíduos, encontrou uma prevalência de 6,3% em indivíduos com menos de 19 anos de idade (CAYE *et al.*, 2016). Em outro estudo brasileiro realizado com 1530 crianças entre 5 e 13 anos, identificou-se a prevalência do TDAH em 5,1% dos indivíduos (ARRUDA *et al.*, 2012). A compilação de dados epidemiológicos evidencia uma deficiência de informações disponíveis, em âmbito nacional, além de certas incongruências de dados que podem ser explicados pelas diferenças populacionais das amostras.

Considerando a população de indivíduos com TDAH, verifica-se a predominância de casos entre meninos, com uma proporção de meninos e meninas de 4:1 em estudos clínicos e 2,4:1 em estudos populacionais (POLANCZYK *et al.*, 2021). Essa proporção relacionada ao sexo também é evidente em outros transtornos do neurodesenvolvimento, tais como o TEA e o Transtorno Opositivo Desafiador (TOD). Outro dado relevante, é que assim como os demais transtornos do neurodesenvolvimento, o TDAH pode ser o transtorno de base ou ainda apresentar-se de maneira comórbida às outras patologias de mesma classificação.

2.2 Fisiopatologia e Etiologia do TDAH

Em relação à etiologia do TDAH, evidencia-se que o transtorno apresenta uma fisiopatologia complexa e multifatorial, que envolve fatores genéticos, biológicos e ambientais, não tendo sido ainda encontrada nenhuma causa que seja apontada como determinante para o surgimento da condição (POLANCZYK *et al.*, 2021). Nota-se que grande parte dos transtornos mentais apresentam essa característica etiológica, além disso, tanto o TDAH quanto outras patologias psiquiátricas podem apresentar sintomas que por vezes estão entrelaçados, fazendo

com que algumas linhas da psiquiatria adotem a ideia de um *continuum*².

A hipótese atual é a de que os sintomas da tríade originam-se, em parte, de anormalidades em vários circuitos que envolvem o córtex pré-frontal. Além de conter regiões funcionais específicas, o córtex é responsável por interpretar, gerenciar e associar ações. Os indivíduos com TDAH podem não ativar essas determinadas regiões quando precisam focar em algo, ou podem fazê-la de maneira ineficiente, culminando em cansaço e frustração (STAHL, 2014). Tais alterações se relacionam intrinsecamente com sintomas marcantes do TDAH, como dificuldade no gerenciamento do tempo, procrastinação, impulsividade, baixa tolerância à frustração e prejuízos na autoestima.

Os sintomas de desatenção no TDAH, mais conhecidos como disfunção executiva e como incapacidade de manter a atenção estariam ligados ao processamento ineficiente de informações no córtex pré-frontal dorsolateral (CPFDL); já as dificuldades de atenção seletivas estariam ligadas ao processamento ineficiente de informações no córtex cingulado anterior dorsal (CCAd). A hiperatividade pode ser modulada pelo córtex motor pré-frontal e a impulsividade, pelo córtex orbitofrontal (COF) (STAHL, 2014).

Algumas pesquisas têm sugerido que essa incapacidade de realizar uma ativação adequada das áreas do córtex pré-frontal em resposta a tarefas cognitivas de atenção e função executiva resulte da desregulação da dopamina (DA) e da noradrenalina (NA), que atuam orquestrando o funcionamento normal dos neurônios piramidais no córtex pré-frontal, desse modo, a regulação da atenção e do comportamento depende da liberação ótima de DA e de NA (STAHL, 2014).

Se a estimulação nos receptores $\alpha 2A$ (noradrenérgico) e D1 (dopaminérgico) for muito baixa, todos os sinais que chegam até eles ficam iguais, impedindo que o indivíduo foque em determinada tarefa. Já quando ocorre uma estimulação excessiva, os sinais se misturam, ao passo que receptores adicionais são recrutados, o que desfoca novamente a atenção da pessoa e propicia os sintomas de impulsividade, gerando sinais de ansiedade (STAHL, 2014). Ao que tudo indica, a liberação ótima de DA e NA depende de uma estimulação em pulsos que deve apresentar uma amplitude e frequência adequadas.

² A abordagem diagnóstica dimensional (*continuum*) propõe que a psiquiatria moderna promova uma mudança de suas diretrizes diagnósticas, inspirada nas idéias de Emil Kraepelin. Trabalhando com a ideia de Espectros.

Outro importante fator presente nos transtornos de neurodesenvolvimento é sua relação com a poda neural. A sinaptogênese tem início na sétima semana de gestação e por volta dos 6 anos de idade ocorre seu ápice, com um aumento significativo e rápido de sinapses no córtex pré-frontal, sendo que aproximadamente metade delas são rapidamente eliminadas durante a adolescência. O momento de início do TDAH, em torno dos 7 anos, sugere que a formação de sinapses ou a escolha das sinapses a serem removidas no córtex pré-frontal durante a infância podem contribuir para o início e a fisiopatologia desta condição durante toda a vida. Os indivíduos que são capazes de compensar essas anormalidades pré-frontais com a formação de novas sinapses podem apresentar uma “melhora do quadro” na adolescência ou vida adulta (STAHL, 2014).

Tanto nas hipóteses neuroanatômica, neuroquímica e da poda neural inadequada, temos o córtex pré-frontal como a área essencialmente afetada; logo, ter conhecimento dessa associação pode trazer benefícios para o desenvolvimento de novas abordagens e perspectivas de tratamento. Com os avanços das pesquisas em neurociência tem-se discutido as questões da neuroplasticidade, que concebe o cérebro como um órgão dinâmico e adaptativo, que possui a capacidade de realizar modificações estruturais e funcionais, com o intuito de suprir “defeitos de funcionamento”, desse modo, esse processo de reabilitação neuropsicológica pode se constituir como um foco de tratamento para transtornos como o TDAH.

2.3 Diagnóstico e Tratamento do TDAH

O diagnóstico do TDAH é clínico e baseado em critérios diagnósticos bem estabelecidos e descritos no DSM V ou no Código Internacional de Doenças (CID), não havendo, portanto, nenhum exame que seja necessário para concluir um diagnóstico. Quando ocorre a solicitação de exames, esses têm a função de descartar outras patologias que podem estar associadas de maneira comórbida ou que podem mascarar sintomas semelhantes ao TDAH, como por exemplo nos casos de disfunções tireoidianas, que podem ser confundidas em decorrência de suas repercussões cognitivas.

O diagnóstico é estabelecido por um profissional médico capacitado,

por meio de entrevista clínica com os responsáveis e com o próprio indivíduo, além de relatórios escolares, exame psíquico e escalas que avaliam os sintomas. Tais instrumentos, além de auxiliar no processo diagnóstico, podem servir ao monitoramento do tratamento (POLANCZYK *et al.*, 2021).

É imprescindível que o profissional, ao realizar o diagnóstico de TDAH, compreenda suas diferentes manifestações sintomatológicas, a depender do sexo e da etapa de desenvolvimento do indivíduo, pois como já pontuado anteriormente, existem singularidades sintomáticas entre meninas e meninos, sendo que elas tendem a apresentar menos características de hiperatividade, enquanto eles as apresentam de maneira mais marcante. Há que se considerar ainda, a tendência de melhoria dos sintomas quando os indivíduos alcançam a vida adulta.

Conforme menções anteriores, o TDAH pode aparecer de maneira comórbida a outros transtornos, sendo assim, é relevante que o profissional, ao realizar a análise, se atente para os diagnósticos diferenciais, dentre eles os transtornos de humor, transtornos de ansiedade, transtornos por uso de substâncias e os transtornos psicóticos. Destaca-se, pois, que além da possibilidade desses transtornos coexistirem nos indivíduos, alguns sintomas podem mimetizar os sintomas do TDAH (BUKSTEIN, 2022).

Tal conduta atenta a verificação patologias congêneres, faz com que o manejo do transtorno seja mais eficiente, potencializando sua funcionalidade e assim propiciando uma maior qualidade de vida ao indivíduo.

Concluído o diagnóstico, o tratamento do TDAH pode incluir múltiplas abordagens, sendo cada uma delas direcionada para um aspecto do transtorno, como sintomas, padrões comportamentais, comorbidades e situações familiares e escolares envolvidas. Como se trata de uma condição que apresenta substancialmente um viés comportamental, é importante que a rede de apoio (família e escola) esteja articulada com a equipe multiprofissional (POLANCZYK *et al.*, 2021).

O tratamento para o TDAH é individualizado e varia de acordo com a faixa etária do paciente. No entanto, existem algumas modalidades de tratamento que podem ser instituídas a depender das demandas pessoais ou dos responsáveis pelo paciente, como as intervenções psicossociais, farmacoterapia, terapia combinada (comportamental e farmacológica), abordagens baseadas na escola, treinamento de habilidades sociais e intervenções de psicoterapia (sendo a Terapia

Cognitivo Comportamental - TCC a abordagem que apresenta melhor resposta) (KRULL; CHAN, 2023).

O tratamento farmacológico de primeira linha é realizado com medicações estimulantes: no Brasil temos disponíveis o metilfenidato e lisdexanfetamina, que são estruturalmente semelhantes às catecolaminas e potencializam as transmissões noradrenérgica e dopaminérgica. Outros medicamentos podem ser utilizados como tratamento de segunda linha para o TDAH, são eles: atomoxetina, antidepressivos tricíclicos, guanfacina, clonidina e bupropiona, sendo que no contexto nacional, encontram-se disponíveis os tricíclicos, bupropiona e clonidina (POLANCZYK *et al.*, 2021). Destacamos que os tratamentos de segunda linha devem ser utilizados apenas caso haja uma impossibilidade do uso do metilfenidato e lisdexanfetamina, seja por reações adversas, patologias de base que contraindicam o uso ou ainda por constatação de falha terapêutica.

O metilfenidato é a medicação mais utilizada para o tratamento do TDAH no Brasil, pois ela dispõe da opção genérica, o que lhe confere um menor custo. O metilfenidato atua no sistema dopaminérgico e noradrenérgico causando a liberação das catecolaminas, fazendo com que haja um aumento da disponibilidade de NA e DA no cérebro. Se pensarmos na hipótese neuroquímica de desregulação da atividade dos neurotransmissores noradrenalina e dopamina, ao ingerir o metilfenidato ocorreria um aumento dos neurotransmissores presentes na fenda sináptica, desse modo haveria uma facilitação da transmissão do estímulo, ao passo que mais moléculas de NA e DA seriam transmitidas nas sinapses.

Por fim, constatamos que o TDAH traz diversos prejuízos em diferentes áreas da vida dos indivíduos, assim é de grande importância o acesso e a realização de um tratamento adequado junto a equipe multidisciplinar, tendo em vista que a utilização simultânea de distintas abordagens de tratamento é mais eficiente do que utilizar apenas um método isolado como a psicoterapia ou somente o medicamento.

3 O SUS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO NACIONAL

O SUS constitui a maior e mais importante política pública de saúde do país e é resultado de uma série de acontecimentos que possibilitaram sua criação e implementação. Os grandes marcos do SUS foram a 8ª Conferência

Nacional de Saúde (1986), a aprovação da Constituição Cidadã (1988), a Lei 8080/90 e a Lei 8.142/90, no entanto podemos afirmar que o processo de construção do SUS é contínuo, nesse sentido destaca-se o novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde, o Previner Brasil, que foi instaurado em 2019.

O Brasil começou a pensar em saúde em 1923 com a Lei Eloy Chaves, que criou as caixas de aposentadorias e pensões, de modo a garantir que o trabalhador tivesse um suporte financeiro caso viesse a ter que se afastar do trabalho em decorrência de questões relacionadas à saúde, aposentadoria ordinária, pensão por morte e também o benefício da assistência à saúde, esses serviços eram custeados pelos três eixos (empregador, trabalhador e Estado), ou seja, nessa época já houve uma ideia de atrelar a saúde e a previdência social.

Na Constituição brasileira de 1937 apareceu pela primeira vez a expressão “seguro social”. Na Constituição de 1946, instituiu-se um modelo de contrapartida, com relação ao custeio, para que houvesse uma paridade entre as despesas e a arrecadação no Sistema da Seguridade Social, foi nesse período constitucional que surgiu a Lei Orgânica da Previdência Social (1960) que promoveu a unificação dos diversos tipos de Institutos de Aposentadoria e Pensão, esse processo deu início a universalização da Previdência Social no Brasil, que foi concretizado em 1967 com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Quarenta anos após a primeira menção ao que viria se tornar a seguridade social, no ano de 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que promoveu uma integração dos serviços que estavam relacionados a três áreas específicas: a saúde, a assistência social e a assistência médica (CRUZ, 2016).

No âmbito da saúde pública, anteriormente à criação do SUS, o acesso à saúde era destinado apenas àqueles cidadãos que contribuem com a previdência social. Ademais, a saúde tinha um caráter centralizado, de responsabilidade federal e não havia a participação social. O cuidado aos indivíduos sem vínculo empregatício era realizado no contexto de caridade pelas Santas Casas de Misericórdia (BRASIL, 2011).

A Constituição Cidadã, promulgada em 1988, representou o marco legal do SUS, ao garantir a saúde como um direito social. Também foi através dela que ficou estabelecido que “A seguridade social compreende um conjunto integrado

de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

Após a garantia da saúde como um direito de todo cidadão, foi necessário a criação de um sistema com preceitos e diretrizes bem definidas que atendesse as demandas de saúde. Nesse cenário, são estabelecidas as legislações que deram origem ao SUS, a Lei 8.080/90 (Lei orgânica do SUS), que dispõe sobre a organização e o funcionamento do SUS, detalhando os princípios do sistema (universalização, equidade e integralidade) e os princípios organizativos (descentralização, hierarquização, regionalização e participação social).

Para que houvesse um sistema de saúde gratuito e com todos os preceitos elencados era necessário a criação de uma legislação que abarcasse com maior clareza como funcionaria os recursos financeiros e as colaborações entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e neste tocante foi criada a Lei 8.142/90. Esta legislação trata não somente das questões de financiamento do sistema, mas também legisla sobre a participação e controle social na gestão do SUS, instituindo assim os Conselhos de Saúde.

O SUS está estruturado a partir de uma articulação de dados, responsabilidades e financiamento dos governos Federal, Estadual e Municipal, concretizando o modelo de gestão tripartite. O funcionamento do sistema de saúde, desde sua criação, vem buscando estratégias que possibilitem um melhor desempenho e efetividade, por meio de programas, políticas e ações, sempre orientado pelos princípios de: universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação social. Nesse contexto, destacamos programas como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o extinto Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), eMulti (equipe multiprofissional) e o Previne Brasil.

Ademais, cabe ressaltar que o SUS atua de forma a garantir a promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Para tanto, atua no contexto de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que tem por objetivo direcionar o paciente e atendê-lo em sua individualidade e de acordo com suas necessidades, além disso, fazem parte do SUS os serviços de atenção primária, de média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, os ambulatórios especializados, as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental, assistência farmacêutica e a saúde do trabalhador.

Como já destacado, uma das ferramentas utilizadas com o intuito de melhoria da efetividade são as políticas públicas, que podem ser definidas como: “conjuntos de programas, ações e decisões tomadas pelos governos nacional, estadual ou municipal que afetam a todos os cidadãos, de todas as escolaridades, independente de sexo, cor, religião ou classe social” (FIOCRUZ, 2015, p.1). Essas políticas podem ser construídas por meio de comissões técnicas, demandas de conselhos de saúde, entidades ou diretamente pela sociedade civil.

3.1 Políticas públicas de saúde para indivíduos com TDAH no Brasil

Os achados das pesquisas acerca das políticas públicas direcionadas aos indivíduos com TDAH, evidenciam uma escassez de alternativas disponíveis no âmbito nacional: nosso processo de buscas por instrumentos jurídicos que assegurem a atenção multidisciplinar para estes indivíduos, desvelam a existência de alguns Projetos de Lei que encontram-se em processo de tramitação em diferentes etapas e esferas; entretanto, no viés das políticas públicas de saúde já consolidadas, desde a criação do SUS (1990), foram identificadas apenas a Lei 14.420/2022 e a Portaria conjunta nº14, de 29 de julho de 2022, em vigor há menos de um ano.

A Lei 14.420 foi sancionada em 20 de julho de 2022 e instituiu a Semana Nacional de Conscientização sobre o TDAH, que deverá ser realizada no dia 1º de agosto de cada ano. Essa semana nacional teria como objetivo promover reflexões sobre a importância da realização de um diagnóstico precoce, bem como seu tratamento para pessoas com TDAH (BRASIL, 2022).

A criação de uma semana de conscientização, a priori não parece ter muitos benefícios do ponto de vista prático, no entanto, vemos com frequência, principalmente na área da saúde, o quanto pautas de visibilidade são expressivas, já que possibilitam a difusão de conhecimentos, promovendo sensibilização e engajamento às causas postuladas. A exemplo deste movimento, podemos destacar o Dia Mundial da Conscientização do Autismo e o Setembro Amarelo, campanhas de conscientização que vem ganhando centralidade em redes sociais, instituições educativas, etc., contribuindo para a ruptura com a invisibilidade e ampliando a pressão popular por atendimento de demandas específicas, seja nos sistemas de

saúde, educação, trabalho, seguridade social e etc.

A Portaria conjunta nº14, de 29 de julho de 2022, por sua vez, dispõe sobre a aprovação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. Esse protocolo traz um panorama geral das definições do TDAH, sua epidemiologia, questões relativas ao diagnóstico e possibilidades de tratamento farmacológico e não farmacológico disponíveis, orientações ao paciente e familiares bem como tópico relativo a logística de cuidado do paciente no âmbito da Rede de Atenção a Psicossocial (RAPS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Com relação ao diagnóstico disposto na portaria o documento traz a indicação de que este deverá ser realizado por um médico psiquiatra, pediatra ou outro profissional de saúde (como neurologista ou neuropediatra), no entanto com relação ao manejo do transtorno, sugere-se que seja realizado com o acompanhamento de uma equipe multiprofissional (composta por médico psiquiatra, médico de família e comunidade, psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo e assistente social). O texto postula ainda, que os profissionais envolvidos no diagnóstico e tratamento do TDAH devem ser devidamente qualificados, com treinamento e experiência.

No que concerne à realidade do SUS, bem como levando em consideração a organização das RAS, a Unidade de Saúde configura-se como atendimento precípua do indivíduo no sistema de saúde. Deste modo, para que haja acesso a todos os demais níveis de complexidade da rede, o atendimento deve ser iniciado na Atenção Primária à Saúde (APS), quando houver suspeita de TDAH.

Todavia, o presente Protocolo Clínico implementado pelo Ministério da Saúde (MS) orienta contraditoriamente, que o diagnóstico do TDAH seja realizado por profissionais especialistas e não pelo médico de família ou clínico geral, orientando que estes ocupem-se tão somente do acompanhamento.

Entendemos que ao postular esta recomendação impõe-se uma barreira no diagnóstico e início de tratamento do paciente, uma vez que a fila de espera para o atendimento em especialidades como a psiquiatria e a neuropediatria, em algumas localidades, pode se estender por anos.

Sob a égide da avaliação clínica, existem duas classificações diagnósticas possíveis: 1) Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, décima edição (CID-10) e 2) Manual

Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM 5). No CID, o TDAH é representado pelo código F90 e suas derivações, que são relativas às especificidades do transtorno; tal classificação é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), enquanto no DSM V as especificações do TDAH começam com 314, esse sistema de classificação foi elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). Ambos são sistemas validados pela comunidade médico-científica; entretanto os critérios da APA são considerados mais atuais do que aqueles preconizados na CID-10. Todavia, ressaltamos aqui que os critérios para diagnóstico de TDAH, adotados formalmente pelo Ministério da Saúde seguem as recomendações da CID-10.

Em nossa perspectiva, tal opção caracteriza uma deliberação obsoleta, pois além de ter reconhecido os critérios do DSM V como mais atualizados, houve a decisão de manter os critérios dispostos no CID-10, a despeito da publicação do CID 11, que passou a vigorar no Brasil a partir de 1 de janeiro de 2022, tendo sido lançado pela OMS em 2018.

O documento do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas foi publicado no final de julho de 2022, sem explicitar as justificativas que levaram a adoção do sistema classificatório anterior, vigente desde 1996 e que traz a nomenclatura do TDAH como *Transtorno Hiperkinético* desdobrando-o em outras quatro classificações, enquanto o CID 11 adota o termo *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade* e se divide em outras cinco especificações.

Outro ponto importante no referido protocolo, ainda no cerne do diagnóstico, trata-se de uma seção dedicada aos diagnósticos diferenciais e dos casos de TDAH com outros transtornos comórbidos. Nesse sentido, o documento traz esclarecimentos sobre quais outros transtornos devem ser investigados, pois podem mimetizar a sintomatologia do TDAH e dessa forma acarreta um tratamento ineficaz e inadequado. Com relação às comorbidades, foi elaborada uma tabela de orientação de questões as quais o profissional deve estar atento ao atender um indivíduo que possui o TDAH associado a outra patologia, seja ela de ordem da saúde mental ou não.

As diretrizes estabelecidas para o tratamento incluem questões farmacológicas e não farmacológicas, ressaltando a necessidade de uma perspectiva multiprofissional e pautada em intervenções de ordem cognitivas e comportamentais, fato que impulsiona a proposição da TCC como a técnica que

melhor se adequa para o indivíduo com TDAH: trata-se de uma abordagem da psicoterapia mais objetiva e breve, que tem como finalidade a mudança de comportamentos e crenças pré-estabelecidas - na infância o foco de trabalho será com os responsáveis, já na adolescência e na vida adulta o objetivo está centrado no desenvolvimento de habilidades que irão auxiliar na organização diária e no convívio social.

No tocante ao tratamento farmacológico do TDAH no Brasil, são recomendadas prioritariamente o metilfenidato e lisdexanfetamina. Na diretriz publicada pelo Ministério da Saúde, em contrapartida, houve uma não recomendação de tratamento medicamentoso para indivíduos com TDAH, conforme excertos a seguir:

A comissão considerou que as evidências que sustentam a eficácia e a segurança destes tratamentos para TDAH são frágeis dada sua baixa/muito baixa qualidade, bem como o elevado aporte de recursos financeiros apontados na análise de impacto orçamentário. [...] Desta forma, a Conitec recomendou a não incorporação do metilfenidato e da lisdexanfetamina para o tratamento de TDAH em crianças e adolescentes [...] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022, p. 10).

Ainda que diversos guidelines e estudos tragam dados que apontam que o uso dos medicamentos estimulantes tem melhor resultado quando associado a terapias não medicamentosas e, também, são superiores quando comparados a placebos ou as terapias não medicamentosas isoladas, o Ministério da Saúde fez a opção de não recomendar o tratamento medicamentoso, apontando a questão orçamentária como um dos motivos que subsidiam tal decisão.

Destacamos aqui que dois projetos de Lei (3.092/2012 e 2.630/2021) tratam da distribuição gratuita, pelo SUS, de medicamentos para o tratamento do TDAH, no entanto tendo em vista o parecer desfavorável da diretriz publicada em 2022, provavelmente tais propostas não serão aprovadas, inviabilizando a incorporação dos fármacos supracitados ao RENAME³. Fato esse que manterá restrito o acesso ao tratamento farmacológico, tendo em vista que os dois medicamentos disponíveis no Brasil são de alto custo; há ainda, a lisdexanfetamina

³ Cabe ressaltar, que em algumas localidades o metilfenidato é distribuído a nível estadual e também municipal, como é o caso de Foz do Iguaçu, que incluiu o medicamento na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais), entretanto nesse caso o fornecimento está circunscrito a crianças.

não dispõe da opção genérica.

Retomando os pressupostos contidos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, seu relatório sugere ainda que os indivíduos sejam atendidos por uma equipe multiprofissional especializada em TDAH e inseridos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio do Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi) – no caso de crianças e adolescentes. Quanto à frequência dos atendimentos, orienta-se que “o tratamento não medicamentoso (atendimento psicológico, orientação à família, apoio escolar) deve ser iniciado precocemente, com frequência semanal”. Essa indicação apresenta alguns entraves a serem superados, tendo em vista a alta demanda enfrentada pelos serviços de saúde mental da RAPS.

Em seguida, o documento cita as políticas governamentais dispostas para atender pacientes com questões relativas à saúde mental, bem como traz um quadro com a legislação relacionada à atenção integral do indivíduo com TDAH no SUS que pode ser visualizado logo abaixo:

Quadro 1 - Normativas publicadas no âmbito da Gestão Federal relacionadas à Atenção Integral às pessoas com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade no Sistema Único de Saúde.

Normativas
<p>Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr 2001 [acesso em 26 out 2020].</p> <p>Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.</p>
<p>Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CEB nº 13/2009, aprovado em 3 de junho de 2009 – Diretrizes Operacionais para o atendimento educacional especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial.</p> <p>Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/pceb013_09_homolog.pdf</p>
<p>Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria Ministerial nº 555, de 5 de junho de 2007, prorrogada pela Portaria nº 948, de 09 de outubro de 2007.</p> <p>Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/pceb013_09_homolog.pdf</p>
<p>Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 7.081/2010, acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Diário da Câmara dos Deputados, Brasília, 22 de junho de 2013, pp. 25849-25858.</p> <p>Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=472404</p>
<p>Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Lei 3092 de 14/02/2012. Dispõe sobre a obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos gratuitos pelo SUS para tratar TDHA em crianças portadoras da síndrome sem distinção de classe, nem mesmo aqueles pacientes que não se enquadram como os mais carentes poderão ser excluídos do benefício.</p> <p>Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=533790</p>
<p>Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Lei C nº 118 de 08/11/2011. Dispõe sobre a obrigatoriedade de exame físico e mental p/ detectar o TDAH em motociclistas (Altera a Lei nº 9503 de 23/09/1997 (C. T. B.)</p> <p>Disponível em: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/99558</p>

Fonte: Ministério da Saúde (2022).

Nossa análise elucidou que este quadro cita seis marcos legais, sendo dois deles sobre Educação; um deles refere-se à Política de Saúde Mental e os outros dois são projetos de Leis voltados às áreas de saúde, educação e segurança no trânsito, logo não são passíveis de aplicabilidade real, dado seu estágio embrionário de discussão. Além disso, ressaltamos a ausência de qualquer menção sobre o TDAH em documentos como o caderno de atenção básica de saúde mental, o caderno humanizaSUS de saúde mental, o caderno de atenção básica à saúde da criança: crescimento e desenvolvimento e no documento de Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos.

A despeito das questões contraditórias elucidadas por nós, é importante reconhecer que a criação de instrumentos como o protocolo clínico, instrumentalizam o desenvolvimento de outras orientações técnicas e, também, de

políticas públicas específicas para as demandas de saúde dos indivíduos com TDAH. O documento em questão traz como anexo um passo a passo explicitando o processo de elaboração metodológica do estudo, apontando um rigor científico, que consolida o protocolo como uma pesquisa bem delineada e passível de confiabilidade. Ademais, o protocolo serve como uma ferramenta inicial de atendimento individual às pessoas que convivem com TDAH, podendo sofrer alterações e adaptações conforme haja necessidade frente a avaliações a serem realizadas a posteriori.

Esta breve investigação de políticas públicas para os atendimentos de indivíduos com TDAH traz à tona a fragilidade e a escassez de marcos regulatórios em âmbito nacional, desvelando ainda, uma série de contradições e incongruências no que se refere às poucas perspectivas legais já consolidadas, revelando a urgência de ampliação deste debate em diferentes âmbitos da sociedade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No percurso da escrita foi possível conceituar o TDAH e seus aspectos, traçar uma linha do tempo da criação e implementação da saúde pública no Brasil e do SUS e analisar o arcabouço legal das políticas públicas de saúde direcionadas aos indivíduos com TDAH, conhecendo e apresentando quais são as políticas públicas de saúde já existentes, bem como delinear quais os avanços representados pelas ferramentas disponíveis e quais pontos ainda devem ser melhor debatidos e posteriormente implementados.

No contexto nacional, identificamos duas legislações que já estão vigentes: a primeira institui a Semana Nacional de Conscientização, enquanto a segunda trata de um protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. A implementação de tal protocolo clínico constitui um avanço significativo no acesso, fluxo de diagnóstico e tratamento de crianças e adultos com TDAH, ao passo que insere esses indivíduos na RAS, indicando em que local e por quais profissionais serão atendidos.

Apesar de tais avanços, julgamos pertinente sinalizar que há indicações pouco acessíveis neste protocolo, tais como a realização do diagnóstico por um médico especialista, especialmente considerando o panorama da alta

demanda para o atendimento em especialidades. Outro ponto importante é a não indicação de tratamento medicamentoso, mesmo que os guidelines o orientem. Ademais, postula-se que o acompanhamento deve ser realizado por uma equipe multiprofissional especialista em TDAH, o que tornaria o tratamento não farmacológico bastante eficiente, entretanto, considerando as condições contextuais do SUS, evidencia-se sua inviabilidade, tendo em vista que os profissionais em questão farão atendimentos restritos aos indivíduos com TDAH, mas são responsáveis por suprir todas as demandas de saúde mental do território, seja no âmbito do CAPS ou como membro integrante da eMulti.

A exemplo desta questão, ao analisarmos mais minuciosamente o protocolo clínico, é possível encontrar alguns pontos que, embora sejam muito importantes, não são exequíveis no contexto do SUS, tendo sido trazidas algumas indicações que não são passíveis de articulação na dinâmica da RAPS, que tem uma alta demanda de atendimento e com longas filas de espera. Além disso, o protocolo indica apenas o tratamento não farmacológico, acrescentando o alto custo que o medicamento geraria ao sistema, embora haja indicação de melhoria da qualidade de vida dos indivíduos com o uso do tratamento farmacológico.

Tendo em vista as altas taxas de transtornos do neurodesenvolvimento, acreditamos que a criação de equipes que atuem nesse nicho pode trazer benefícios às crianças e adolescentes, destacamos ainda a atuação junto à escola como uma estratégia potente para conhecer e acompanhar esses indivíduos. Contudo, defendemos que é importante realizar uma melhor definição do fluxo de atendimento dos adultos com TDAH que, por vezes, tende a ser negligenciado por desconhecimento dos profissionais acerca da existência/permanência do transtorno na vida adulta.

Diante do exposto, cabe ressaltar que, embora o arcabouço legal já implementado supra algumas das demandas de atendimento dos indivíduos com TDAH, ainda há fragilidades a serem dirimidas e para tanto, faz-se necessário a realização de novas pesquisas, que avaliem a efetividade das políticas e que proponham soluções para atender as necessidades ainda não contempladas.

5 REFERÊNCIAS

ARRUDA, Marco A. *et al.* ADHD and Mental Health Status in Brazilian School-Age Children. **Journal Of Attention Disorders**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 11-17, 4 jun. 2012. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054712446811>.

ASSOCIATION, American Psychiatric. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. In: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: dsm v. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 31-87.

BARANIUK, Analin Ono; ROHDE, Luis Augusto; POLANCZYK, Guilherme Vanoni. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al* (ed.). **Clínica psiquiátrica**: as grandes síndromes psiquiátricas. 2. ed. Barueri: Manole, 2021. Cap. 7.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS** : tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Editora MS, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento (Cadernos de atenção básica). Brasília: Editora MS, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental** (Cadernos de atenção básica). Brasília: Editora MS, 2013. 173 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 02 jun. 2023.

BRASIL. [**Constituição (1988)**]. **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 mai. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **SUS**: a saúde do Brasil. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011. 37 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf. Acesso em: 12 jun. 2023.

BRASIL. Congresso. Senado. Lei nº 14.420, de 20 de julho de 2022. Institui a Semana Nacional de Conscientização sobre o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). **Lei Nº 14.420, de 20 de Julho de 2022**. Brasília, 21 jul. 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/Lei/L14420.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.420%2C%20DE%2020,Art. Acesso em: 23 maio 2023.

BUKSTEIN, Oscar. **Attention deficit hyperactivity disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical features, course, assessment, and diagnosis**. 2022. UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-adults-e-pidemiology-pathogenesis-clinical-features-course-assessment-and-diagnosis?searc>

h=diagn%C3%B3stico%20e%20tratamento%20do%20TDAH&source=search_result &selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#. Acesso em: 18 maio 2023.

CAYE, Arthur *et al.* Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Trajectories From Childhood to Young Adulthood. **Jama Psychiatry**, [S.L.], v. 73, n. 7, p. 705, 1 jul. 2016. American Medical Association (AMA).
<http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0383>. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27192050/>. Acesso em: 18 maio 2023.

CRUZ, Célio Rodrigues da. **Origem e evolução da Seguridade Social no Brasil**. 2016. Disponível em:
<https://www.jusbrasil.com.br/artigos/origem-e-evolucao-da-seguridade-social-no-brasil/217784909>. Acesso em: 08 jun. 2023.

FIOCRUZ (Rio de Janeiro). **Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde no PMA**. 2015. Disponível em:
<https://portal.fiocruz.br/politicas-publicas-e-modelos-de-atencao-saude-no-pma>. Acesso em: 03 jun. 2023.

KRULL, Kevin R; CHAN, Eugenia. **Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: treatment with medications**. Treatment with medications. 2023. UpToDate. Disponível em:
https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-treatment-with-medications?search=tratamento%20do%20TDAH&topicRef=623&source=see_link. Acesso em: 18 maio 2023.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 2020

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 418 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 14, de 29 de julho de 2022. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. **Portaria Conjunta Nº 14, de 29 de Julho de 2022**. Brasília, Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2022/portaria-conjunta-no-14-pcdt-transtorno-do-deficite-de-atencao-com-hiperatividade.pdf>. Acesso em: 22 maio 2023.

POLANCZYK, Guilherme Vanoni et al. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e outros transtornos do neurodesenvolvimento. In: GUIMARÃES-FERNANDES, Flávio et al (ed.). **Clínica psiquiátrica: guia prático**. 2. ed. Santana da Parnaíba: Manole, 2021. Cap. 39. p. 361-368.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 1171-1183.

STAHL, Stephen M.. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e seu tratamento. In: STAHL, Stephen M.. **Psicofarmacologia**: bases neurocientíficas e aplicações práticas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.