

# **O CUIDADO DE ESCOLARES COM *TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE* NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família da Escola Superior em Ciências da Saúde, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde, Acesso e Qualidade na Atenção Básica em Saúde

Autor: Guilherme Nabuco Machado

Orientadora: Prof. Dra. Ana Maria Costa

Coorientadora: Prof. Dra. Sandra Fortes

**Brasília**

2019



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
ESCOLA SUPERIOR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO  
PROSAUDE/ESCS

## TERMO DE APROVAÇÃO

Guilherme Nabuco Machado

### **“O Cuidado de Pessoas com Transtorno de déficit de Atenção e Hiperatividade na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal”**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família (PROFSAUDE), pelo programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS), da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Aprovada em: 26/04/2019

Prof.(a). Dr.(a). Ana Maria Costa  
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família  
**Orientador (a)**

Prof.(a). Dr.(a). Fábio Amorim  
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família .  
Examinador (a) Interno

Prof.(a). Dr.(a). Valdi Craveiro Bezerra  
Adolescento - Centro de formação  
Examinador (a) Externo

Prof.(a). Dr.(a). Maria Aparecida Gussi  
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família  
Suplente

Brasília, 26/04/2019

## **DEDICATÓRIA**

Ao nosso Sistema Único de Saúde e a todos os trabalhadores que fazem deste o maior sistema de saúde público do mundo, entendendo saúde como direito e sua prática como recurso para a promoção de equidade na sociedade brasileira.

A todas as pessoas com sofrimento mental e, em especial, com TDAH, negligenciadas por razões diversas em suas necessidades.

## AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Saúde e ao Sistema Único de Saúde pela oportunidade de qualificação.

A minha equipe da UBS Vila Basevi – Audirene, Isabel, Domingas, Marconi, Iramar, Rose, Nara –, pela parceria, sintonia de trabalho, paciência e apoio para que eu conseguisse conciliar minhas responsabilidades profissionais com este mestrado.

À comunidade da Vila Basevi, especialmente às crianças com TDAH, a seus familiares e aos professores pela confiança, trocas e aprendizado.

À Dra. Ana Maria Costa, orientadora parceira, por sua história pelo SUS e pelas assertivas intervenções nesta dissertação.

À Dra. Sandra Fortes, coorientadora e grande referência em saúde mental, pelo apoio e incentivo.

À Xilda Maria, querida amiga e matriciadora, por compartilhar seu encantamento e seus conhecimentos em saúde mental.

A minha família, meu pai Edmo, mãe Terezinha, irmão Gutinho, Vó Léa, Tia Lilian e Tio Neno (*in memoriam*), pelo cuidado, amor e carinho que sempre me deram, servindo como referência para o meu trabalho.

À Ci, amada companheira, pelo amor e parceria, meu maior apoio para cumprir essa trajetória.

## RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um dos principais e mais negligenciados transtornos mentais. Associa-se a desempenho escolar insatisfatório, a relações sociais conflituosas e a baixa autoestima. Estes sintomas tendem a contribuir significativamente para o surgimento de problemas como expulsão da escola, abuso de drogas, mortalidade por acidentes de trânsito e envolvimento com crimes.

A literatura nacional sobre a abordagem ao TDAH, na Atenção Primária à Saúde (APS), apresenta ainda baixa produção. Algumas experiências internacionais lançam luzes sobre o assunto, no entanto, observa-se que não há homogeneidade entre os países.

O presente estudo baseado em uma experiência, analisa o potencial e as limitações do primeiro nível de atenção para melhor oferta do cuidado aos escolares com TDAH.

Trata-se de um relato de experiência para o qual foram selecionados 05 casos de escolares, em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Basevi, com diagnóstico de TDAH. Os cinco casos foram apresentados como relatos de Medicina Narrativa onde foram usados complementarmente análise dos registros nos prontuários clínicos entrevistas semiestruturadas com pais e professores, além da psiquiatra *matriciadora*.

Para aprofundamento os casos foram analisados por aproximação temática aos atributos essenciais da APS: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. A partir desse estudo foi possível propor diretrizes para orientação de uma linha de cuidado e esboçar uma tecnologia para atenção aos casos de escolares com TDAH na APS, envolvendo os aspectos inerentes à equipe e ao território.

Em se tratando de estudo pioneiro a experiência analisada desvela a realidade desse grupo de pacientes indicando a necessidade que novas iniciativas busquem ampliar o conhecimento sobre o tema e assim contribua ao aprimoramento e a resolutividade na APS.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

## ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the leading and most neglected mental disorders. It is associated with unsatisfactory school performance, conflicting social relationships, and low self-esteem. These symptoms tend to contribute significantly to the emergence of problems such as school expulsion, drug abuse, traffic-related mortality and involvement with crime.

There is little national literature on the approach to ADHD in Primary Care. Some international experiences shed light on the subject, but with no homogeneity.

The present study analyzes the potentials and limitations of primary care in diagnosing and treating schoolchildren with ADHD.

For registration, systematization and analysis of the material that constitutes the object of this study, qualitative methodology was adopted. A total of 05 cases of schoolchildren with a diagnosis of ADHD were selected. They were all treated at the Primary Care Clinic Vila Basevi. The medical records were analyzed and supplemented with semi-structured interviews with parents and teachers, as well as the matrix support psychiatrist. Systematization was carried out using narrative medicine.

Thematic analysis was applied, using the essential attributes of primary care as categories: access, longitudinality, completeness and coordination of care. From this study, it was possible to design a flow of care and outline specific techniques for treating school children with ADHD in primary care, involving aspects inherent to team and community-based work.

There are natural limitations to such a pioneer study. It is therefore clear that new research initiatives are needed to increase knowledge on the subject as well as to improve primary care resolutivity.

**KEYWORDS:** Mental Health; Primary Health Care; Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ACS** - Agente Comunitário de Saúde.

**APS** - Atenção Primária à Saúde

**DAB** - Departamento de Atenção Básica.

**DSM** - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5 a Edição.

**EC** - Emenda Constitucional.

**ESF** - Estratégia Saúde da Família.

**IPEA** - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

**MFC** - Medicina de Família e Comunidade

**MN** - Medicina Narrativa.

**NICE** - National Institute for Health and Care Excellence

**NHS** - National Health System

**OMS** - Organização Mundial da Saúde.

**PEC** - Proposta de Emenda Constitucional

**PNAB** - Política Nacional de Atenção Básica.

**RAS** - Redes de Atenção à Saúde.

**SUS** - Sistema Único de Saúde.

**TDAH** - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

**TMC** - Transtornos Mentais Comuns.

**UBS** - Unidade Básica de Saúde.

**WONCA** - World Organization of Family Doctors

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2.REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	11
2.1.Sistema Único de Saúde: breve análise de suas origens, riscos e recentes ameaças .....	11
2.3.Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde .....	15
2.4. Saúde Mental na APS brasileira .....	18
<b>3.REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	19
3.1 .TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) .....	19
3.2.O CUIDADO DE PESSOAS COM TDAH NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	27
<b>4.METODOLOGIA</b> .....	30
4.1.OBJETO .....	30
4.2.OBJETIVO GERAL.....	31
4.3.OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	31
4.4.DESENHO METODOLÓGICO .....	31
<b>5.REGISTROS NARRATIVOS</b> .....	35
5.1.NARRATIVA: TARJA PRETA.....	35
5.2.NARRATIVA: JURURU .....	40
5.3.NARRATIVA: TAL PAI, TAL FILHO? .....	45
5.4.NARRATIVA: O ABENÇOADO.....	50
5.5 .NARRATIVA: TROFÉU .....	55
<b>6.ANÁLISE E DISCUSSÃO</b> .....	60
6.1.ACESSO .....	60
6.1.1.Identificando possíveis casos de pessoas com TDAH na APS.....	60
6.1.2.Acesso ampliado pela qualificação dos profissionais da APS para o cuidado ao TDAH ..	65
6.1.3.Iniciando o tratamento do TDAH em tempo oportuno.....	67
6.1.4.Características do acesso ao TDAH no Distrito Federal.....	68
6.2.LONGITUDINALIDADE.....	70
6.2.1.Longitudinalidade ampliada pelo trabalho em equipe.....	71
6.2.3.Elementos da longitudinalidade .....	73
6.2.3.1.Reconhecimento da APS como uma fonte regular de cuidados .....	74
6.2.3.2.Vínculo terapêutico entre equipe e usuários .....	76
6.2.3.3.Continuidade informacional .....	77

<b>6.2.4.Longitudinalidade ampliada com a Medicina Narrativa</b> .....	78
<b>6.2.5.Papel dos gestores no alcance da longitudinalidade</b> .....	81
<b>6.3.INTEGRALIDADE</b> .....	82
<b>6.3.1.Integralidade potencializada por meio do apoio matricial</b> .....	86
<b>6.4.COORDENAÇÃO DO CUIDADO</b> .....	92
<b>6.4.1.A coordenação do cuidado fortalecida pela intersetorialidade</b> .....	95
<b>6.4.2.Limites e interfaces da APS e Atenção Secundária para o cuidado de pessoas com TDAH</b> .....	99
<b>6.4.3.Definindo a atuação do médico de família para o cuidado de pessoas com TDAH</b> .....	101
<b>7.CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES</b> .....	105

## 1- INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios de um mestrado profissional envolve a orientação de estudar e refletir sobre a realidade vivenciada no trabalho cotidiano. Realizar um estudo dessa natureza requer um distanciamento mínimo para a isenção e o exercício do olhar crítico. Com atuação há 4 anos em uma mesma unidade de saúde, compondo equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) como médico de família e comunidade, o processo da escolha do tema deste estudo passou pela percepção, fundamentada pela prática, do grande potencial resolutivo da Atenção Primária à Saúde (APS) para as demandas de saúde mental na comunidade.

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC), que compõem demanda cotidiana de qualquer unidade básica de saúde, foram definidos por Goldberg e Huxley (1992) como um conjunto de sintomas que incluem ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Sobre estes, dada sua alta prevalência e entrelaçamento com diversos outros problemas de saúde, os profissionais da APS devem estar capacitados para atuar. No Brasil, a prevalência de TMC varia entre 29,6% a 47,4% (SILVA et al., 2018).

O presente estudo pretende discutir a atuação da APS em saúde mental para além dos TMC, mais especificamente em relação ao cuidado de escolares com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Assim, esta dissertação parte da nossa experiência, transcorrida no contexto dos serviços da APS da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), especificamente na unidade rural, UBS Vila Basevi, localizada na região norte do Distrito Federal. O estudo analisa e discute conceitos, características, ferramentas e atributos da APS, direcionado à redução das lacunas e barreiras de tratamento destes escolares, no qual tem destaque o matriciamento e a intersetorialidade.

O TDAH foi escolhido por ser um dos principais e mais negligenciados transtornos mentais (FAYYAD et al., 2007). Os prejuízos relacionados à falta de acesso e de abordagem adequada do problema são evidentes: desempenho escolar insatisfatório, que limita o futuro profissional; relações sociais conflituosas e baixa autoestima. Assim, o TDAH está associado a uma cascata de efeitos negativos na vida daqueles que não recebem tratamento. Contudo, a oferta e a realização oportuna do adequado cuidado mobilizam positivas transformações e resultados no âmbito do indivíduo, da escola e da família.

Portanto, nossa mobilização para estudar o tema **O Cuidado de Escolares com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade na Atenção Primária à Saúde** associa-se à oportunidade de que ocorram relevantes discussões e maior sensibilização para

potencializar a resolatividade da APS, ampliando possibilidades a partir da abordagem desta questão. O problema do TDAH entre escolares tal como será tratado aqui desafia por uma consolidação da APS e de seus atributos, o que se correlaciona à própria importância do Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema concebido para dar conta das necessidades em saúde de toda a população. Abordaremos as recentes decisões políticas que ameaçam sua consolidação, bem como as iniciativas e necessidades virtuosas, como a integração da saúde mental na APS e o tratamento de escolares com TDAH na ESF, como potente recurso para promoção de equidade.

## **2 - REFERENCIAL TEÓRICO**

O referencial teórico para esse estudo compreende o escopo institucional e político da atenção à saúde no Brasil realizada pelo SUS, da atenção primária propriamente dita e do recorte da atenção em saúde mental no contexto da atenção primária à saúde. Portanto, para subsidiar a discussão do tema central deste estudo referente ao cuidado de escolares com TDAH, realizado na APS, é feita, inicialmente, breve análise histórica do SUS, incluindo o atual contexto de recentes ameaças a sua consolidação. Em seguida, é dado enfoque ao primeiro nível de atenção (APS) e o modelo adotado no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Finalmente, discute-se saúde mental na atenção primária, seus desafios e potencialidades para o adequado cuidado, desde uma perspectiva global, até o contexto brasileiro.

### **2.1 Sistema Único de Saúde: breve análise de suas origens, riscos e recentes ameaças**

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização, bem como ação política concertada em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, defendendo a saúde como direito social, universal e, portanto, de cidadania. Este movimento, que lançou as bases para a concretização do SUS, expressou a indignação da sociedade frente às enormes desigualdades no País e a mercantilização da saúde (AROUCA, 2003). No contexto da luta realizada pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a saúde ganha espaço na Constituição Brasileira como resultante das políticas econômicas e sociais, assumindo a

determinação social da saúde. Para atenção e cuidado das pessoas, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), concebido no âmbito do sistema de seguridade social.

Assim, inspirado em valores como igualdade, democracia e emancipação, o SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988, dando concretude ao Direito Social (PAIM, 2018). Contemporaneamente, é considerado a maior política de inclusão social do povo brasileiro (CONASS, 2011) e o maior sistema público de saúde do mundo, em função do tamanho da população que abrange (FORTES; ZOBOLI, 2005).

No momento em que deveria expandir-se e consolidar-se, o sistema de saúde brasileiro está vivenciando retrocessos e sofrendo sérias ameaças a sua sobrevivência. Apesar do subfinanciamento continuamente imposto ao SUS (CAMPOS, 2013), em recente contexto político, realizou-se preocupante reforma fiscal, em 2016, com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95. Por meio desta, estabeleceu-se teto de gastos para as despesas primárias da União, congelando os investimentos públicos em educação e saúde por 20 anos (VIEIRA; SÁ E BENEVIDES, 2016). Este ajuste, segundo Pires (2016), foi considerado o mais rígido do mundo. Para Santos (2016), tais medidas, além de não desafogar o SUS, tendem a provocar maior segmentação e ampliar a inequidade do sistema de saúde brasileiro. Os retrocessos consequentes desta decisão política, favorecem e fortalecem mercados de planos privados, às custas do sufocamento do SUS.

A redução de investimentos dos governos em políticas de proteção social tem sido associada ao aumento da desigualdade e da pobreza, impactando negativamente a saúde das pessoas (LABONTÉ; STUCKLER, 2016). Ao se considerar este tipo de estratégia aplicada a um sistema de saúde integral e universal como é o caso do SUS, as consequências podem ser graves, levando ao questionamento da constitucionalidade da adoção de tais medidas (GUIMARÃES, 2018).

A política de austeridade adotada no Brasil por meio da EC nº 95 foi justificada pelo governo como uma necessária resposta à crise econômica. Sobre esse tema, em nota técnica publicada pelo IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – (VIEIRA, 2016), destacou-se que as medidas de austeridade escolhidas pelos governos relacionam-se com a adoção de políticas que exigem grandes sacrifícios da população. Isso ocorre tanto pelo aumento da carga tributária, quanto pela restrição à oferta de bens e serviços públicos, posto que os estratos mais vulneráveis da população são os mais prejudicados. A nota ainda ressalta que, nesses momentos de crise econômica, a saúde mental pode ser particularmente atingida. Santos e Vieira (2018), nesse mesmo sentido, também enfatizam como a situação de saúde

mental das pessoas tem sido afetada pelas crises econômicas, sendo importante fator estressor para os indivíduos.

Não existe consenso em relação à melhor resposta às crises econômicas. No entanto, Greer e colaboradores (2017) ressaltam que existe relativo acordo em considerar as políticas de austeridade como um equívoco. No mesmo sentido, Macinko e Mendonça (2018) destacam a existência de consenso internacional sobre a redução de investimentos nos sistemas e serviços de saúde como resultantes em piores condições de vida, retrocessos nos avanços já alcançados, mais desigualdades e até desaceleração do crescimento econômico. No caso brasileiro, Sá (2018), em recente nota técnica publicada pelo (IPEA), considera muito reduzida a chance de estas medidas ajudarem a controlar os investimentos no SUS, sendo provavelmente um tiro pela culatra que aumenta os gastos, em vez de gerar economia.

Também analisando o contexto brasileiro, Santos e Vieira (2018) alertam para o fato de que os efeitos da austeridade fiscal tendem a ser ainda mais graves que os já observados e bem documentados efeitos negativos ocorridos em países desenvolvidos. Os autores reforçam ainda essa argumentação, destacando o fato de o Brasil continuar sendo um dos países com maior desigualdade social e de renda do mundo.

A desigualdade afasta os princípios necessários à democracia, piora a injustiça social, aumenta os riscos de conservadorismo moralista, racismo, xenofobia, retrocessos em pautas que avançam lentamente, como descriminalização das drogas, aborto, liberdade no pensamento artístico, etc. (SANTOS; VIEIRA, 2018).

Além da diminuição importante de recursos para o financiamento do SUS, tem-se buscado soluções para ampliar a parcela privada no gasto com saúde. Flexibilizou-se o arcabouço regulatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar para se permitir a oferta de planos privados com menores coberturas assistências e valor de mensalidade, passando a ser chamados de Planos de Saúde Acessível. (BAHIA et al., 2016)

A fórmula inicialmente apresentada consiste na conjugação da desregulamentação das regras de cobertura, especialmente aquelas relacionadas com a possibilidade de redução do número de unidades assistenciais, de restrição da oferta de especialidades médicas e da menor abrangência territorial dos planos de saúde. Outra formulação aventada pretende a oficialização da “dupla porta”, que consiste no atendimento a pacientes e pagamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e por planos privados nas mesmas unidades (BAHIA et al., 2016).

Publicações internacionais recentes também alertaram para os riscos relacionados à medida adotada pelo governo brasileiro que sufoca o financiamento do sistema de saúde brasileiro. No periódico *BMJ Global Health*, Massuda e colaboradores (2018) enfatizam que, se não forem revertidas as medidas de austeridade, o Brasil pode enfrentar severa crise de saúde pública, grave retrocesso nas obtidas melhorias dos indicadores de saúde, como por exemplo, aumento da mortalidade infantil no País. Doniec, Dall e King (2018) utilizam o termo “catástrofe” para definir os retrocessos na saúde pública brasileira a partir da aprovação da EC nº 95. Nesta publicação do periódico *The Lancet*, os autores também acusam o governo brasileiro de adotar “um dos mais severos conjuntos de medidas de austeridade da história moderna”.

Mais recentemente, em março de 2019, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) alertou sobre nova ameaça de extinção do SUS, vinda do atual ministro da economia, Paulo Guedes, defendendo proposta de emenda constitucional (PEC) que desvincula receitas e despesas do orçamento. O avanço e a aprovação de tal proposta acabaria com os investimentos obrigatórios em saúde e as vinculações previstas na constituição (CONASS, 2019).

## **2.2 Atenção Primária à Saúde e seu modelo brasileiro**

Evidências científicas demonstram que sistemas nacionais de saúde orientados a partir de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam melhores resultados em saúde, sendo mais equânimes e com melhor relação custo-efetividade (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Cada país optou por uma organização própria de APS, influenciada por fatores sociais, demográficos, epidemiológicos e culturais. No Brasil, ao longo do processo histórico de consolidação do SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) desenvolveu-se de forma gradativa como a principal alavanca do avanço da APS no Brasil (MACINKO; MENDONÇA, 2018). Atualmente, correspondendo a 90% da APS brasileira (COELHO NETO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019), a ESF é mundialmente citada como uma política de sucesso, sendo a iniciativa de maior magnitude dentro do SUS (MACINKO; HARRIS, 2015).

Em artigo que revisa e sintetiza as evidências sobre o impacto da ESF, avaliando acesso, qualidade dos serviços, proteção financeira, eficiência no sistema, impacto na saúde e equidade, Macinko e Mendonça (2018) encontraram resultados que sugerem que a ESF

contribuiu para melhoria de todos esses indicadores. Os autores destacam que os requisitos de um bom sistema de APS são cumpridos pela ESF, havendo vastas evidências sobre sua efetividade.

Na APS do Distrito Federal, cenário deste estudo, a cobertura populacional da ESF, aumentou de 35% para 67%, entre janeiro de 2017 e julho de 2018. Nesse processo de expansão, a quantidade de equipes subiu para 540, correspondendo a um incremento de 95% (SES-DF, 2019a).

Para o bom funcionamento da APS, sabe-se que alguns elementos são fundamentais, por isso chamados de atributos essenciais. Foram definidos por Starfield (2002) e compõem um consenso mundial: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) destaca a importância das Redes de Atenção em Saúde (RAS) e o papel central da APS nestas (BRASIL, 2012). Segundo Mendes (MENDES, 2010), as RAS podem ser entendidas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, coordenada pela APS, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população.

### **2.3 Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde**

As discussões sobre Saúde Mental ganharam maior evidência mundial, quando o periódico *The Lancet*, em 2007, publicou uma série de artigos, discutindo saúde global para os transtornos mentais (JACOB et al., 2007; PATEL et al., 2007; SARACENO et al., 2007; SAXENA et al., 2007). Um dos principais focos de análise e intervenções, ao se tratar deste tema, tem sido a lacuna de acesso ao tratamento para as demandas de saúde mental, conhecida mundialmente como *mental health gap* (KOHN et al., 2004). Constatou-se que grande parte das pessoas com transtornos mentais não recebem tratamento adequado ou diagnóstico de seu problema, mesmo havendo tratamento eficaz para a maioria dos transtornos (WHO, 2016). Estima-se que a média global do *gap* em relação aos transtornos depressivos seja de 56%, para o transtorno de pânico 55,9%, enquanto a ansiedade generalizada atinge 57,5% e o abuso e dependência de álcool 78,1% (SAXENA et al., 2007). Nos países em que os investimentos em saúde são aquém do necessário, como no Brasil (CAMPOS, 2013), provavelmente essa lacuna de tratamento seja ainda maior.

Com a finalidade de reduzir de forma significativa o referido *gap* de acesso e tratamento em saúde mental, três principais estratégias foram apontadas por Rebello e colaboradores (2014). A primeira relaciona-se à efetiva integração do cuidado em saúde mental aos serviços de atenção primária à saúde (APS), diminuindo estigmas e garantindo acesso. A segunda estratégia associa-se à definição de fluxos e linhas de cuidado para os transtornos mentais, reduzindo tempo e custos, assim otimizando os recursos humanos já existentes. A terceira estratégia apontada destaca a necessidade de incorporação de inovações tecnológicas nos modelos de ofertas de serviços existentes de saúde mental (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Com o intuito de ampliar e qualificar a oferta de cuidado em saúde mental, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em parceria com a Organização Mundial de Médicos de Família, *World Organization of Family Doctors* (WONCA), publicou o documento *Integrating Mental Health into Primary Care* (WHO; WONCA, 2008), reunindo diretrizes globais para efetiva integração dos cuidados de saúde mental no primeiro nível de atenção. Justifica a importância dessa integração, evidenciando sete pontos principais: (1) a elevada carga de doença dos transtornos mentais; (2) a conexão entre problemas de saúde física e mental; (3) o enorme *gap* de acesso e o tratamento para os transtornos mentais. Reforça que o cuidado de saúde mental na APS permite: (4) aumento do acesso, (5) promoção dos direitos humanos neste campo; (6) disponibilidade e custo-efetividade, e (7) bons resultados clínicos.

O Documento reforça que o atributo da longitudinalidade é um elemento chave para uma atenção primária efetiva. Podendo-se inferir que o vínculo formado entre o doente e sua equipe de saúde da família permite maior qualidade do serviço de saúde mental ofertado pelos profissionais de saúde daquela equipe (WHO; WONCA, 2008).

Ivbijaro e Funk (2008) destacam as fortalezas da APS para a oferta de cuidados em saúde mental, podendo ser feito paralelo com os seus atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade) e derivados (abordagem familiar, competência cultural e abordagem comunitária) definidos por Starfield (2002). Os autores ressaltam o atributo do acesso ao enfatizar o atendimento que se dá próximo a casa dos usuários, além da proximidade com sua rede, viabilizando a abordagem familiar e comunitária, que podem ser elementos fundamentais para se ter boa resolutividade. Afirmam ainda os mesmos autores que os resultados do tratamento no primeiro nível de atenção têm sido avaliados como equivalentes ou melhores que os do nível especializado, em função da possibilidade de cuidado sem fragmentação do indivíduo, ou cisão entre saúde física ou

mental, relacionando-se ao atributo da integralidade. E, finalmente, exaltam o acompanhamento contínuo, passando pelos diferentes ciclos de vida, além do aumento progressivo do vínculo, características essas do atributo da longitudinalidade, que favorecem maior adesão e sucesso a um tratamento instituído (IVBIJARO; FUNK, 2008). Pode-se ainda acrescentar o uso dos recursos da comunidade e a presença da equipe no território, favorecendo o desenvolvimento da competência cultural. No modelo brasileiro de APS, merece destaque a presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), compondo as equipes de Estratégia Saúde da Família — importante diferencial que permite maior integração e melhor comunicação do serviço de saúde com a comunidade.

Diante de possíveis dúvidas relacionadas à capacidade da APS em ofertar cuidados adequados em saúde mental, sugerindo limitações técnicas de seus profissionais, evidências contrárias são apresentadas. Ivbijaro e colaboradores (2008) concluem que os médicos da APS, ao passarem por programas educativos, manejam de forma satisfatória os transtornos mentais, não diferindo dos especialistas focais em sua capacidade de reconhecer e tratar estes transtornos.

Para assumir de forma adequada a responsabilidade com o cuidado de saúde mental em seu território, a APS, além de treinamento técnico, necessita de adequadas condições de trabalho e integração com o restante da rede de saúde. Para tanto, Patel (2013) e Rebello e colaboradores (2014), destacam essas necessidades: políticas específicas que ordenem e viabilizem financeiramente a organização da rede de saúde para viabilizar processo integrativo; atenção primária estabelecida e resolutiva; adequação às particularidades do território; treinamento dos profissionais envolvidos; garantia de suporte contínuo de especialistas, serviços especializados de referência e; adequada e regular oferta de psicofármacos.

O desafio do fortalecimento da rede de cuidados em saúde mental não é exclusividade do SUS nem apenas dos sistemas de saúde de países com desigualdade de renda, como o Brasil. Em publicação no *Journal of the Royal Society of Medicine* sobre o tema, Das, Naylor e Majeed (2016) destacam que, para o sistema de saúde inglês, *National Health System* (NHS), referência mundial em organização de sistema de saúde, também se considera um ponto crucial no cuidado em saúde mental, a diminuição da fragmentação entre as diferentes partes que compõem seu sistema. Os autores ainda destacam que há, na APS, rico campo de ampliação da integração com a saúde mental, permitindo a produção de novas tecnologias de abordagem.

## 2.4 Saúde Mental na APS brasileira

No Ministério da Saúde, órgão nacional com papel coordenador e normativo para o conjunto do SUS, o Departamento de Atenção Básica (DAB) é o responsável pela produção dos livros intitulados *Cadernos de Atenção Básica*, importantes referências que orientam o cuidado e as ações a serem realizadas no cotidiano das equipes de APS. O *Caderno de Atenção Básica nº 34*, que orienta o cuidado de saúde mental na APS, ressalta, em suas primeiras páginas, que a saúde mental não está dissociada da saúde geral. Evidencia, portanto, a necessidade do reconhecimento das demandas de saúde mental no cotidiano dos pacientes que procuram as Unidades Básicas de Saúde. Destaca ainda que as ações de saúde mental, realizadas no próprio contexto do território das equipes, não exigem necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos profissionais de Saúde (BRASIL, 2013).

Em 2014, foi publicado o primeiro estudo brasileiro multicêntrico sobre transtornos mentais comuns na APS (GONÇALVES et al., 2014). Neste trabalho, evidenciou-se que os problemas mais comuns estão relacionados à depressão e ansiedade. Considerando as quatro capitais que participaram do estudo, Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre, a taxa de transtornos mentais nos usuários da APS foram respectivamente 51,9%, 53,3%, 64,3% e 57,7%. Os problemas de saúde mental foram especialmente altos em pessoas com baixa escolaridade, baixa renda, mulheres e desempregados.

O estudo de Prata e colaboradores (2017) discutiu os desafios para as abordagens psicossociais de saúde mental na APS brasileira, apresentando narrativas dos trabalhadores que expressam sensação de despreparo e baixa percepção do potencial terapêutico do nível de atenção em que atuam. Mais recentemente, Gerbaldo e colaboradores (2018) estudaram o cuidado em saúde mental em 29.778 equipes da Estratégia Saúde da Família de todo o Brasil (87,1% do total de equipes brasileiras). Este trabalho evidenciou que 60,3% dos profissionais da ESF sentiam-se despreparados para atuar em saúde mental.

Com relação ao tema central deste trabalho, cuidado de escolares com TDAH no primeiro nível de atenção, pouco material se encontra na literatura. Não foi encontrado até o momento trabalho publicado que discuta a abordagem de pessoas com TDAH na APS brasileira, entretanto alguns artigos, contendo experiências internacionais, lançam luzes sobre o assunto e são discutidos e detalhados em revisão bibliográfica neste estudo.

### 3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica foi realizada em 2 etapas, elegendo-se alguns temas tratados nesta dissertação. Inicialmente foi feito um levantamento geral sobre o TDAH, incluindo aspectos históricos e mitos relacionados à doença bem como aspectos clínicos como etiologia, critérios diagnósticos e tratamento. Vasta literatura foi encontrada na busca por artigos e protocolos sobre o tema.

Sequencialmente, foi realizada uma revisão integrativa voltada a responder à seguinte pergunta: como se dá o cuidado de escolares com TDAH na APS? Para tanto, buscaram-se artigos científicos relacionados ao tema no mês de fevereiro de 2019, considerando-se os trabalhos publicados de 2009 a 2019.

Os indexadores para essa pesquisa foram selecionados, segundo os *Descritores em Ciência da Saúde (DeCS)*. Para TDAH, utilizou-se *Attention Deficit Disorder with Hyperactivity* e para APS, *Primary Health Care*. A busca foi realizada nas bases de dados *Scielo (Scientific Electronic Library Online)* e, *PubMed/Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)*, por serem as principais bases de pesquisa em saúde. Utilizou-se, portanto, a combinação entre os descritores *Primary Health Care* e *Attention Deficit Disorder with Hyperactivity*.

Foram encontrados 92 resultados na *PubMed/Medline* e 16 na *Scielo*, dos quais 21 artigos foram incluídos. A exclusão da maioria dos artigos deveu-se à constatação de que não abordavam o tema. Outros que não versavam especificamente sobre o assunto — como os que discutiam outros transtornos mentais, ou eram restritos a análise do TDAH em adultos —, tampouco foram incluídos.

#### 3.1 - TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

As primeiras descrições relacionadas ao transtorno conhecido atualmente como TDAH foram de George Still e Alfred Tredgold, no início do século XX. Caracterizaram o fenômeno como dificuldade moral para aceitação de regras e limites, acompanhado de inquietação e desatenção (SANTOS; VASCONCELOS, 2010). Como reflexo dessa visão, em que se considerava o transtorno como dificuldade moral, segundo Ougrin, Chatterton e Banarsee (2010), ainda hoje persistem crenças de que as crianças com TDAH não apresentam

qualquer problema de saúde. Tal pensamento, além de desconsiderar um fator biológico atuante no comportamento daqueles que apresentam sintomas de TDAH, culpabiliza ainda os pais pelo que se considera “má educação” dos filhos. Outras crenças, invalidam o sofrimento de quem sofre com a doença, como as que justificam seu comportamento, exclusivamente, como consequência de alguma violência sofrida ou do convívio em ambiente ou em família desorganizada. Segundo os autores, evidências têm apontado que a etiologia do TDAH apresenta integração de diferentes fatores.

O TDAH é considerado uma disfunção neurobiológica, que se manifesta em consequência de fatores genéticos, mas com importantes influências ambientais. Há disfunção, no metabolismo, da dopamina, da noradrenalina e de neurotransmissores localizados no córtex pré-frontal, associado com estruturas subcorticais. Entre os fatores ambientais associados ao TDAH, estão o consumo de tabaco, de álcool e de cocaína no período gestacional. Sofrimento fetal, baixo peso e prematuridade são outros fatores ligados ao TDAH, que podem acontecer no período peri e pós-natal (TOPCZEWSKI, 2014).

A característica essencial do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um padrão persistente de desatenção e/ou de hiperatividade-impulsividade, que interfere no desenvolvimento ou no funcionamento do indivíduo. De uma forma geral, a desatenção no TDAH manifesta-se comportamentalmente como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização. A hiperatividade é expressa por atividade motora excessiva em contextos considerados inapropriados ou por ações como remexer, batucar ou conversar em excesso. A impulsividade manifesta por pessoas com TDAH refere-se a ações precipitadas sem premeditação e com elevado potencial de auto dano. Comportamentos impulsivos podem expressar-se com intromissão e tomada de decisões importantes sem avaliação das consequências a longo prazo (APA, 2013).

Palácio e colaboradores (2009) chamam a atenção para o fato de que muitas crianças, sobretudo pré-escolares, são inquietas e imprudentes, devendo-se tais características, em parte, ao processo neurobiológico de maturação das áreas pré-frontais do cérebro e à falta de suficiente controle inibitório, durante os primeiros 4 anos de vida. Nesse mesmo sentido, Fontiveros e colaboradores, destacam que a simples presença de desatenção ou de hiperatividade não determinam diagnóstico de TDAH, além de serem características comuns na população em geral. Os autores enfatizam ainda que a magnitude dos sintomas, a idade de início, o contexto, a notória evidência de prejuízos e de impactos negativos em diferentes contextos do indivíduo são alguns dos elementos fundamentais para o correto diagnóstico da doença.

O conhecimento sobre os critérios diagnósticos, a fim de se evitar a prescrição inadequada de medicações a pessoas que não apresentam o TDAH é fundamental e está alinhado à proposta de prevenção quaternária. Esta pode ser conceituada como ação que visa evitar danos associados às intervenções médicas (iatrogenias) (JAMOULLE, 2015; MARTINS et al., 2018).

Não havendo marcadores biológicos específicos, o diagnóstico do TDAH é essencialmente clínico, portanto, para este fim, não se realizam exames de imagem ou laboratoriais nem testes neuropsicológicos (DOPHEIDE; PLISZKA, 2009; FONTIVEROS et al., 2015; HORA et al., 2015). Para alcançar o diagnóstico, é fundamental acessar e integrar informações de distintas fontes, com destaque para os professores e familiares, considerando os diferentes contextos de vida da pessoa (LANGBERG et al., 2008). Wolraich e colaboradores (2005) enfatizam a importância de os médicos valorizarem as informações vindas da escola, não apenas para o diagnóstico, mas também para o cuidado continuado.

De acordo com a última edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*, principal referência para diagnóstico em saúde mental, para caracterizar-se o TDAH, em crianças ou adolescentes, faz-se necessária a presença frequente, por pelo menos 6 meses de, no mínimo, 6 sintomas de desatenção (a) ou sintomas de hiperatividade-impulsividade (b) com evidência de impacto negativo em atividades sociais e acadêmicas/ profissionais, conforme a descrição abaixo:

a. Desatenção: (1) erros por descuido em tarefas; (2) dificuldade em manter a atenção em tarefas ou em atividades lúdicas; (3) aparente dificuldade para ouvir, quando alguém lhe dirige a palavra diretamente; (4) incapacidade de seguir instruções até o fim, abandonando trabalhos antes de terminar; (5) dificuldade para organizar tarefas e atividades; (6) evitação ou relutância em envolver-se com tarefas que exijam esforço mental prolongado; (7) perda de objetos necessários às tarefas ou atividades; (8) fácil distração por estímulos externos; (9) esquecimento em relação a atividades cotidianas.

b. Hiperatividade-impulsividade: (1) movimentação excessiva, remexendo ou batucando com as mãos ou pés, ou contorcendo-se na cadeira; (2) incapacidade de permanecer sentado em situações em que isso é esperado; (3) agitação, correndo e subindo em lugares ou móveis, em situação em que isso é inapropriado; (4) incapacidade de brincar ou de envolver-se em atividades de lazer em estado calmo; (5) inquietação, agindo como se estivesse “com um motor ligado”; (6) fala excessiva; (7) resposta antes de as pessoas terminarem de fazer uma pergunta; (8) dificuldade em aguardar sua vez; (9) interrupção e intromissão nas ações de outras pessoas.

A manifestação dos sintomas deve haver iniciado antes dos 12 anos de idade e ocorrer em mais de um ambiente, comumente casa e escola. (APA, 2013).

Escala de avaliação desenvolvida por Swanson, Nolan e Pelham, conhecida na literatura como Questionário SNAP-IV constitui uma excelente ferramenta auxiliar ao diagnóstico de TDAH, tendo sido desenvolvida a partir dos sintomas elencados para seu diagnóstico no DSM-5 (COUTINHO et al., 2009; TERESA; MARCON, 2011). Assim, o questionário é composto pela descrição de 18 sintomas do TDAH, entre sintomas de desatenção (9 primeiros itens) e hiperatividade/impulsividade (itens 10 a 18), os quais devem ser pontuados por pais e/ou professores, em uma escala de 4 níveis de gravidade (PEREIRA et al., 2012).

Há tradução brasileira do questionário SNAP-IV, validada pelo Grupo de estudos do Déficit de Atenção da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pelo Serviço de Pesquisa e Psiquiatria da Infância e Adolescência da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (MIRANDA et al., 2011). Sobre o SNAP-IV, Pastura e Mattos (2007) destacam aspectos relevantes: (1) a vantagem de ser autoaplicável, viabilizando o preenchimento por pais e professores sem a presença do pesquisador; (2) ótima consistência interna atestada; (3) baseado no DSM-5, principal referência para o diagnóstico; e (4) larga experiência de uso, incluindo grandes estudos internacionais como o *Multimodality Treatment of ADHD*.

O TDAH possui alta herdabilidade. Segundo Faraone e Mick (2010), 76 % dos filhos de pessoas com TDAH herdaram de seus pais o transtorno. Assim, a presença de história familiar positiva é um importante fator de risco para a doença (NICE, 2018). A manifestação dos sintomas inicia-se na infância — os meninos mais diagnosticados que as meninas, numa razão de 2:1 (WEED, 2016). Há estimativas de que os sintomas do TDAH persistam, causando prejuízo na vida adulta em 66% dos casos (ADLER et al., 2009). Os sintomas de hiperatividade normalmente reduzem-se com o avançar da idade. A impulsividade compromete a capacidade de julgamento, expondo a comportamentos e ações que envolvem maior risco. Algumas pessoas expressam mais hiperatividade/impulsividade, enquanto outras podem ser predominantemente desatentas. Homens costumam ser mais hiperativos e mulheres, mais desatentas. Por essa razão, as mulheres costumam ser ainda mais negligenciadas em seu diagnóstico (KEWLEY; HALLIWELL, 2014).

Existe grande variação da prevalência do TDAH encontrada em estudos realizados, em diferentes países e continentes, levando a frequente debate a respeito tanto de seu sobrediagnóstico quanto de subdiagnóstico (MOREIRA-MAIA et al., 2018; RASHID; LLANWARNE; LEHMAN, 2018; THOMAS et al., 2015; WEED, 2016; WILLCUTT, 2012).

No entanto, uma importante revisão sistemática demonstrou que essas divergências estão relacionadas a diferenças metodológicas entre os estudos e que essas variações na prevalência do TDAH, ao redor do mundo, são minimizadas quando se controla para diferenças metodológicas entre os estudos (POLANCZYK, *et al.*, 2007).

Portanto, as taxas de prevalência são similares em culturas e sociedades diferentes. Esses resultados reforçam que questionamentos sobre a existência deste transtorno devem ser superados e argumentam contra a hipótese do TDAH como uma construção cultural do mundo ocidental ou de uma cultura específica (WILLCUTT, 2012). Thomas et al, em estudo de metanálise de 2015, encontrou prevalência global de TDAH de 7,2%, confrontando os resultados encontrados por Polanczyk et al, em 2007, cuja prevalência foi de 5,29%. Esta aumentada estimativa encontrada por aquele autor é justificada em seu trabalho pelo fato de ter incluído 83 novos estudos à revisão anteriormente realizada e por não ter feito restrição de idiomas na inclusão dos estudos.

Dada sua alta prevalência, o TDAH é considerado um dos principais e mais negligenciados transtornos mentais (FAYYAD, 2007). Os prejuízos relacionados à falta de acesso e de abordagem adequada ao problema são evidentes: desempenho escolar insatisfatório, que limita o futuro profissional; relações sociais conflituosas e baixa autoestima. Sabe-se que pré-escolares com TDAH apresentam comportamentos em casa e em ambientes públicos que os colocam em maior risco de sofrerem agressões (BYRNE, 2003). Crianças sem tratamento apresentam elevado risco de lesões acidentais. (RUIZ-GOIKOETXEA et al., 2018). Há descrição de maiores dificuldades nas relações interpessoais, especialmente no âmbito da vida conjugal nos indivíduos com TDAH (FONTIVEROS et al., 2015).

Estudantes com TDAH frequentemente tem mal desempenho acadêmico e maior taxa de advertências e de expulsão da escola (LANGBERG; BECKER, 2012). Em função dos sintomas de impulsividade, adolescentes com TDAH não tratados apresentam maior risco de abuso de álcool e de outras drogas, comparados a jovens sem a doença (LEVIN; KLEBER, 1994; UPADHYAY et al., 2017; WEED, 2016). Indivíduos com TDAH apresentam maior taxa de mortalidade por causas não naturais, especialmente acidentes de trânsito, quando comparados aos que não apresentam o transtorno (DALSGAARD et al., 2015; OUGRIN; CHATTERTON; BANARSEE, 2010). Há também registro de maior relação de suicídio entre portadores de TDAH (CHEN et al., 2014).

Segundo Kewley e Halliwell (2014), a alta prevalência de TDAH sem tratamento, entre os jovens em conflito com a lei, é alarmante, reforçando que existe influência biológica

para a falta de autocontrole. Estudo realizado em população carcerária, em presídio de segurança máxima na Suécia, evidenciou que 40% dos detentos apresentavam elementos que definem o diagnóstico para TDAH (GINSBERG; HIRVIKOSKI; LINDEFORS, 2010).

O TDAH pode coexistir com outros transtornos mentais, tornando sua identificação mais difícil (FONTIVEROS et al., 2015). São possíveis comorbidades: Transtorno Opositor Desafiante (TOD); Transtorno de Conduta (TC); Transtorno do Espectro Autista (TEA); Deficiência Intelectual (DI); Transtorno Específico da Aprendizagem; Transtorno Depressivo e Transtorno de Ansiedade (ADLER et al., 2009; KEWLEY; HALLIWELL, 2014; LANGBERG et al., 2008; MAO; FINDLING, 2014). Nessas situações, os médicos devem determinar se tal transtorno é uma condição comórbida ou um diagnóstico diferencial, mimetizando sintomas que se confundem com TDAH (LANGBERG et al., 2008; MONTANO; WEISLER, 2011).

Na população em geral, TOD é comórbido com TDAH em cerca de 50% das crianças com a apresentação combinada (desatenção e hiperatividade) e em cerca de 25% daquelas com a apresentação predominantemente desatenta. Transtorno de conduta é comórbido com TDAH em aproximadamente 25% daqueles com apresentação combinada, dependendo da idade e do ambiente. Transtornos de ansiedade e transtorno depressivo maior ocorrem em uma minoria de indivíduos com TDAH, embora com maior frequência do que na população em geral (APA, 2013). Transtornos Específicos da Aprendizagem, como discalculia e dislexia, são encontrados em 30% das crianças com TDAH (LANGBERG et al., 2008).

Há poucos dados sobre a relação entre o TDAH e o transtorno do espectro autista (TEA). No entanto, o DSM-5 incluiu a possibilidade de estabelecer-se ambos diagnósticos simultaneamente. Isso é clinicamente relevante, porque uma resposta insatisfatória com o uso de medicação para o TDAH pode ocorrer em função da dificuldade em se identificar a presença do TEA como comorbidade (MAO; FINDLING, 2014).

Como não existe terapêutica curativa para o TDAH, uma condição considerada crônica, o objetivo do tratamento é diminuir a intensidade e a frequência dos sintomas, melhorando assim a qualidade de vida da pessoa (FONTIVEROS et al., 2015). O tratamento é multimodal incluindo psicoeducação, ação farmacológica e abordagens psicossociais, com a participação de múltiplos agentes sociais como pais, outros familiares, educadores, profissionais de saúde, além da própria criança. Quando acessível, a psicoterapia de escolha para o TDAH é a comportamental (GOMES et al., 2007; NICE, 2018; SANTOS; VASCONCELOS, 2010; WEED, 2016).

A psicoeducação pode ser considerada a base de todo cuidado, em saúde mental. No contexto do tratamento de pessoa com TDAH, objetiva validar o sofrimento mental vivenciado e compartilhar informações sobre a doença para o paciente e seus familiares, de forma efetiva e acessível. A informação por si é terapêutica e permite ao indivíduo entender-se melhor. Além disso, apoia o desenvolvimento de melhores estratégias para lidar com limitações no cotidiano (ANTSHEL; BARKLEY, 2008). Fazem parte também da psicoeducação, esclarecimentos acerca da medicação, orientando seu tempo de ação, o efeito terapêutico esperado e os possíveis efeitos adversos. Trata-se de um componente fundamental para garantir boa adesão ao tratamento.

As abordagens psicossociais devem ser orientadas pelos profissionais de saúde de forma a minimizar o impacto dos sintomas de TDAH no cotidiano da criança. De forma geral sugere-se: (1) manter uma rotina diária; (2) minimizar as distrações; (3) garantir locais específicos para a criança guardar seus brinquedos, seu material escolar e suas roupas; (4) estabelecer conjuntamente metas claras e alcançáveis; (5) limitar as opções de escolha; (6) encontrar atividades que a criança goste e desenvolva bem (AAP, 2011)

Ainda em relação às abordagens psicossociais, algumas são mais específicas para o contexto familiar ou escolar. Aquelas que podem ser adotadas pelos pais incluem: o estabelecimento de regras simples e bem explicadas em casa; comunicação com frases curtas, estabelecendo contato visual; elogios e recompensas para os comportamentos desejados. Os comportamentos indesejados, como agressões, por exemplo, devem ser pontuados e impedidos. No ambiente escolar, as abordagens incluem: ações que minimizem distrações, tais como colocar a criança sentada próxima ao professor, não havendo obstrução entre eles. As tarefas escolares devem ter objetivos claros, com orientações curtas, incluindo pausas preestabelecidas (OUGRIN; CHATTERTON; BANARSEE, 2010)

Segundo Thomas, Mitchell e Batstra (2013), as abordagens psicossociais são efetivas para as crianças e seus familiares. Os autores complementam, destacando que, entre crianças com 6 anos ou mais, o tratamento farmacológico com ou sem a abordagem psicossocial é efetivo, no entanto, a abordagem psicossocial isolada não mostra benefício.

A farmacoterapia é parte importante da estratégia de tratamento multimodal para o TDAH, considerada pelos protocolos, a primeira escolha de tratamento ao menos para os casos moderados e graves ou nas situações em que a intervenção não farmacológica foi insatisfatória (MOREIRA-MAIA et al., 2018). As medicações psicoestimulantes são consideradas a primeira linha, tendo o Metilfenidato como fármaco de escolha (MCCLAIN;

BURKS, 2014; OUGRIN; CHATTERTON; BANARSEE, 2010). A Atomoxetina, quando disponível, costuma ser a segunda opção (FONTIVEROS et al., 2015).

Segundo Kewley e Halliwell (2014), o tratamento com psicofármaco é efetivo, internacionalmente aprovado e bem aceito na prática dos profissionais do Reino Unido. McClain e Burks (2014) destacam estudos que revelam resposta satisfatória em 70 a 80% dos casos.

O psicoestimulante mais usado no Brasil é o Metilfenidato. Atualmente pode ser encontrado como genérico ou com os nomes comerciais de Ritalina® e Concerta®. Podem apresentar 2 formas de ação, curta e longa. A medicação mais usada em função de seu menor custo é a de curta duração, na apresentação convencional de 10 mg, com uma duração de efeito de 3 a 4 horas. Seu mecanismo de ação é o de elevar a dopamina e a norepinefrina cerebral, principalmente inibindo sua recaptação na fenda sináptica (DOPHEIDE; PLISZKA, 2009; MAO; FINDLING, 2014).

Fontiveros e colaboradores (2015) enfatizam que os estimulantes melhoram não apenas os sintomas de desatenção e hiperatividade, mas também repercutem positivamente sobre problemas associados como irritabilidade, mudanças bruscas de humor, baixa autoestima, limitações cognitivas e nas relações conflituosas. A farmacoterapia, portanto, é efetiva para redução em curto prazo dos sintomas de TDAH (BARBARESI; KATUSIC; COLLIGAN, 2006) e em longo prazo para a redução dos desfechos negativos desencadeados a partir do transtorno (SHAW et al., 2012).

Existem muitos mitos relacionados ao TDAH e a seu tratamento, que conseqüentemente, comprometem o acesso ao adequado cuidado (FONTIVEROS et al., 2015; GOMES et al., 2007). Dessa forma, são penalizadas, sobretudo, pessoas com TDAH que vivem em situação de vulnerabilidade e desvantagem de oportunidades. Um desses mitos é o de que o tratamento farmacológico aumenta o risco de eventos cardiovasculares. Habel e colaboradores (2012) demonstraram que, entre jovens e adultos com TDAH, o tratamento medicamentoso não aumenta o risco de eventos cardiovasculares quando compara-se com a população em geral.

Alguns pais e até profissionais de saúde manifestam preocupação e receio de iniciar medicação, por acreditarem que pode predispor ao abuso de substâncias. No entanto, estudos mostram o uso de medicação psicoestimulante como fator protetor tanto para o abuso de álcool e outras drogas, quanto para comportamentos considerados delinquentes. (DOPHEIDE; PLISZKA, 2009). Da mesma forma, mais estudos demonstraram relação inversa entre o tratamento farmacológico e o risco de envolvimento com crimes e acidentes de trânsito,

reforçando o uso da medicação como fator protetor (CHANG et al., 2017; DALSGAARD; NIELSEN; SIMONSEN, 2014; LICHTENSTEIN et al., 2012).

Efeitos adversos comuns que podem estar relacionados ao uso do metilfenidato incluem cefaleia e epigastralgia. Também pode ocorrer diminuição do apetite e alteração do sono, que costumam ser os mais problemáticos, podendo ser necessária mudança na dose ou no horário da medicação (OUGRIN; CHATTERTON; BANARSEE, 2010). Para não prejudicar o sono, a medicação não deve ser tomada no período da noite. Nas situações em que ocorrem diminuição do apetite, orienta-se o uso da medicação exclusivamente após a refeição. Em algumas condições, pode ser necessária diminuição da dose ou interrupções no uso, criando janelas para otimizar o ganho de peso (MCCLAIN; BURKS, 2014).

### **3.2 O CUIDADO DE PESSOAS COM TDAH NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Analisando artigos que tratam sobre a abordagem do TDAH no primeiro nível de atenção, além de não se encontrar trabalhos que discutam o tema, no contexto brasileiro, percebe-se que não há homogeneidade entre os países.

Para Weed (2016), os profissionais que atuam na APS apresentam condição única para oferta de cuidado integral das crianças e adolescentes que apresentam TDAH. Assim, reforça que os médicos do primeiro nível de atenção, são fundamentais e devem estar aptos para o diagnóstico, manejo e tratamento desta população.

Em artigo que discute o TDAH pela perspectiva da atenção primária na Espanha, Payá e colaboradores (2012) afirmam que diante da suspeita de TDAH, antigamente, os profissionais da APS encaminhavam os pacientes para o neuropediatra ou o psiquiatra que eram quem emitiam o diagnóstico definitivo. Os autores discutem que, por essa razão, ainda hoje, existe muita pressão, por parte dos pais, para que as crianças sejam referenciadas, ao que estes denominam, “especialistas”.

Outro artigo espanhol, que discute a atualização do tratamento do TDAH na APS, afirma que todo médico deste nível de atenção deve conhecer os principais sintomas deste transtorno para poder fazer uma correta triagem diante de casos suspeitos. Uma vez realizado o diagnóstico, em casos de TDAH sem comorbidades, poderia se iniciar o tratamento na própria APS. O encaminhamento à atenção especializada estaria indicado em casos com

comorbidades ou que não respondem adequadamente ao tratamento iniciado pelo médico de família (FONTIVEROS et al., 2015).

Segundo Duric e Elgen (2011), na Noruega, o TDAH é, na maioria das vezes, acompanhado pelos serviços de psiquiatria da infância e adolescência, não havendo protocolos para os profissionais da APS sobre o tema. Os autores destacam que os serviços especializados em saúde mental infantil não conseguem atender a demanda que busca este serviço e, portanto, defendem que a APS deve ser capaz de diagnosticar corretamente o TDAH. Ressaltam ainda, a necessidade de capacitações e protocolos direcionados aos profissionais do primeiro nível de atenção que lhes permitam a detecção precoce do referido transtorno mental.

Analisando o contexto estadunidense, Filks e colaboradores (2017) consideram que, embora a *American Academy of Pediatrics* (AAP) tenha destacado o papel central da APS no acesso e no tratamento do TDAH e publicado materiais e protocolos sobre o tema, a implementação de práticas baseadas em evidências para o referido transtorno na APS é muito variável e frequentemente pobre.

No sistema de saúde inglês, *National Health System* (NHS), o protocolo do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) que discute o tema, determina que o diagnóstico e o início da medicação devem ser realizados apenas na atenção secundária (NICE, 2018). Esse protocolo que discute manejo e diagnóstico do TDAH, traz ainda orientações sobre a responsabilidade compartilhada entre o primeiro e segundo níveis de atenção para a continuidade das prescrições. Esses cuidados compartilhados dos escolares com TDAH permitem maior integração da rede de saúde e maior qualidade dos serviços prestados (MCCARTHY et al., 2013).

Para Rashid, Llanwarne e Lehman (2018), embora haja a orientação no NHS de que a terapia farmacológica seja iniciada no segundo nível de atenção, a APS e o médico de família são indispensáveis na identificação dos casos, na manutenção das prescrições e na continuidade do cuidado. Para os autores, as famílias podem até procurar a atenção especializada regularmente, mas tendem a consultar os profissionais da APS nos momentos de dúvidas e crises.

Com relação a adesão aos protocolos do NICE, no Reino Unido, pelos profissionais que atuam no NHS, Raman e colaboradores (2015) afirmam ser muito variável, sendo influenciada pela disponibilidade local de um especialista em saúde mental infantil.

Estudo canadense que pesquisou o cuidado do TDAH na APS desse país concluiu que é mais provável que um indivíduo com o transtorno procure um médico de família para o

tratamento de problemas relacionados a saúde mental que outras especialidades médicas, como neurologia ou psiquiatria. (HAUCK et al., 2017). Tal fato está provavelmente associado aos atributos do primeiro nível de atenção, com destaque para o acesso e vínculos longitudinais.

Para Brahmhatt e colaboradores (2016), os adolescentes sentem-se mais confortáveis com seu médico de família, em função do estigma relacionado à doença e associado ao acompanhamento de saúde com um psiquiatra ou neurologista. Não apenas o médico de família, mas os serviços de APS são mais procurados e, conseqüentemente, mais acessíveis aos usuários com sofrimento mental e seus familiares, pelo fato de não estarem associados a condições específicas de saúde, reduzindo estigmas associados as doenças mentais quando comparados a serviços de saúde especializados (WONCA; WHO, 2008).

Percebe-se, portanto, que, embora existam diferentes entendimentos sobre o alcance da abordagem do médico de família no cuidado do TDAH, todos sistemas nacionais de saúde citados dão ênfase ao papel central e privilegiado deste profissional para o acesso e cuidado adequado. Países que estabelecem que o tratamento deve ser iniciado na atenção secundária, como no caso do Reino Unido, além de não obter adesão completa à orientação do protocolo, em função de contextos de indisponibilidade de profissional especialista em saúde mental infantil, destacam que o cuidado deve ser integrado (atenção primária e secundária). Ou seja, orientam o cuidado do TDAH por meio de cuidados compartilhados.

Ougrin, Chatterton e Banarsee (2010) enfatizam que o médico de família tem papel fundamental na identificação de possíveis casos e estão em posição privilegiada para esta função por estarem em contato e atenderem a centenas de crianças. Deste modo, possuindo assim um grande grupo como referência de comparação. Para os autores, essa posição de vantagem para identificação dos casos também pode ser considerada para os professores, igualmente pelo fato de lidarem com grande número de crianças.

Levando-se em conta o contexto brasileiro, a referida posição de vantagem dos professores e profissionais da APS e o trabalho intersetorial que pode ser desenvolvido, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em parceria com as escolas de sua área de abrangência, aliada a ferramenta do apoio matricial em saúde mental (modelo brasileiro de cuidados compartilhados), acredita-se ser possível aumentar acesso e oferecer adequado cuidado ao TDAH no primeiro nível de atenção.

## **4-METODOLOGIA**

### **4.1- OBJETO**

No contexto do cenário deste estudo, isto é, a APS do Distrito Federal, há percepção de que exista lacuna de acesso ao adequado cuidado em saúde mental para os escolares com TDAH. Comumente, as pessoas com sintomas e características que levam à suspeição de apresentarem o mencionado transtorno são referenciados para serviços especializados da atenção secundária, como neuropediatria ou psiquiatria da infância e adolescência. No entanto, frequentemente, permanecem alguns anos em fila de espera sem serem atendidas. Desse modo, enquanto aguardam confirmação diagnóstica e início do tratamento, os escolares com TDAH e suas famílias persistem vivenciando, de forma cumulativa, o impacto negativo do transtorno em suas vidas. É pertinente ressaltar que esta espera para iniciar tratamento ocorre em momento crucial de formação acadêmica e desenvolvimento das relações sociais.

Considerando que o cuidado oferecido aos escolares com TDAH, no contexto do estudo, sugere respostas insatisfatórias, além da falta de clareza da linha de cuidado deste transtorno no SUS (e SES-DF), somadas à vaga definição do papel da APS nesses casos, pretende-se elucidar o potencial e as limitações do primeiro nível de atenção bem como do médico de família para melhor oferta do cuidado.

A partir do entendimento de como é realizada a abordagem de pessoas com TDAH, na APS dos sistemas de saúde de diferentes países, e levando-se em conta as características do sistema de saúde brasileiro, especialmente da atenção primária e as equipes de ESF, pretende-se analisar e discutir o alcance das ações deste nível de atenção a fim de garantir respostas adequadas aos escolares que sofrem as consequências do TDAH.

Para tanto, parte-se de análise de experiência de cuidado de escolares com TDAH na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Basevi, localizada na região administrativa de Sobradinho no Distrito Federal, unidade rural inserida na APS da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

## **4.2- OBJETIVO GERAL**

Realizar estudo baseado na experiência de abordagem da APS aos escolares portadores de TDAH, analisando os limites e potencialidades para a atuação direcionada a este grupo populacional e identificando elementos propositivos para ampliar a resolutividade da APS.

## **4.3 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a. Apresentar os casos selecionados com suas dimensões e aspectos como base para analisar as potencialidades à prática do cuidado aos escolares com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na Atenção Primária à Saúde (APS).
- b. Caracterizar o processo de trabalho realizado pela equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), destacando as características e os sintomas dos escolares e de suas famílias, que permitiram a identificação dos casos, o estabelecimento do diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento dos casos;
- c. Analisar como a articulação intersetorial contribuiu para o cuidado ao TDAH na APS, verificado com enfoque em aspectos biopsicossociais (relações sociais, desempenho escolar e autoestima);
- d. Analisar e propor estratégias de qualificação e ampliação da resolutividade em APS, no tocante ao apoio matricial para o cuidado ao TDAH, ampliando suas atribuições junto à população do território;
- e. Propor diretrizes para uma linha de cuidado, incluindo um conjunto de tecnologias a serem adotadas para a saúde dos escolares portadores de TDAH na APS.

## **4.4- DESENHO METODOLÓGICO**

Para registro e sistematização do material que compõe o objeto de estudo, utilizou-se a medicina narrativa, opção baseada nas possibilidades de exploração de forma ampliada registrando as dimensões múltiplas da experiência do cuidado de escolares com TDAH na UBS

Vila Basevi. Para a análise dos casos descritos foi realizada uma verificação dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) por aproximação temática.

Foram selecionados 05 casos de escolares em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Basevi, cujo denominador comum foi o diagnóstico de TDAH realizado de acordo a última edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5), principal referência para diagnóstico em saúde mental (APA, 2013). Os escolares selecionados estavam matriculados na escola do território (Escola Classe Basevi) ou residiam na área de abrangência da UBS Vila Basevi. A escolha dos casos foi feita de forma que permitisse a discussão de diferentes aspectos relacionados aos objetivos da pesquisa ou seja, analisando os atributos da APS nessa modalidade de transtorno e população. A eleição das crianças que participaram deste estudo, portanto, deu-se principalmente pela oportunidade que cada caso oferecia ao aprofundamento e análise das situações heterogêneas e multidimensionais. Interessou à pesquisa não apenas o conjunto dos atributos, mas ainda os elementos da PNAB para o SUS onde pode ser destacado o matriciamento, as articulações intrasetoriais e intersetoriais, além das características da equipe de APS.

Para a construção e embasamento das narrativas dos casos foram seguidas as orientações do método da medicina narrativa na sistematização de informações provenientes da análise dos registros nos prontuários clínicos complementando com informações que permitiram identificar como aquela criança chegou à unidade. Interessava ao pesquisador conhecer quem suspeitou inicialmente, quais sintomas e características da criança e da família conduziram à suspeita de diagnóstico. Da mesma forma fez se imprescindível conhecer o caminho percorrido até receberem o diagnóstico na UBS, quais as ferramentas e alternativas adotadas e utilizadas para a efetivação do cuidado. Na mesma direção interessou conhecer qual o impacto do tratamento em nível individual, familiar e comunitário.

Com o objetivo de complementar as informações e registros do prontuário para a mais completa descrição dos casos, foi realizado um conjunto de entrevistas semiestruturadas e orientadas por um roteiro (anexo 1). Estas entrevistas foram realizadas com informantes chave: os pais e professores das crianças. Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 2). As entrevistas com pais e professores explorou elementos da vida, do transtorno e do cuidado recebido pelos escolares, envolvendo os aspectos biopsicossociais: desempenho escolar, relações sociais e autoestima.

Complementarmente e, voltado à análise das possibilidades e especificidades do processo de cuidado foi ainda entrevistada uma psiquiatra que, mesmo não sendo formalmente matriciadora da Unidade, atuou como tal, oferecendo ajuda e orientação técnica à equipe.

Tratou-se de uma entrevista em profundidade realizada por um especialista não integrante da equipe assistida.

A entrevista realizada com a psiquiatra, que atuou como “matriciadora informal”, apresentou elementos importantes associados às características, limitações e fortalezas da experiência descrita e, particularmente do apoio técnico e matriciamento, desenvolvido junto à equipe da UBS Vila Basevi.

Todo o conjunto desse material foi sistematizado seguindo as orientações da medicina narrativa, sendo apresentados sob a forma de casos.

O termo Medicina Narrativa (MN) foi inicialmente usado por Rita Charon, em 2000, que referiu-se a ela como prática clínica fortalecida pela competência narrativa que permite reconhecer, absorver, interpretar e atuar nas histórias e angústias das pessoas (CHARON, 2006; CHEN; HUANG; YEH, 2017). Para Gaver, Borkan e Weingarten (2005), a MN, além de potencializar a relação médico-paciente, permite ao profissional maior compreensão e sensibilidade em relação a sua própria jornada na medicina, aumentando sua empatia e senso de responsabilidade. Murphy, Franz e Schlaerth (2018) ressaltam como a MN, ao contrário das narrativas objetivas e técnicas usadas tradicionalmente nos relatos médicos, valoriza as histórias pessoais contadas pelos próprios pacientes e o contexto em que situam-se.

Charon (2013) especifica as formas de aplicação da MN. Destaca que é um ato simples de escrita paralela ao registro médico convencional, na qual pode-se incluir relatos de aspectos subjetivos relacionados ao paciente, além das impressões e percepções do próprio profissional de saúde. Nesse modelo de registro, os médicos são encorajados a escrever sobre suas próprias experiências e sentimentos nesses encontros clínicos. A MN não impõe limites ou regras para a escrita, permitindo ainda que seja incluída poesia e ficção ao texto (ABETTAN, 2017). A MN foi escolhida como referência para a narrativa dos casos explorados nesta pesquisa, porque permite e estimula a descrição também das subjetividades relacionadas ao paciente, seus familiares, professores e aos profissionais da equipe envolvidos.

Toda identificação dos escolares protagonistas dos casos foi protegida e está garantido o anonimato. Os pais consentiram o estudo dos casos de seus filhos. O projeto de pesquisa deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS), recebendo aprovação em 26/01/2018, em parecer de nº. 2.475.566 (anexo3).

O desafio foi não apenas registrar e descrever os casos, mas também realizar a análise do material contido nas narrativas, tomados então como substrato, para a discussão e análise sobre a experiência do cuidado de pessoas, precisamente escolares com TDAH na APS.

Utilizou-se a análise por aproximação temática sobre os registros narrativos dos 05 casos selecionados nesta pesquisa. Tomaram-se como categorias de análise, os atributos essenciais da APS tal como definidos por Starfield (2002) e mundialmente consensuados: (1) Acesso; (2) Longitudinalidade; (3) Integralidade; e (4) Coordenação do Cuidado. Para além dos atributos clássicos foi possível identificar e explorar outros temas e conceitos importantes, com destaque para a intersetorialidade e o matriciamento, consideradas estratégias fundamentais na APS brasileira.

A história natural do transtorno, suas características, multidimensionalidades e diagnóstico puderam ser identificados nos casos narrados e permitiram avançar para recomendações de diretrizes que orientam uma linha de cuidado aos escolares portadores de TDAH. A ideia que rege o conjunto destas recomendações parte da condição e existência de uma rede de saúde e cuidados. Assim o destaque de forma particular é dado ao trabalho do Médico de Família e Comunidade (MFC), contando com efetivo e permanente apoio matricial.

O estudo permitiu ainda identificar e analisar a importância das articulações intersetoriais envolvendo as escolas e outros recursos do território, incorporados ao cuidado com os portadores de TDAH, no âmbito da APS.

Finalmente, esta pesquisa aponta as estratégias de ampliação da resolutividade da APS, particularmente em relação à importância do apoio matricial de psiquiatria na qualificação da equipe de APS.

Em última instância, o estudo lança bases para a produção de uma tecnologia de cuidado para casos de TDAH na APS, envolvendo todos os aspectos inerentes à equipe e ao território e às ações intersetoriais.

## **5 - REGISTROS NARRATIVOS**

Os 05 casos de escolares com TDAH selecionados para este estudo são apresentados, neste capítulo, como narrativas. O registro de cada caso foi feito utilizando-se a técnica de Medicina Narrativa. Foram escritos a partir da revisão de prontuário, de entrevistas com pais e professores e com a psiquiatra que realizou o matriciamento. Nas narrativas, os nomes das crianças e seus familiares foram substituídos por nomes fictícios, para garantir o anonimato.

### **5.1 – NARRATIVA: TARJA PRETA**

Há 8 anos, sou Médico de Família e Comunidade, pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Mesmo tendo ocupado cargo em gestão, tenho especial preferência pela assistência e pela docência. Como atividades de docência, sou preceptor do Programa de Residência em Rede de Medicina de Família e Comunidade da SES-DF, e do Internato de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde.

Na função de assistência, trabalhei em 4 unidades de saúde de 3 Regiões Administrativas do Distrito Federal: Planaltina, Paranoá e Sobradinho. Tive minhas primeiras experiências numa unidade rural com estrutura bem precária e improvisada, em Planaltina, localizada na divisa do Distrito Federal com o Goiás. Posteriormente trabalhei em unidades urbanas — Arapoanga (Planaltina) e Itapoã (Paranoá) — com alta vulnerabilidade social, relacionada principalmente à violência e drogadição.

Há três anos e meio, atuo na Unidade Básica de Saúde (UBS) da Vila Basevi, localizada em área rural, na Região Administrativa de Sobradinho, a aproximadamente 40 quilômetros do centro de Brasília. Minha área de abrangência contempla uma população com características significativamente heterogêneas, a partir das quais pode-se destacar 3 grupos. O primeiro refere-se a um condomínio de classe média — Mansões Colorado — com alguns moradores que possuem planos de saúde privados e características predominantemente urbanas. O segundo inclui a própria comunidade da Vila Basevi, onde está localizada a UBS e praticamente todos os moradores se conhecem. Esta zona apresenta características mistas (rural e urbana). Já o terceiro grupo, um setor de chácaras, chamado Lago Oeste, possui características rurais, onde há grande distâncias entre as moradias. Nesta região, os vizinhos raramente conseguem se encontrar.

Nesta unidade em que trabalho atualmente, UBS Vila Basevi, da janela do meu consultório vejo a escola da comunidade que oferece educação infantil e ensino fundamental, Escola Classe Basevi. Esta proximidade física facilita o desenvolvimento e a articulação do trabalho intersetorial da nossa unidade de saúde com o setor educação. Frequentemente, as professoras e a diretora da escola acionam a equipe de saúde da família por diferentes demandas, que vão de dor de cabeça ou dor de barriga nas crianças até questões relacionadas à violência e abuso.

Neste contexto, por exemplo, a pedagoga da escola já me havia solicitado que acompanhasse alunos com dificuldade de aprendizagem e alguns pais pediram para renovar receita de Ritalina, dizendo que o filho tinha Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

Diante deste quadro, não me sentia seguro para abordar situações de dificuldade de aprendizagem. Achava que eram casos muito específicos e complicados. Acabava encaminhando as crianças ao neuropediatra ou ao psiquiatra infantil. Entretanto, com o passar do tempo, passei a notar que aquelas crianças não eram chamadas para as consultas. Assim, percebi que precisávamos fazer diferente, ir além do que usualmente oferecíamos àqueles casos. Foi então que, conhecendo Caio e sua estória, nos inquietamos e buscamos formas de ampliar nossas respostas para os casos de TDAH.

Numa reunião de equipe, em que vários casos foram apresentados e revisitados, o agente de saúde Marconi compartilhou sua especial preocupação com a situação de Débora, faxineira que morava com seus dois filhos. No último ano, tinha perdido a maioria de seus clientes e reclamava muito de dificuldades com o filho de 10 anos.

A enfermeira Audirene, que já estava na equipe há mais tempo e conhecia praticamente toda a comunidade pelo nome, complementou com o que sabia. Contou que, há mais ou menos 3 anos, Débora teve muitos problemas com o filho na escola e que, naquela época, estava sempre na unidade, reclamando dele.

Diante daquela preocupação trazida pelo agente de saúde e do histórico da família, resgatado pelas lembranças da enfermeira, a equipe considerou fundamental uma reaproximação. Assim, agendamos uma visita domiciliar para a semana seguinte, quando poderíamos observar e conversar com aquelas pessoas, em seu próprio contexto de vida.

Débora parou o serviço de casa para receber a equipe. Estava sozinha. As crianças na escola e o marido, motorista de caminhão, no trabalho. Eu não a conhecia até então, mas parecia à vontade com nossa visita. Ela já era amiga do agente de saúde e tinha intimidade com a enfermeira. Contou dos problemas financeiros, disse que passou um tempo ser dormir,

mas já conseguia. Também deixou evidente que a relação com o companheiro era boa. Fez questão de enfatizar que ele trabalhava muito. Sua grande preocupação era mesmo com o primogênito.

Contou que Caio, desde o início da vida escolar, recebia muitas advertências com queixas de mau comportamento e dificuldades para aprender. Por essa razão, naquela época, procurou atendimento na área em que morava anteriormente. Na ocasião, foram encaminhados para o neurologista pediatra, mas nunca foram chamados para a consulta.

“Eu não saía da escola. Quase todo dia me chamavam. Não tinha mais força para lidar com ele”, dizia Débora.

Preocupada com a situação, apesar dos problemas financeiros, procuraram então, um neurologista privado. Assim, aos 7 anos, Caio recebeu o diagnóstico de TDAH e iniciou tratamento com medicação.

O tratamento caminhava bem, Caio estava tendo uma boa resposta mas, ao longo do tempo, foi ficando difícil mantê-lo. Débora dizia que o problema era que, toda vez que precisavam da receita, pagavam por uma nova consulta. Contava que, às vezes, diminuía a medicação, por conta própria, para durar mais tempo. Naquelas ocasiões, percebia que ele piorava muito na escola.

Naquele dia em que a visitamos, fazia quase um ano que não estavam mais conseguindo manter o tratamento, principalmente pelas dificuldades de acesso à receita. Tentando segurar o choro, a mãe disse que não conseguia mais pagar as consultas. Já estava recebendo reclamações da escola de novo. E nas últimas provas, Caio tinha ido muito mal. “Até comigo e com o pai ele está agressivo. Qualquer coisa que a gente fala ele vem com duas pedras na mão“, contava.

O caso mexeu com os ânimos de toda a equipe, especialmente comigo. Percebi a magnitude do problema e me dei conta das desastrosas consequências do não acesso a tratamento. Surgiram lembranças de alguns adolescentes e adultos atendidos por mim, que expressaram limitações, na infância, parecidas com as de Caio. Aquelas pessoas, provavelmente teriam melhores oportunidades, se conseguissem acesso a tratamento.

Acreditava que muitos daqueles que hoje eu via em situações de exposição à violência, vivendo relações conflituosas, submetidos à marginalidade e subemprego, poderiam ter escrito uma história diferente. Assim, como médico de família e, portanto, um advogado de meus pacientes, senti que precisava me capacitar para dar conta daquele tipo de demanda.

Estudei sobre o TDAH e outros problemas relacionados à dificuldade de aprendizagem. Como ainda não tinha experiência prática com o tema, precisava da orientação de um colega que tivesse. A ajuda que buscava poderia ser sanada por meio de ferramenta conhecida como apoio matricial, a partir do qual, um profissional especialista em uma determinada área, capacita um colega que enfrenta dificuldades relacionadas àquela área. Entretanto, nossa equipe, infelizmente, não era contemplada com aquele tipo de apoio. Não contávamos com matriciamento para os casos de saúde mental em que encontrávamos dificuldades.

Como não recebia apoio institucionalizado para lidar com aqueles casos, improvisava, recorrendo a uma amiga psiquiatra. Em situações anteriores, relacionadas a dúvidas em outros temas de saúde mental, recebi orientações muito valiosas. Assim, ao longo do tempo, fui me tornando cada vez mais resolutivo, construindo um matriciamento informal.

Já havia acionado aquele matriciamento improvisado diversas vezes, em casos relacionados a depressão, ansiedade, bipolaridade, sintomas psicóticos, etc. Para começar a assumir o cuidado de pessoas com TDAH, precisaria também de uma tutoria que ajudasse a obter experiência e confiança. Assim, foi com Caio que inaugurei a busca por matriciamento para aquele tema.

Contando com o suporte da psiquiatra matriciadora, agendei consulta para Caio. Cláudio, seu pai, não conseguiu licença no trabalho. A mãe o acompanhou na consulta e, novamente, destacou o reinício das queixas de mal comportamento na escola e da dificuldade para aprender. Relatou ainda que o filho apresentava sono muito agitado, acordando várias vezes à noite, gritando. Também disse que não tinha paciência de brincar com os amigos, sendo, por exemplo, excluído do futebol por ser muito agressivo.

Discuti o caso com minha matriciadora, que enfatizou a importância da integração de informações sobre a criança. Assim, precisava conversar também com a professora do Caio. Foi quando procurei a orientadora da escola, que reforçou as dificuldades da criança, em sala de aula, e me pediu ajuda para outros casos semelhantes. Seguindo as orientações da minha tutora, apliquei à família o questionário conhecido como SNAP-IV, que ajuda a avaliar desatenção e hiperatividade/ impulsividade. Ela me ensinou que aquele teste, aliado a uma boa história clínica, colhida de diferentes fontes, apoiava a elucidação do diagnóstico de TDAH.

Então, com valiosa ajuda do meu apoio matricial não oficial, confirmei que a criança realmente tinha TDAH. Diante da confirmação do diagnóstico, minha matriciadora orientou sobre as abordagens terapêuticas, incluindo a psicossocial e medicamentosa. Pela primeira

vez naquela unidade, iniciamos tratamento para uma pessoa com TDAH e, assim, Débora pôde ter acesso à receita da medicação em sua própria unidade de saúde, perto de sua casa. Caio retomou o tratamento que havia sido abandonado, apresentando novamente bom desempenho na escola.

Em janeiro de 2018, quando já estávamos com mais de um ano de tratamento, registrei no prontuário:

“Mãe refere que não teve nenhuma reclamação da escola no último ano. Caio teve bom desempenho, com boas notas nas provas e conseguiu ser aprovado. Foi até elogiado pela professora na reunião de pais. Nos anos anteriores, quando estive com tratamento e acompanhamento irregular, teve duas reprovações.”

Em apenas uma das consultas o pai conseguiu ir. Perguntei o que estava achando do tratamento.

“Melhorou bastante. Até me apeguei mais a ele. Parece que antes eu não tinha muita paciência. Até comigo, ele era agressivo. Tava sempre nervoso. Eu fiquei mais carinhoso e presto mais atenção nas coisas que ele fala e que ele faz”, disse.

A mãe complementou:

“Ele também ficou mais carinhoso com a gente, faz questão de dar boa noite com abraços e beijos antes de dormir. Ele não era assim. Estou amando esse tratamento.”

Na última consulta em que Caio esteve comigo, disse que estava bem. Feliz por estar indo bem na escola. A mãe fez vários elogios. Mas Caio estava mais quieto que o usual. Perguntei se alguma coisa não estava legal.

“Meu irmão fica me chamando de doido, porque uso remédio tarja preta”, respondeu. Perguntei se queria parar de tomar a medicação. Ele disse: “não, mas também não quero que fiquem me chamando de doido”.

Falamos um pouco sobre aquilo e combinamos que o irmão viesse à próxima consulta para conversarmos juntos... Caio aprovou!

## 5.2 – NARRATIVA: JURURU

Ao longo do tempo e com a ajuda do matriciamento informal que recebia, pude assumir cada vez mais casos relacionados à dificuldade de aprendizagem. Progressivamente, minha segurança em diagnosticar e tratar o TDAH ia aumentando.

Novos casos suspeitos surgiam por diferentes caminhos. A maioria deles vinha por orientação e indicação da escola. Nessas situações, a pedagoga conversava previamente com a equipe da unidade de saúde e enviava relatório sobre a criança. Outro caminho que se consolidou para a identificação de possíveis casos foi a confiança no olhar atento dos agentes comunitários de saúde que, treinados e orientados em nossas reuniões de equipe, estavam cada vez mais sensíveis ao problema. A própria comunidade, em algumas situações, nos ajudava. Não era incomum que um vizinho sugerisse ao outro que nos procurasse, quando uma criança apresentava grande dificuldade na escola. Diziam que cuidávamos bem desses casos. Dentro do próprio consultório do médico da equipe, dos residentes e também da enfermeira, em conversas sobre a família, durante consultas inicialmente relacionadas a outros temas, identificávamos crianças e adolescentes que precisavam ser avaliados.

Em alguns casos, era mais evidente e fácil a identificação do transtorno. Outros, porém, traziam características ou comorbidades que nos confundiam, tornando mais desafiador o diagnóstico. Minha matriciadora já me havia alertado sobre algumas condições que podiam ser tanto diagnósticos diferenciais, quanto condições associadas (comorbidades) ao TDAH, que algumas vezes dificultavam o diagnóstico. Assim, aprendi que a Deficiência Intelectual, anteriormente conhecida como retardo mental e as diferentes manifestações de autismo (Transtorno do Espectro Autista) deveriam também ser considerados em situações de dificuldade de aprendizagem.

Ao longo da experiência de matriciamento, entendi também que os quadros de depressão e ansiedade, direta ou indiretamente, também poderiam comprometer o rendimento escolar e impactar negativamente no comportamento e relacionamentos sociais dos escolares. Portanto, deveriam também ser considerados como possíveis condições que mimetizam ou estão associadas ao TDAH.

Camila foi uma das crianças que chegaram à equipe por orientação da escola. Foi um dos primeiros casos que gerou maior dúvida, por apresentar sintomas que se assemelhavam à depressão. Tinha 9 anos, andava desanimada e não queria mais ir à escola. Além disso, sua mãe Ângela, tinha um importante histórico de depressão.

Apesar de o encaminhamento à consulta ter partido da escola, ao longo do tempo, a equipe de saúde do Basevi desenvolveu, de forma progressiva, um forte vínculo de parceria e confiança mútua com a família da Camila e Ângela, o que certamente foi fundamental para os bons resultados do acompanhamento e do tratamento que adotamos conjuntamente para a criança.

Já conhecia parte da família, mas Ângela e sua filha ainda não. Na primeira vez que consultei a Ângela, havia três acompanhantes, todas irmãs. Nunca havia recebido quatro irmãs juntas num mesmo atendimento. Peguei cadeiras extras, empurrei a mesa para um canto, e fizemos uma roda. Ângela com olhar vazio e triste, quase não falava. Havia dias que não conseguia sair de casa. Nem banho tomava. As irmãs se mobilizaram e decidiram que era hora de levá-la ao médico. Todas fizeram questão de comparecer. Uma delas já tinha sido tratada por mim, quando teve sintomas bem parecidos aos da irmã. Ângela tinha pensamentos de morte, mas contava com uma rede de proteção muito bem tecida por aquelas mulheres. Contaram comigo para tratar, e eu, com elas para cuidar. Juntos, fomos bem-sucedidos! Após alguns meses, Ângela ficou bem daquele quadro depressivo.

Cerca de um ano após a melhora, sua agente de saúde me pediu uma consulta domiciliar, porque achava que Ângela tinha voltado a ficar deprimida. Quando fomos a sua casa, vimos que estava muito magra e desanimada. A família contava que alguns dias vomitava quase tudo o que comia. Conversando em particular, me confessou que ela mesma provocava os vômitos. “Quando boto pra fora, me sinto aliviada“, dizia.

Mesmo estando fraca e com grande perda de peso, achava que precisava emagrecer. Era meu primeiro caso de bulimia.

Como de costume, diante de novos desafios em saúde mental, procurei minha matriciadora, que me orientou por telefone. Com apoio da equipe da UBS, matriciadora e família, conseguimos mais uma vez ajudar Ângela a se reequilibrar.

Após alguns meses, quando já estava bem, apenas fazendo acompanhamento para manutenção de sua saúde, nos procurou, a pedido da pedagoga da escola, trazendo sua filha e um relatório.

Anteriormente em reunião da equipe da Unidade Básica de Saúde da Vila Basevi com a equipe da Escola Classe Basevi, em que rotineiramente discutimos e revisitamos os casos de alunos e respectivas famílias que precisam de maior apoio, foi também apresentada preocupação por parte da professora em relação à aluna Camila. Destacaram que a criança

vivia em contexto familiar conturbado, em que o pai parecia pouco presente e a mãe, apesar de interessada, tinha frequentemente dificuldade de cuidar da filha, por problemas possivelmente psiquiátricos. A agente de saúde que já conhecia bem a família confirmou as informações, mas complementou, dizendo que a mãe estava num bom momento do ponto de vista emocional e seguia corretamente o tratamento para depressão.

Na consulta em que trouxe a filha, Ângela já iniciou dizendo: “Camila anda muito desanimada e sem vontade de ir à escola, acho que está com depressão... Tá muito jururu... Parece mal de família”.

O relatório, assinado pela professora e pedagoga, destacava sua dificuldade para aprender e fazer as tarefas. Enfatizava também aparente desinteresse da menina pelas aulas, além de recente diminuição da interação com os colegas de turma.

Conversando com a criança de 9 anos, precisava entender melhor sua relação com casa e família, além do ambiente da escola, colegas e professores. Perguntei a Camila se podíamos desenhar e conversar sozinhos. A criança aceitou e a mãe consentiu. Ângela nos aguardou na sala de espera, enquanto aos poucos ia perguntando e procurando entender os diferentes ambientes por onde Camila transitava e as relações que desenvolvia.

Ao falar da família, seus olhos brilharam, e só fez elogios. Gostava de ficar em casa e brincar com a irmã de 12 anos. Falou bem do pai e da mãe. Ao falar da escola, o discurso e a expressão facial mudaram. Ficou mais séria e sisuda. Disse não gostar de ir às aulas, porque não entendia o que a professora falava. Ainda reclamou que, por esse problema, as colegas riam dela.

Com os relatos da família e da criança, foi possível notar que o desânimo da criança surgia predominante na escola, onde se sentia inferior aos colegas e incapaz de aprender.

Em casa era bem animada. Camila não aparentava estar deprimida, sua insatisfação e desmotivação estavam restritas ao ambiente escolar e associadas a sua baixa autoestima como estudante.

Levando-se em consideração a dificuldade de aprendizagem e discutindo o caso com a matriciadora, suspeitamos de um caso de TDAH. Como orientado por ela, para complementar a definição do diagnóstico, aplicamos o questionário SNAP-IV que auxilia a avaliar desatenção e hiperatividade/impulsividade. Ao realizar o teste, Camila pontuou 100% para desatenção e 78% para hiperatividade/impulsividade.

Com a integração das informações vindas da escola, da família e da própria criança, somadas à discussão do caso com a matriciadora de psiquiatria, além da aplicação do questionário, consideramos como principal hipótese diagnóstica o TDAH. Assim, iniciamos acompanhamento, em parceria com a escola, destacando as abordagens psicossociais indicadas para esses casos. Solicitamos turma reduzida, apoio psicopedagógico e iniciamos o uso da medicação.

No primeiro retorno, a mãe disse ter percebido maior atenção da criança, mas confessou estar insegura em relação ao tratamento com remédio. Às vezes não dava a medicação, porque notava que a criança aparentava estar suando mais e com palpitações. Estava com medo de Camila desenvolver um problema no coração. Fizemos ausculta cardíaca que estava normal. Tranquilizamos a mãe e aproveitamos a oportunidade para reforçar que aqueles eram efeitos adversos que poderiam acontecer no início do tratamento. Destacamos que eles diminuía ao longo do tempo com a adaptação à medicação. Reforçamos que iríamos acompanhar a criança de perto, para que não houvesse qualquer risco. Esclarecer as dúvidas que surgiam e deixar a mãe à vontade para expressar suas inseguranças era fundamental para garantir uma boa adesão e envolvimento da família e da criança ao tratamento.

Após 2 meses, já na segunda consulta de retorno, Camila estava mais animada.

Já conseguia tomar a medicação corretamente, e não apresentava mais os efeitos adversos de que tinha se queixado no encontro anterior. Ângela disse que sua filha tinha voltado a gostar de ir à aula. Estava mais tranquila e com melhor desempenho. Acordava mais disposta e fazia os deveres de casa sem que ninguém pedisse.

Em reunião com a escola, mais boas notícias: conversamos com a professora Gisele, que nos confirmou a melhora do rendimento e maior participação nas aulas. Ainda enfatizou maior interação e socialização de Camila com os colegas de turma.

No terceiro mês, Ângela chegou mais arrumada e sorridente na consulta, dizendo que estava muito feliz com a melhora da filha. Contou que participou da reunião de pais na escola e que tinha sido bem diferente das outras vezes. “Pela primeira vez quem chorou foi a professora e não eu...”, relatou.

Ela explicou que saía chorando de todas as reuniões, por causa das reclamações que ouvia sobre Camila. Falava que se achava a pior mãe do mundo. Parecia que a menina só atrapalhava a professora e não aprendia nada. Daquela vez, porém, tinha sido bem diferente.

Naquela reunião, a professora chorou de alegria, compartilhando, pela primeira vez, boas notícias sobre a aluna.

Além da mãe, a professora também me disse, ao ser entrevistada, que se sentia culpada pela sensação de impotência para ajudar o desenvolvimento daquela criança que estava sob sua responsabilidade. Contudo, o tratamento e a boa resposta da criança foram um alívio para ela.

Tempos depois, Ângela fez questão de adiantar uma das consultas para me contar como havia sido a outra reunião na escola. Na ocasião, registrei no prontuário:

“A criança diz estar se sentindo melhor desde que iniciamos o tratamento para TDAH. Refere conseguir prestar mais atenção, havendo melhora das notas. Ângela, esteve em reunião ontem com a professora Gisele que elogiou muito Camila, dizendo que ela se concentra mais nas aulas, participa das atividades, melhorou em matemática e também na escrita”.

A família seguia muito bem. A mãe dizia que, com os avanços da criança, até seu casamento tinha melhorado. Mesmo o pai, que, segundo Ângela, não costumava estar muito presente, passou a ajudar para a melhora da criança. Contava que ele seguia as orientações de abordagem psicossocial compartilhadas nas primeiras consultas e que parabenizava Camila quando ia bem na escola. Ao conversar com a filha, para facilitar sua atenção e entendimento, abaixava-se para manter contato visual e usava frases mais curtas e claras.

Nesse caso foi interessante perceber como a família se aproximou e as relações melhoraram, a partir do cuidado e do tratamento adequados para a filha mais nova. Era nítida a maior autoestima e autoconfiança adquirida pela criança, bem como pelos pais e professora, em seus papéis de educadores, conseguindo alcançar seus objetivos de apoio a seu desenvolvimento.

### 5.3 – NARRATIVA: TAL PAI, TAL FILHO?

Um dos casos mais marcantes para equipe e escola, infelizmente, com maiores repercussões negativas, foi o do Mauro.

Na primeira consulta perguntei como preferia ser chamado. “Júnior”, respondeu.

Indaguei se não gostava de seu nome. “Não! É o mesmo nome do meu pai”, disse. Perguntei se queria falar sobre ele. E, por fim, respondeu que não.

Respeitei seu silêncio. A mãe, Elza, só me olhou.

Estava com dor de garganta. Vimos que era uma amigdalite e tratamos.

Assim que Júnior e sua mãe saíram do consultório, a agente de saúde Isabel logo entrou para me alertar de que aquele era o menino tão falado nas reuniões de equipe.

Júnior tinha 12 anos e era famoso na comunidade. Já havia ouvido relatos de vizinhos, da própria família e dos professores sobre ele. Na escola, diziam que ele era muito inteligente, mas muito difícil. Inquieto, não conseguia ficar sentado e acabava atrapalhando todos os colegas da sala de aula. Para a família ele era muito nervoso e impaciente, mas desenhava muitíssimo bem. Diziam que não ouvia a ninguém e vivia arrumando brigas na rua. Os vizinhos criticavam a mãe por falhas na educação do menino e reclamavam das brigas.

Da segunda vez que o consultei, Júnior havia se cortado ao pular o muro de casa. A mãe falava que nem se surpreendia mais. “Ele se machuca o tempo todo. Parece que tem fogo no rabo”, comentou

Corajoso, nem se assustou, quando eu disse que precisávamos dar uns pontos. Suturei o corte do braço esquerdo. Enquanto a enfermeira finalizava com um curativo, aproveitei para conversar em particular com a mãe.

Perguntei como estava e pedi para falar um pouquinho sobre Júnior.

Bufou e respondeu: “não aguento mais receber reclamação dele. Também tenho os meus problemas, mas faço o que posso. Não adianta conversar com ele. Não ouve ninguém. Não consegue ficar parado. Parece que não sabe brincar, tudo tem que ser com brutalidade e violência. Vai jogar bola e já volta com uma briga. Tranco a casa, ele pula o muro...”.

Perguntei sobre o pai. Disse: “o pai? Era igualzinho ele! Arrumava confusão o tempo todo e só se metia com coisa errada. Está preso de novo. Acho que eles têm o mesmo problema. Morro de medo dele repetir a história do pai”.

Na semana seguinte, Júnior voltou. Tiramos os pontos e conversamos bastante.

Integrando as informações colhidas da mãe com os relatos que a escola me enviou, não tive dúvida sobre o diagnóstico. Após atender alguns casos com apoio do matriciamento, já tinha segurança para afirmar que era um típico caso de TDAH.

Conversei com eles sobre o transtorno. Júnior, mesmo agitado, parecia interessado e a mãe, esperançosa. Com o apoio da enfermeira da equipe demos orientações psicossociais que poderiam ajudar na comunicação com o filho e na rotina em casa. Escrevi relatório para a escola e iniciamos medicação.

Na reunião de equipe do mês seguinte, os agentes de saúde me informaram que os vizinhos comentaram que o menino estava mais “educado”. Visitando a escola, a professora nos disse que Júnior já conseguia se concentrar mais e fazer as tarefas, mas que, após o recreio, parecia voltar a ser como antes, muito inquieto e bagunceiro.

No primeiro retorno da família no consultório, recebi, também da mãe, *feedbacks* positivos: “Ele está menos briguento e agora ouve o que eu falo”.

Perguntei a Júnior como estava para ele.

“Tô de boa”, respondeu.

Com as notícias que recebi, fiquei mais tranquilo. Senti que começamos bem, mas me chamou muito a atenção o relato da professora de que após o intervalo, Júnior tinha uma importante queda do rendimento. Sabia que não havia ninguém melhor que a professora — quem interage com ele no cotidiano — para ajudar a avaliar a necessidade de ajuste da medicação. Os relatos da escola e da família eram muito valiosos, tanto para avaliarmos se estávamos alcançando os efeitos terapêuticos que esperávamos, quanto para saber se estavam ocorrendo efeitos adversos da medicação, como, por exemplo, diminuição do apetite.

Liguei para minha matriciadora para discutir o caso. Maria Helena, com muito interesse e disponibilidade, me estimulou e apoiou, dizendo que estávamos no caminho certo. Ressaltou que, em alguns casos, precisávamos aumentar a dose ou acrescentar mais um horário de tomada da medicação para garantir o efeito terapêutico durante o período esperado. Juntos concluímos que naquele caso valeria a pena readequar a prescrição.

Assim, propus à família que, após o intervalo do recreio, ele tomasse mais um comprimido da medicação. Como a mãe não estaria com ele, na hora da aula, a professora — mesmo não sendo esse seu papel — ajudou a família, responsabilizando-se pela tomada da medicação na escola.

Seguimos apresentando bons resultados e Júnior estava mais alegre. Após tantos anos de críticas, adorava finalmente receber elogios.

Depois de 4 meses de boas notícias, em reunião com a escola, a orientadora me disse, porém, que Júnior estava voltando a dar trabalho. As notas caíram e as brigas voltaram. A professora dizia ter certeza de que ele não estava tomando a medicação direito. “A gente sabe quando toma, e quando não toma”, afirmou.

Na entrevista com a professora, quando discutimos o impacto do tratamento e da medicação no comportamento e rendimento de Júnior na escola, ela falou: “antes ele era acanhado para ler, com o tratamento ele ganhou autoconfiança e conhecimento necessário para ler. Quando não tomava a medicação parecia que dava dez passos para trás. Quando faltou a medicação ele piorou muito. Não respeitava ninguém. Ficava muito agressivo e impulsivo. Não concentrava de forma alguma nas atividades. Com a medicação ele conseguia acompanhar a aula e expressar sua inteligência”.

Na reunião de equipe, na mesma semana, compartilhei o relato vindo da escola. A agente de saúde da família de Elza falou que ela tinha perdido o emprego de cuidadora de idoso. A enfermeira propôs uma visita domiciliar.

Na visita à casa do Júnior, sua mãe chorou lamentando a morte do senhor que ela cuidava e a perda do emprego. Só conseguiu rir quando falou brincando: “Isso era hora de morrer?”

Estava muito preocupada com o filho. Constrangida, em função de sua difícil situação financeira, disse que estava dando apenas metade da medicação para que durasse mais tempo.

Sua rede familiar era muito frágil, conhecíamos bem seus avôs e tios. Viviam um luto prolongado do falecimento do tio favorito de Júnior. Há muitos anos, os pais de Elza tinham adotado sua primeira filha (uma das irmãs de Júnior) que, por algumas vezes, realizou tentativas de suicídio.

As professoras da escola, que tinham muito carinho e interesse no menino, se juntaram e compraram a medicação para ajudar, e também para, como elas disseram, “terem condições

de trabalho”. Elas diziam que, quando a criança não estava seguindo corretamente o tratamento, todos sofriam.

“Ele vira a escola de cabeça para baixo”, disseram.

Quando já faziam alguns meses que a situação tinha melhorado e Júnior estava bem, um grande problema surgiu: o desabastecimento de Ritalina nas farmácias de Brasília. Assim como muitos pacientes que acompanhava, Júnior sofreu nesse período. Algumas poucas famílias conseguiam comprar a medicação alternativa à Ritalina (Ritalina LA ou Concerta) que eram bem mais caras. Como consequência da falta da medicação, as queixas sobre o comportamento de Júnior voltaram. Repetidos problemas surgiram na escola e em casa.

Após alguns dias sem a medicação, Elza me pediu a receita da medicação alternativa à Ritalina, dizendo que daria um jeito de comprar. Por algumas semanas Júnior tomou a medicação, mas de forma muito irregular. Elza não estava bem, tendo inclusive feito uma tentativa de suicídio, seguida por uma longa internação em hospital psiquiátrico. Júnior e sua irmã foram “mandados” à Bahia para serem cuidados por tios. Logo foram “devolvidos”, porque Júnior estava dando muito trabalho.

Elza estava um pouco melhor, sendo acompanhada na UBS em conjunto com o hospital psiquiátrico. Júnior voltou para sua casa e escola. Elza dizia não poder contar com apoio de seus pais, que também moravam na comunidade. Eles já cuidavam da sua filha mais velha que segundo ela, era ainda mais “problemática” que o irmão.

A irregularidade no uso da medicação persistiu e com ela, os problemas na escola. A equipe da escola, mesmo com muito esforço e com grande carinho e interesse que sempre demonstraram com Júnior e sua família, não conseguiram mais lidar com a situação.

Júnior foi afastado da escola. A orientadora lamentou muito ter tido que tomar aquela drástica atitude. Fez questão de dizer que eles não costumavam fazer aquilo. Enfatizou que, em 10 anos naquele colégio, era a segunda vez que tinha tomado aquela dura decisão. Destacou que fizeram tudo que foi possível, mas a situação estava insustentável.

“Ele estava claramente comprometendo o direito dos outros alunos de aprender”, afirmou.

Fiquei sabendo que ele tinha sido transferido para outra escola ao voltar das minhas férias. Até tentei, mas não havia mais o que fazer para reverter aquela decisão. Considerando a parceria e confiança que tinha construído com a equipe da escola, respeitei o veredito.

Seguimos acompanhando Júnior e sua família, tentando garantir a regularidade do tratamento. Fiz contato recente com o novo colégio e relataram que não estavam tendo grandes problemas com ele.

Na última reunião que fizemos com a antiga escola, angustiados, perguntei às professoras e à orientadora se achavam que a estória teria sido diferente se ele tivesse tido condições de fazer corretamente o tratamento.

Uma delas logo respondeu: “Com toda certeza!” E as outras balançaram a cabeça concordando e lamentando.

#### 5.4 – NARRATIVA: O ABENÇOADO

À medida que fomos garantido acesso e tratamento adequado aos escolares que apresentavam dificuldade de aprendizagem e, principalmente em função da repercussão positiva, associada aos bons resultados, mais demandas e novas parcerias surgiam. Fomos procurados pela pedagoga de uma escola que ficava fora da nossa área de abrangência, mas que tinha alguns alunos que moravam no território sob responsabilidade da UBS Vila Basevi. Solicitaram que auxiliássemos em alguns casos suspeitos de TDAH, destacando que não conseguiam acesso quando eram encaminhados ao especialista.

Um dos primeiros casos para o qual solicitaram nosso apoio foi o de Tiago. Diziam que ele tinha muitos problemas de comportamento e mau rendimento escolar. Já o conhecíamos e também sua mãe, Ana. Foi bem importante para nós podermos agregar informações da escola às informações que recebíamos da família.

Quase toda semana, Ana estava na unidade. Na maioria das vezes, a procura não era para ela, mas para o filho. Mesmo quando a consulta era dela, ainda sim o principal assunto era o menino. Vinham pelos mais diversos motivos, mas uma queixa era comum: Tiago não parava quieto.

Depois de “meu filho só come besteira”, a queixa “meu filho é muito danado” é a que mais ouço nos atendimentos de criança. Na maioria das vezes, essa queixa não representa um problema de saúde, mas uma característica da criança ou reflexo do ambiente em que vive. Poderia também ser o caso do Tiago, mas a questão era que Ana trazia aquela queixa em quase todos os encontros.

Considerando as queixas da mãe e o pedido de apoio da escola, incluímos o caso na discussão da reunião de equipe para saber mais sobre Tiago.

A agente de saúde Domingas, responsável pela área onde a família morava disse que Tiago era bem conhecido na região. Dizia que sua fama ia longe. “O pessoal sempre fala que ele é malcriado e briguento”, destacava.

Seu pai, com quem tinha pouco contato, morava no Piauí. A mãe, casou-se novamente. Tiago tinha 7 anos, o mais novo da casa. Morava com Ana, o padrasto e uma irmã por parte de mãe.

Seguindo as orientações da minha matriciadora, precisava agregar informações de outras fontes e ambientes para entender melhor o caso. Assim, mais uma vez recorri à pedagoga da escola, pedindo que compartilhassem de forma mais detalhada suas impressões sobre a criança. E para ampliar ainda mais nossas perspectivas, revisitamos o caso na reunião de equipe e combinamos o agendamento de uma visita à casa da família.

Casa simples e arejada. Flores no portão, suculentas ao pé da porta. Parede com tijolos sem reboco na sala, e pintados de branco nos 2 quartos. No chão, cimento queimado. Banheiro azulejado. Muitos brinquedos espalhados no chão. Clara, que dividia o quarto com o irmão, reclamou que ele sempre arrancava a cabeça de suas bonecas. O padrasto estava trabalhando numa obra, voltaria no fim de semana. Clara estudava, Tiago corria de um lado para o outro, subia na mesa e no sofá. Conversamos mais com a família. Ana dizia que a criança era o tempo todo daquele jeito. Não ficava sentado nem para assistir os desenhos que gostava. Gargalhou nos dizendo como os vizinhos chamavam a criança na rua. “Chamam ele de abençoado, pra não dizer encapetado”, falou.

Conversando com a criança sem a presença da mãe, ele se soltava mais. Dizia que brigava com a irmã, mas que “até que gostava dela”. Chamava o padrasto de pai e parecia ser muito bem cuidado em casa. Falou muito do cachorro Bidu.

Após uma semana do pedido, recebemos relatório da escola sobre Tiago. O documento destacava agitação, inquietação, dificuldade para executar as tarefas e desconcentração durante as aulas. Segundo a professora, o aluno frequentemente perdia os cadernos e as atividades para casa. Agressivo nas brincadeiras, mas querido pelos colegas. O relato era finalizado com: “o aluno em questão apresenta problemas de comportamento e baixo rendimento escolar”.

Considerando as informações trazidas pela família, comunidade (via agente de saúde) e escola, parecia ser um novo caso de TDAH. Realizamos nova consulta com a criança. Para ajudar no esclarecimento do diagnóstico, aplicamos, como de costume, o questionário SNAP IV. Com este, ficou evidente o predomínio de hiperatividade e impulsividade em relação a déficit de atenção. Era TDAH.

Explicamos à família do que se tratava e oferecemos acompanhamento e tratamento na UBS. Enquanto orientava sobre as abordagens psicossociais que poderiam ser adotadas em casa e escrevia relatório para a escola, Tiago subia na maca, pegava papel no lixo, ligava a torneira, trancava a porta, apagava e acendia a luz...

A mãe tirou as dúvidas e aceitou iniciar o tratamento e a medicação. Iniciamos Metilfenidato (Ritalina) em baixa dose e pedimos retorno para reavaliação em 1 mês.

Antes da data agendada, a mãe retornou. Não iniciou o tratamento e queria um encaminhamento para o neurologista.

Por que queria um encaminhamento? Não confiava no nosso acompanhamento na UBS? Vínhamos progressivamente nos capacitando, com apoio do matriciamento, para cuidar de situações como aquela. Sabendo que o acesso ao especialista da atenção secundária era extremamente difícil, buscávamos garantir o cuidado daquele tipo de demanda na nossa unidade em tempo hábil, com qualidade e perto da casa das pessoas. Talvez ela estivesse insegura por não ser comum a abordagem das dificuldades de aprendizagem e TDAH em uma UBS.

Disfarcei minha frustração e respirei fundo para seguir a consulta. Contive minha insatisfação inicial e, cuidadosamente, perguntei o que tinha acontecido e porque exatamente ela queria o encaminhamento para o neurologista.

Ana respondeu que, por ela, já teria começado a medicação, mas o problema era o pai que morava no Nordeste. Ele não aceitava que o filho tomasse medicação e queria que fosse visto por um especialista.

Respirei fundo mais uma vez, falei que entendia sua insegurança, mas que tínhamos na UBS o apoio de uma especialista. Expliquei sobre o suporte que recebia por meio do matriciamento. Assim mesmo, não insisti e acatei seu pedido.

Sendo um direito dela, referenciei a criança para um neurologista, explicando que infelizmente o acesso costumava ser demorado. Destaquei que continuava à disposição, se precisassem.

Mais um mês se passou e Ana retornou. “Pode me dar aquela receita de novo?”, pediu.

Disse que poderia dá-la, mas perguntei porque mudou de ideia.

“Não aguento mais reclamações na escola e as notas cada vez piores...”. “O pai não está aqui para ajudar nos problemas do menino e ainda fica dando palpite”, respondeu.

Disse ainda que o pai achava que apenas conversando com a criança e colocando-o para fazer atividades física e “gastar energia”, melhoraria sem precisar de usar remédio.

“Conversei com outras mães que fazem esse tratamento com o senhor e me falaram que os filhos delas tinham melhorado muito... Também por isso, retornei”, afirmou.

Conversamos novamente sobre o TDAH, seu tratamento e esclareci as dúvidas. Reiniciamos o acompanhamento da criança. Reforcei as orientações sobre as abordagens psicossociais a serem adotadas em casa e na escola e fiz nova receita da medicação.

Mês seguinte, mãe e filho retornaram. Ana estava aliviada, porque o filho não recebia mais reclamações na escola. Comemorou os elogios da professora que dizia que Tiago estava bem melhor, participando das aulas e conseguindo fazer as tarefas.

Naquele ano, 2017, Tiago conseguiu finalmente passar de ano sem dificuldades. No início do ano seguinte, na consulta de retorno, Ana disse que a escola já tinha reiniciado as atividades, e achava que seu filho não precisaria mais da medicação. Já havia 2 semanas que ele estava sem usar, e não estava tendo problemas. Perguntei à criança o que achava. Respondeu que estava bem. Respeitei a escolha da família e aceitei suspender experimentalmente a medicação. Se considerassem necessário, retomariamos o tratamento. Conversei com a pedagoga da escola, pedindo que nos ajudasse a avaliar como Tiago ficaria sem o remédio. Combinamos de manter acompanhamento psicopedagógico individualizado, sala de reforço, turma reduzida e abordagem psicossocial.

Em abril daquele ano, eles me procuram para nova consulta. Fiz a seguinte anotação no prontuário:

“Mãe optou pela suspensão da medicação no início do ano letivo, considerando que Tiago não precisaria mais dela. Fizemos o teste, mas Tiago não conseguia ficar quieto durante as aulas. Segundo a nova professora, a criança não aprendia e nem deixava os colegas aprenderem. A mãe voltou a dar a medicação que ainda tinha em casa, com boa resposta. “

Reiniciamos, portanto, o tratamento. Nos meses seguintes tivemos novos encontros. Ana fazia questão de dizer que estava seguindo corretamente o tratamento. Tiago demonstrava mais tranquilidade nas consultas e, segundo a mãe, estava mais confiante.

“Parece até que os parentes estão cuidando melhor dele. Antes ninguém tinha paciência. Não chamavam meu filho para passar um fim de semana com os primos. Consegui até fazer mais amigos. Antes, batia nos primos e nos colegas. Agora é diferente”, disse a mãe.

Tiago vinha progressivamente recebendo elogios da família e da escola. Em setembro de 2018, contudo, houve desabastecimento do Metilfenidato (Ritalina) nas farmácias. A inquietação retornou e as notas caíram. Ana não tinha condições de comprar a medicação alternativa que era bem mais cara.

No final do ano o abastecimento da Ritalina lentamente foi sendo reiniciado. Ana disse que as mães cujos filhos fazem uso da medicação conversam muito entre si. Ficou sabendo que em uma determinada farmácia longe de sua casa, havia novamente a medicação. Pediu nova receita e conseguiu comprar.

Nas consultas seguintes, Tiago voltou a apresentar-se satisfeito, dizendo que conseguiu novamente passar de ano! Ainda hoje continuamos recebendo bons *feedbacks* da escola e família.

## 5.5 – NARRATIVA: TROFÉU

O acompanhamento dos resultados positivos dos tratamentos dos escolares com TDAH motivava toda a equipe da unidade de saúde. Percebíamos os impactos na criança e também em seus familiares ao longo do tempo.

O acompanhamento e o tratamento do Daniel foram desses casos que evidenciaram, pouco a pouco, grande satisfação e aumento da autoestima da criança, além de crescente fortalecimento do vínculo e da expressão de amor entre os pais e o filho.

Laura, a mãe, no início relatava a culpa e angústia pela dificuldade de sentir e expressar carinho pelo filho. Ao longo do tempo de tratamento, fez questão de contar a crescente afeição que desenvolveu por Daniel.

A história de Daniel e seu troféu foi uma das situações que mais motivou e emocionou a equipe.

Tivemos muitos encontros até que me falasse do problema de seu filho...

Comecei acompanhando o tio, que tinha problemas com bebida. Vivia uma grave síndrome de abstinência alcoólica. Dizia terem colocado um aparelho em sua cabeça que controlava seus pensamentos. Era final de dezembro de 2016, próximo ao período de festas, momento em que havia muita oferta de bebida e conseqüentemente, grandes chances de recaída.

Em função da gravidade e riscos do caso, marcava retornos praticamente diários e Laura sempre o acompanhava. Apesar da enorme dificuldade, ela assumia toda a responsabilidade pelo tratamento.

Cuidar de uma pessoa psicótica, dentro de casa, talvez seja uma das mais difíceis tarefas para um cuidador e familiar. Ribamar vivia num mundo paralelo, ouvia vozes, via bichos e achava que as pessoas podiam entrar em sua cabeça. Sua melhora era lenta e gradual. Obviamente, Laura estava muito sobrecarregada e sua expressão denunciava o cansaço.

Quando ofereci uma consulta só para ela, aceitou dizendo que estava precisando muito. Falou que ia dar um jeito de arrumar tempo. Combinamos para a semana seguinte. Com muito esforço, ela veio. Pela primeira vez, sozinha. Daquela vez, a atenção seria toda para ela.

Eu lhe disse que felizmente e graças a ela, o irmão estava melhorando. Fiz questão de destacar que sabia que era pesado, que vinha cuidando muito bem dele, mas em seguida perguntei como estava, como se sentia.

Silêncio total. Parecia desconfortável ou talvez pouco acostumada àquele tipo de pergunta e espaço para pensar ou falar sobre si mesma. Não disse nada. Aceitei seu silêncio. Permanecia muda e não conseguia olhar para mim. Continuei calado e disponível para ela. Imaginei que aquele silêncio era uma pausa rara e importante para ela. Sentei mais perto e toquei seu ombro.

“Tá pesado, né?“, perguntei. Levantou a cabeça, conseguiu mirar meus olhos e suspirou bem profundo.

“Fica tranquila. Não precisa segurar“, falei. Os ombros relaxaram e ela parou de resistir.

Os olhos, conectados, marejaram. Quando lhe dei papel, parece que se sentiu autorizada ou mais livre para deixar as lágrimas correrem. Aquela reação era a resposta para minha pergunta inicial.

Outros encontros vieram. Muito sensível, ainda chorava ao expressar que, mesmo antes do problema do irmão, já se sentia muito desanimada e triste. Sempre preocupada e tensa. Iniciamos seu acompanhamento e o mantivemos, mesmo depois da melhora do irmão.

Ao longo do tratamento, ela dizia sentir-se melhor. E com o vínculo que desenvolvemos, sentia-se cada vez mais à vontade para falar de si e de sua família.

Após umas 10 consultas, quando já estava melhor e mais à vontade comigo, finalmente abriu o que mais a angustiava: a difícil relação com o filho de 13 anos. Disse que os vizinhos a aconselharam a procurar a UBS para falar sobre aquilo. Foi a primeira vez que me falou de Daniel. “Sou uma péssima mãe”, afirmou.

Constrangida e chorosa, confidenciou-me que sentia culpa por não conseguir ter carinho e gostar do filho como achava que deveria. “Desde pequeno não para quieto. Não consegue ficar sentado nem para assistir televisão. É tanta agonia que arranca todos os botõezinhos do controle remoto com a boca e fica mastigando. Sempre perde as coisas e não sossega pra nada. Na escola, já repetiu duas vezes, não presta atenção na aula e tem sempre reclamações”, contou.

Pedi a ela que o trouxesse no dia seguinte para consulta.

Segundo a mãe, era a primeira vez que Daniel tinha oportunidade de fazer uma consulta para falar sobre sua inquietação e dificuldade na escola. Achava que aquilo não tinha nada a ver com médico ou posto de saúde.

Estava bem agitado, mas parecia muito esperto. Mesmo tímido, respondeu todas as perguntas que fiz. Não sabia bem porque estava ali na consulta, dizia não sentir nada.

Laura reforçou que ele apresentava muita dificuldade de se concentrar nas aulas. Além de se remexer na cadeira, ele balançava a cabeça concordando. A mãe dizia que ele não conseguia ficar sentado para quase nada, principalmente para fazer os deveres de casa. Perdia frequentemente o material da escola e já tinha repetido de ano por duas vezes. A mãe pediu para que ele ficasse em pé para me mostrar sua camiseta:

“Tá vendo esses rombos? Ele morde a roupa de tanta agonia até rasgar”.

Diante daquela descrição e com a experiência que vinha acumulando com casos semelhantes em que minha matriciadora me apoiou, não foi difícil excluir outras possíveis causas de dificuldade de aprendizagem. Não era Autismo, Deficiência Intelectual, Depressão nem Ansiedade. Daniel estava muito inquieto, mas igualmente comunicativo e bem-humorado. Cruzando as informações da família e da escola, a principal possibilidade para o problema de Daniel era o TDAH. Realizei o teste SNAP-IV para melhor embasar o diagnóstico. No teste, o adolescente pontuou 100% para desatenção e 66% para hiperatividade e impulsividade.

Era TDAH. Conversamos sobre o transtorno, esclarecendo as dúvidas que surgiram. Tinham receio de usar medicação, mas sabiam que precisavam de ajuda. Laura se sentiu aliviada, ao entender que o problema do filho não era devido a falha ou mera culpa dela. Daniel ficou empolgado por saber que um tratamento poderia ajudá-lo a conseguir aprender mais na escola.

Escrevi relatório compartilhando com a escola o diagnóstico, garantindo ao adolescente apoio psicopedagógico especializado, turma reduzida e preferência para que se sentasse nas primeiras carteiras, minimizando distrações. Para a família e também para a equipe da escola, reforçamos a necessidade de uma rotina melhor estabelecida e que as tarefas a ele solicitadas fossem objetivas e claras para que tivesse mais facilidade de compreender e executar. Foi também prescrito o Metilfenidato.

No retorno, Daniel falou que estava bem. Dizia estar mais calmo e conseguindo acompanhar a professora na aula. Negou sentir alguma coisa ruim com o início do tratamento.

Recebi um relatório enviado pela pedagoga Gilda, parceira para o sucesso no acompanhamento das crianças. No documento, ela comentava os avanços e conquistas de Daniel, mas destacava que após o intervalo, seu rendimento caía novamente. Segundo ela, parecia que a medicação não estava mais agindo nas últimas aulas do dia.

Considerei o relato vindo da escola e a experiência e sensibilidade da pedagoga. Acrescentamos mais 1 comprimido de Metilfenidato após o intervalo. Mandeí mensagem para Gilda, agradecendo pelas informações e pedindo retorno sobre os efeitos positivos ou negativos relacionados à mudança na posologia.

No mês seguinte, Daniel retornou muito feliz, dizendo que, pela primeira vez na vida, tinha tirado nota máxima em matemática. Estava visivelmente mais alegre e confiante. A mãe expressava mais leveza. Dizia que a relação entre eles estava melhorando. Estava tendo mais paciência com o filho. Pediu para ficar sozinha comigo e me contou emocionada que estava conseguindo expressar mais carinho por ele. Disse que estava seguindo meus conselhos e elogiando mais a criança, que anteriormente só recebia críticas e reclamações. Confidenciou constrangida que não estava acostumada, mas que agora beijava e abraçava o filho. E o melhor, ele devolvia. “Parece que criei mais amor por ele”, comentou.

Aproximadamente um mês depois, Laura voltou sozinha e muito sorridente. Não estava agendada, mas queria muito conversar comigo. A unidade estava bem cheia. Pedi que aguardasse um pouco, que eu conseguiria espaço na agenda para ela. Esperou pacientemente. Quando chamei, entrou radiante. Orgulhosa disse que tinha acabado de sair da reunião de pais e professores. Daniel tinha sido muito elogiado e tirou várias notas 5 (nota máxima). Apenas em geografia tirou 4. Segundo ela, anteriormente, eram só reclamações e as notas não passavam de 1 ou 2. Queria ter me trazido o boletim, mas Daniel estava com ele. Como os colegas não acreditam que ele era capaz de passar direto e tirar tantas notas boas, ele fazia questão de ficar com o documento para poder provar seu feito. Exibia o boletim como um troféu, para que ninguém tivesse dúvida de sua capacidade. Depois de tantos anos em que era chamado de burro pelos colegas e que os adultos (professores, vizinhos e familiares) viviam reclamando da sua agitação, finalmente conseguiu surpreender e provar sua inteligência.

Os bons resultados na escola se mantiveram ao longo do tempo e a relação familiar estava ficando cada vez melhor.

“Ele era muito agitado e nervoso. Não ficava quieto. Tinha que estar batendo em alguma coisa. Mexia com um, beliscava outro e vivia torcendo a roupa com a boca. Ele mudou e eu também mudei”, contava.

Em uma determinada consulta, chorou dizendo que se arrependeu por ter batido nele pelas reclamações na escola.

“Achava que o problema era nele, sendo que não era. Ele era tão danado que me dava raiva e fazia com que a gente se afastasse. O povo falava que era porque a gente não educava direito. As pessoas me culpavam e eu também me culpava por não conseguir gostar dele como uma mãe tinha que gostar. Não conseguia dar carinho para ele, hoje eu consigo. Passei a tratar ele de maneira diferente. Passei a tratar ele melhor e elogiar as coisas boas”, relatou.

Por razões não esclarecidas pelo fabricante, houve falta do Metilfenidato (Ritalina) nas farmácias. Laura me procurou algumas vezes pedindo ajuda. Dizia ter muito medo de Daniel voltar a ser como era. Os professores já estavam reclamando de novo e as notas caindo. Considerando a condição financeira limitada da família, sugeri inicialmente tentarmos esperar o retorno da medicação, antes de prescrever uma outra que seria bem mais onerosa.

Como o desabastecimento do remédio persistiu e os sintomas negativos de Daniel se agravaram, a mãe disse que a família faria um sacrifício para comprar medicação, mesmo sendo mais cara. Portanto, em função da falta da Ritalina, substituímos a medicação por dose equivalente do Concerta. Após alguns dias, Daniel voltou a apresentar os bons resultados do tratamento.

A criança atualmente está bem, segue apresentando progressos na escola e a mãe feliz por poder ajudar o filho. Eles, que anteriormente não conseguiam manifestar muito carinho um com o outro, agora segundo mãe, se beijam e abraçam toda hora.

## **6 – ANÁLISE E DISCUSSÃO**

Com o objetivo de aprofundamento e reflexão sobre a experiência relatada os 05 casos de medicina narrativa protagonizados por escolares foram submetidos à análise por aproximação temática cotejados aos atributos essenciais do primeiro nível de atenção, tal como definidos por Bárbara Starfield e mundialmente consensuados, ou seja: o acesso, a longitudinalidade a integralidade e a coordenação do cuidado. No desenvolvimento do processo de análise, naturalmente, outros conceitos emergem e são explorados na discussão.

### **6.1 – ACESSO**

Entre os atributos essenciais da APS, o acesso merece destaque por ser considerado pré-requisito para o alcance dos demais. Isso quer dizer que a garantia do acesso antecede a possibilidade para o exercício da longitudinalidade, da integralidade e da coordenação do cuidado. Por essa razão, o acesso é comumente apresentado em uma hierarquia superior. (KRINGOS et al., 2010). Se os usuários não acessarem e utilizarem os serviços do primeiro nível, não se beneficiarão dos cuidados longitudinais e atenção integral (STARFIELD, 2002).

#### **6.1.1 - Identificando possíveis casos de pessoas com TDAH na APS**

A facilidade de acesso das pessoas à UBS constitui uma das vantagens observadas nessa experiência para o cuidado do TDAH, pois, ao ser oportunizado na própria APS, reduz o tempo e amplia as possibilidades para o diagnóstico e o tratamento, considerando as dificuldades de atendimento em ambulatórios de atenção secundária ou de referência especializada. O fato de a unidade de saúde estar inserida no mesmo território onde vive, reside e estuda a criança tanto permite uma leitura mais ampla dos contextos, dos determinantes e da situação, quanto possibilita ação mais rápida, efetiva e integrada com seu meio.

Em artigo que descreve aspectos do acesso às unidades de APS de municípios brasileiros, Carvalho e colaboradores (2018) enfatizam essa posição estratégica de proximidade dos serviços de saúde em relação à residência dos usuários, permitindo melhores resultados no cuidado. Para que esse acesso ocorra na UBS, a equipe precisa estar apta a identificar o problema. Isso justifica a premência de priorizar iniciativas que considerem os

casos de TDAH no contexto da APS, verificando possibilidades de abordagens dos mesmos neste nível de atenção.

As consequências sobre a família da existência de uma criança com o transtorno assumem dimensões graves e desestruturantes. Nas narrativas dos 05 casos de pessoas com TDAH incluídos neste estudo, alguns trechos sinalizam sintomas que caracterizam, ou melhor, que contribuem para a identificação de casos da doença.

*(...) desde o início da vida escolar, recebia muitas advertências com queixas de mau comportamento e dificuldades para aprender. (Tarja Preta)*

*(...) não tinha paciência de brincar com os amigos, sendo, por exemplo, excluído do futebol por ser muito agressivo. (Tarja Preta)*

*Disse não gostar de ir às aulas, porque não entendia o que a professora falava. Ainda reclamou que, por esse problema, as colegas riam dela (Jururu)*

*Inquieto, não conseguia ficar sentado e acabava atrapalhando todos os colegas da sala de aula. (Tal pai, tal filho?)*

*Parece que não sabe brincar, tudo tem que ser com brutalidade e violência. Vai jogar bola e já volta com uma briga. Tranco a casa, ele pula o muro... (Tal pai, tal filho?)*

*"O pessoal sempre fala que ele é malcriado e briguento". (O abençoado)*

*(...) Tiago subia na maca, pegava papel no lixo, ligava a torneira, trancava a porta, apagava e acendia a luz... (O abençoado)*

*(...) agitação, inquietação, dificuldade para executar as tarefas e desconcentração durante as aulas. Segundo a professora, o aluno frequentemente perdia os cadernos e as atividades para casa (O abençoado)*

*Não consegue ficar sentado nem para assistir televisão. É tanta agonia que arranca todos os botões do controle remoto com a boca e fica mastigando. (Troféu)*

*Perdia frequentemente o material da escola e já tinha repetido de ano por duas vezes. (Troféu)*

A característica essencial do TDAH é um padrão persistente de desatenção, hiperatividade e impulsividade que se manifesta desde a infância. Os sintomas afetam funções cognitivas, acadêmicas, sociais, comportamentais e emocionais (APA, 2013). Nos trechos dos relatos reproduzidos, algumas características, do ponto de vista da criança, sobressaem: queixas frequentes de agitação e mal comportamento, desempenho escolar insatisfatório, diminuição do interesse pela escola, agressividade, facilidade para perder objetos, “má fama” na comunidade, afastamento dos amigos, inquietação, dificuldade para se concentrar e desenvolver uma atividade.

A descrição dos pais sobre como se sentem, são também valiosas para a identificação de um possível caso de TDAH:

*Eu não saía da escola. Quase todo dia, me chamavam. Não tinha mais força para lidar com ele. (Tarja Preta)*

*"Até comigo e com o pai ele está agressivo. Qualquer coisa que a gente fala, ele vem com duas pedras na mão. (Tarja Preta)*

*Ela explicou que saía chorando de todas as reuniões, por causa das reclamações que ouvia sobre Camila. Falava que se achava a pior mãe do mundo. Parecia que a menina só atrapalhava a professora e não aprendia nada. (Jururu)*

*Júnior e sua irmã foram “mandados” à Bahia para serem cuidados por tios. Logo foram “devolvidos”, porque Júnior estava dando muito trabalho. (Tal pai, tal filho)*

*Quase toda semana, Ana estava na unidade (...) Vinham pelos mais diversos motivos, mas uma queixa era comum: Tiago não parava quieto. (O abençoado)*

*"Não aguento mais reclamações na escola e as notas cada vez piores..." (O abençoado)*

*(...) relatava a culpa e angústia pela dificuldade de sentir e expressar carinho pelo filho. (Troféu)*

*"Sou uma péssima mãe". (Troféu)*

Com relação à família, nota-se frequente descrição de sofrimento e desgaste, além da sensação de culpa e impotência. Essa expressão de sentirem-se julgados como incompetentes na criação dos filhos reflete a desinformação ou o acesso a informações distorcidas por parte da população em geral e, muitas vezes também, por educadores e profissionais de saúde. Reflete principalmente o abandono, o desamparo e a solidão em que vivem estas famílias. Nesse contexto, a resposta do SUS pode significar muito.

Sabe-se que há inúmeras fontes de informações sobre TDAH na mídia, tanto tradicional — programas de televisão, revistas e livros impressos —, quanto contemporânea — blogs, sites e mídia eletrônica —, muitas vezes trazendo informações contraditórias e conselhos inadequados (OUGRIN; CHATTERTON; BANARSEE, 2010). Esse tipo de informação distorcida ou sem embasamento, que algumas vezes questiona até mesmo a existência do TDAH, ao desconsiderar que haja fatores biológicos associados, além de desvalorizar ou invalidar o sofrimento daqueles que apresentam o transtorno, reforça a culpabilização dos pais como incompetentes na educação dos filhos. Tal desinformação, portanto, amplia ainda mais a dificuldade de acesso ao tratamento adequado para pessoas com TDAH.

Gomes e colaboradores (2007) realizaram estudo no Brasil para verificar o conhecimento da população sobre o TDAH e de médicos, psicólogos e educadores sobre aspectos clínicos do transtorno. Constataram, na população em geral (2.117 participantes), que 65% destes acreditavam que as crianças têm diagnóstico de TDAH, porque os pais são ausentes e não sabem impor limites. Esta mesma crença foi reportada por 55% dos pediatras e 53% dos neurologistas. O mesmo estudo sugere também importante desconhecimento dos educadores em relação ao tratamento, uma vez que que 77% destes consideram que é melhor para o hiperativo praticar esportes do que se tratar com medicamento.

O trecho abaixo exemplifica esse desconhecimento da população em relação ao tratamento do TDAH.

*(...) achava que apenas conversando com a criança e colocando-a para fazer atividades física e “gastar energia”, melhoraria sem precisar de usar remédio. (O abençoado)*

O estudo de Gomes e colaboradores (2007) aponta ainda que 70% das pessoas (não profissionais de saúde ou educação) acreditam que fazer esportes seria melhor do que fazer o tratamento farmacológico para indivíduos com TDAH (GOMES et al., 2007). Crença essa,

segundo os autores, que não apresenta qualquer respaldo ou evidência na literatura científica sobre o tema, afastando os portadores do transtorno do acesso ao tratamento adequado e efetivo.

Para garantir a entrada desses casos nos serviços de APS, diante de tanta desinformação, os profissionais devem conhecer não apenas os critérios diagnósticos, mas também atentarem para sua apresentação no cotidiano dos atendimentos. Os trechos dos relatos acima trazem possíveis impactos ou expressões do TDAH em nível individual e também familiar, devendo ser valorizados pelas equipes de ESF, o que pode servir como auxílio para a identificação de possíveis casos. Nesse mesmo sentido, a publicação do Ministério da Saúde *Caderno de Atenção Básica nº 34*, que orienta o cuidado de saúde mental na APS (BRASIL, 2013), evidencia a necessidade do reconhecimento das demandas de saúde mental no cotidiano dos pacientes que procuram as Unidades Básicas de Saúde.

*Assim que Júnior e sua mãe saíram do consultório, a agente de saúde Isabel logo entrou para me alertar que aquele era o menino tão falado nas reuniões de equipe. (Tal pai, tal filho?)*

*Quase toda semana, Ana estava na unidade. Na maioria das vezes a procura não era para ela, mas para o filho. Mesmo quando a consulta era dela, ainda sim o principal assunto era o menino. Vinham pelos mais diversos motivos, mas uma queixa era comum: Tiago não parava quieto. (O abençoado)*

*(...) a questão era que Ana trazia aquela queixa em quase todos os encontros. Considerando as queixas da mãe e o pedido de apoio da escola, incluímos o caso na discussão da reunião de equipe para saber mais sobre Tiago. (O abençoado)*

As narrativas acima expressam situações em que a equipe, estando atenta a possíveis apresentações do TDAH no cotidiano da APS, mobilizou-se para garantir o acesso. No primeiro caso, a agente de saúde alertou o médico de que o adolescente no consultório era um dos casos frequentemente discutido nas reuniões de equipe, ampliando a percepção da necessidade de se aprofundar no cuidado da família. No segundo caso, a mãe da criança era uma hiperfrequentadora da unidade que trazia repetidas queixas sobre o comportamento agitado do filho. Sobre situações como esta, o artigo português, *Perfil do Hiperfrequentador nos Cuidados de Saúde Primários*, que avalia as características de usuários hiperfrequentadores dos serviços de APS daquele país, destaca que, embora façam parte de

um grupo heterogêneo, esses pacientes possuem algumas características semelhantes como: o gênero feminino e classes social, educacional ou econômica mais baixas (GOMES et al., 2013). Os autores ainda reforçam evidências de que esse grupo de pessoas pode apresentar elevada prevalência de doença crônica física e mental, bem como problemas sociais e emocionais. A situação explicitada na narrativa *O abençoado*, alinhada às discussões referentes a esse tema, chamaram a atenção da equipe de que a paciente e sua família estavam acessando o serviço, mas não tinham suas demandas resolvidas. Ou seja, havia algo a ser aprofundado e desvendado naquela situação. Havia mais a ser feito do que simplesmente receber aquela família no serviço. O acesso estava incompleto.

### **6.1.2 - Acesso ampliado pela qualificação dos profissionais da APS para o cuidado ao TDAH**

Não basta o reconhecimento do TDAH pela equipe de APS para afirmar a ocorrência do acesso. Sabe-se, entretanto, que acesso envolve muitos aspectos além da entrada dos usuários nos serviços de saúde. Andersen (1995) havia ampliado o conceito de acesso, que passou a incluir seus efeitos na saúde e na satisfação dos usuários. A partir disso, o autor introduziu os conceitos de “acesso efetivo” e “acesso eficiente”. O primeiro, relacionado ao uso de serviços que melhoram as condições de saúde ou a satisfação das pessoas com os serviços; o segundo, referindo-se ao grau de mudança na saúde ou na satisfação em relação ao volume de serviços de saúde consumidos.

Donabedian (2003) também discute o conceito de acesso para além da entrada nos serviços. Para o autor a acessibilidade permite indicar também o grau de equilíbrio entre as necessidades da população assistida e os serviços e recursos utilizados. Starfield (2002) complementa diferenciando acesso de acessibilidade. Acessibilidade relacionando-se a características da oferta, e o acesso, a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Portanto, para os autores citados, acesso não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a capacidade de adequação destes serviços, profissionais de saúde e recursos tecnológicos, às necessidades de uma determinada população e a satisfação destes com os resultados.

A garantia do acesso requer capacidade da equipe em não apenas identificar e trazer as pessoas com TDAH para a unidade de saúde, mas também de se capacitar para oferecer a adequada resposta que demandam. Relaciona-se, portanto, à necessidade de os profissionais da APS qualificarem-se para o cuidado em saúde mental e, em especial, do TDAH.

Ivbijaro e Funk (2008) destacam as fortalezas da APS para essa oferta de cuidados em saúde mental. Ressaltam o atributo do acesso, ao enfatizar o atendimento que ocorre próximo à casa dos usuários, além da proximidade com sua rede, viabilizando a abordagem familiar e comunitária (atributos derivados da APS). Consideram estes elementos fundamentais para alcançar boa resolutividade. Os mesmos autores ainda afirmam que os resultados do tratamento no primeiro nível de atenção têm sido avaliados como equivalentes ou melhores do que no nível especializado, em função da possibilidade do tratamento integrado das doenças mentais e outras doenças crônicas ou não. Em sintonia com Ivbijaro e Funk (2008), o *Caderno de Atenção Básica n° 34* (BRASIL, 2013), ressalta, em suas primeiras páginas, que a saúde mental não está dissociada da saúde geral. Enfatiza ainda que as ações de saúde mental, realizadas no próprio contexto do território das equipes, não exigem necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos profissionais de Saúde.

*Segundo a mãe, era a primeira vez que Daniel tinha oportunidade de fazer uma consulta para falar sobre sua inquietação e dificuldade na escola. Achava que aquilo não tinha nada a ver com médico ou posto de saúde. (Profêu)*

A transcrição acima reforça a sensação também dos usuários de que a saúde mental é dissociada da saúde como um todo, não cabendo levar queixas dessa natureza a um médico. Ainda demonstra a percepção de que o posto de saúde ou UBS não são locais que respondem às queixas de saúde mental. Fato que reforça a necessidade de os profissionais da APS capacitarem-se para tais demandas.

Diante de possíveis dúvidas relacionadas à capacidade da APS em ofertar cuidados adequados em saúde mental, sugerindo limitações técnicas de seus profissionais, evidências contrárias são apresentadas. Ivbijaro e colaboradores (2008) concluem que os médicos da APS, ao passarem por programas educativos, manejam de forma satisfatória os transtornos mentais, não diferindo dos especialistas focais em sua capacidade de reconhecer e tratar estes transtornos.

O estudo de Prata e colaboradores (2017) apontou os desafios para as abordagens psicossociais de saúde mental na APS brasileira, apresentando narrativas dos trabalhadores que expressam sensação de despreparo e baixa percepção do potencial terapêutico do nível de atenção em que atuam. Mais recentemente, Gerbaldo e colaboradores (2018) estudaram o cuidado em saúde mental em 29.778 equipes da Estratégia Saúde da Família de todo o Brasil

(87,1% do total de equipes brasileiras). Este trabalho evidenciou que 60,3% dos profissionais da ESF se sentiam despreparados para atuar em saúde mental.

*(...) a pedagoga da escola já havia me solicitado que acompanhasse alunos com dificuldade de aprendizagem e alguns pais pediram para renovar receita de Ritalina, dizendo que o filho tinha Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade. (...) não me sentia seguro para abordar situações de dificuldade de aprendizagem. Achava que eram casos muito específicos e complicados. Acabava encaminhando as crianças ao neuropediatra ou ao psiquiatra infantil. (Tarja Preta)*

Esse fragmento da narrativa evidencia o desconhecimento, sensação de despreparo e insegurança do médico de família antes de ser capacitado para responder às demandas de escolares com TDAH.

No caso específico da qualificação dos profissionais para oferecer cuidado adequado aos escolares com TDAH, torna-se fundamental que os profissionais da APS estejam bem capacitados e atualizados sobre o tema. Levando-se em conta as controvérsias na mídia relacionadas a este transtorno e, especialmente, sobre sua terapia farmacológica, o conhecimento embasado em sólidas referências sobre o TDAH e seu tratamento é indispensável para aconselhar adequadamente famílias que se angustiam diante da difícil decisão de iniciar ou não medicação para seus filhos (RASHID; LLANWARNE; LEHMAN, 2018).

### **6.1.3 - Iniciando o tratamento do TDAH em tempo oportuno**

Ao qualificar as equipes de APS e médicos de família para não apenas identificar os casos, mas também oferecer o tratamento e acompanhamento dos escolares com TDAH na própria UBS, agrega-se uma outra dimensão ao acesso que diz respeito à otimização do tempo de resposta à demanda identificada.

O Comitê para o Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde do *Institute of Medicine* define acesso como o uso de serviços de saúde em tempo adequado para obtenção do melhor resultado possível. Desta forma incorporou-se a dimensão temporal nas discussões sobre acesso (MILLMAN, 1993). Outros autores na mesma década, também incorporaram

esta dimensão, considerando o acesso de qualidade como aquele que provê o cuidado adequado, no momento e local adequados (ROGERS; FLOWERS; PENCHEON, 1999).

Levando-se em conta esta última definição citada, acesso não abrange qualquer uso de um serviço, mas o uso qualificado, ocorrendo no momento adequado ao atendimento da demanda de saúde do paciente, sendo executados da forma correta e utilizando os recursos corretos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Nesse sentido, qualificar a equipe de APS para que garanta o cuidado como um todo aos escolares com TDAH, incluindo a instituição do tratamento, levando-se em conta a otimização do tempo, permitiria a ampliação do acesso em seu sentido mais amplo. Por outro lado, considerando a alta prevalência do TDAH em crianças, 7,2% (THOMAS et al., 2015), e a já citada indisponibilidade de especialistas em saúde mental infantil, inclusive em países desenvolvidos, como o Reino Unido (RAMAN et al., 2015), quando crianças são encaminhadas pela APS para atenção secundária aumenta-se o tempo para que o tratamento adequado seja iniciado. E conseqüentemente, ampliam-se os prejuízos relacionados ao transtorno.

#### **6.1.4 - Características do acesso ao TDAH no Distrito Federal**

Para que o acesso exista plenamente na prática e a APS cumpra o seu papel dentro do sistema de saúde, é necessária a cobertura universal dos serviços de APS (WHO, 2008), meta ainda almejada no Brasil. O Distrito Federal (DF), onde se localiza a unidade de saúde em que foi realizado este estudo, apresentou avanços, no concernente à ampliação da APS. A cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF), no DF, aumentou de 35% para 67%, entre janeiro de 2017 e julho de 2018. Neste período, quase dobrou a magnitude do indicador incremento (91%). Em janeiro de 2017, haviam 277 equipes de Saúde da Família no DF. No processo de expansão, a quantidade subiu para 540 equipes, em julho de 2018, o que corresponde a um incremento de 95% (SES-DF, 2019a).

Considerando-se ainda o contexto da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), onde foi realizado o presente estudo, para se mensurar o tempo de espera de encaminhamento de uma criança quando referenciada ao neuropediatra, solicitou-se à Diretoria Geral do Complexo Regulador em Saúde da SES-DF, dados sobre esta lista de espera. Na data em que se obteve acesso ao documento, 13/07/2018, havia uma demanda reprimida de 826 crianças, das quais 165 estavam, desde 2012, aguardando consulta sem serem chamadas.

Os dados levantados estão alinhados com a descrição de algumas famílias deste estudo de que o filho havia sido encaminhado anteriormente para um especialista com a suspeita de TDAH, no entanto, não haviam sido chamados para consulta mesmo após anos de espera.

*Contou que Caio, desde o início da vida escolar, recebia muitas advertências com queixas de mau comportamento e dificuldades para aprender. Por essa razão, naquela época, procurou atendimento na área em que morava anteriormente. Na ocasião, foram encaminhados para o neurologista pediatra, mas nunca foram chamados para a consulta. (Tarja Preta)*

A descrição reforça a necessidade de qualificação das equipes da ESF para investigarem além da suspeita diagnóstica com posterior encaminhamento para a atenção secundária. O contexto brasileiro e do Distrito Federal, assim como na maioria dos serviços de saúde no mundo não dispõe de especialistas em saúde mental infantil para avaliarem todas as crianças que a eles são referenciadas. Para tanto, no contexto brasileiro, se nos alinharmos às orientações de abordagem do TDAH na APS utilizadas no Reino Unido (NICE, 2018), devemos integrar atenção primária e secundária para oferecer melhor cuidado aos casos de TDAH, lançando mão dos cuidados compartilhados. No SUS, nosso modelo de cuidados compartilhados é o apoio matricial, que permite capacitar os profissionais e serviço de APS para atenderem demandas para os quais inicialmente precisam de orientação especializada. O conceito de matriciamento é aprofundado adiante, ao discutir-se o atributo da integralidade.

No presente estudo que analisa o processo de capacitação de uma equipe de APS, que instrumentalizou-se para as demandas de pessoas com TDAH, por meio do apoio matricial, garantindo não só a identificação dos casos, mas também tratamento e acompanhamento adequados, percebe-se que, naquele serviço, houve avanços que permitiram o alcance do atributo do acesso em seu sentido mais amplo.

*Debora pôde ter acesso a receita da medicação em sua própria unidade de saúde, perto de sua casa. Caio retomou o tratamento que havia sido abandonado, apresentando novamente bom desempenho na escola. (Tarja Preta)*

O trecho acima mostra que a família conseguiu acesso ou entrada no serviço, resposta adequada a sua demanda, incluindo o início do tratamento imediato e com bom resultado, no próprio serviço de APS ao qual estavam vinculados.

Para garantir acesso aos escolares com TDAH, ou seja, o uso qualificado do serviço de saúde na sua UBS, no momento adequado e oportuno, realizado da forma correta e utilizando os recursos corretos, foi enfatizada, neste estudo, a necessidade do reconhecimento dos casos no cotidiano das equipes de ESF, bem como da qualificação de seus profissionais para ampliação da resolutividade. Além disso, foram apresentados dados que destacam a grande dificuldade de acesso à atenção especializada em saúde mental infantil no contexto da secretaria de saúde do Distrito Federal, reforçando tanto a necessidade de ampliação da resolutividade da APS, quanto de integração e colaboração entre os diferentes serviços e níveis de atenção à saúde.

## **6.2 - LONGITUDINALIDADE**

Segundo Macinko e Mendonça (2018), a atenção primária é mais eficaz, quando existe vínculo entre profissionais e população durante o curso da vida e quando sua prática é centrada na pessoa, e não em um determinado órgão ou doença, como ocorrem nas especialidades médicas focais. Esse vínculo, que se desenvolve e fortalece na APS, é criado ao longo dos sucessivos encontros entre profissionais, pessoas e famílias do território, e decorre do atributo da APS denominado e conceituado como longitudinalidade.

Dos atributos essenciais destacados por Starfield (2002), a longitudinalidade tem sido considerada central e exclusiva do primeiro nível de atenção. Ela o define como o acompanhamento realizado por equipe de APS ou médico generalista ao paciente, ao longo do tempo, nas distintas fases da vida, em suas múltiplas demandas de cuidado.

Entre os benefícios relacionados à longitudinalidade incluem-se melhor reconhecimento dos problemas dos indivíduos e necessidades da comunidade, diagnóstico mais preciso, maior concordância e adesão às propostas terapêuticas, menos referenciamento a outros serviços, diminuição de custos e aumento da satisfação do usuário (MACINKO; MENDONÇA, 2018; STARFIELD, 2002; WEISS; BLUSTEIN, 1998).

### 6.2.1 - Longitudinalidade ampliada pelo trabalho em equipe

A narrativa *Tarja Preta* apresenta o primeiro caso que induziu o autor, médico de família, bem como os demais membros da equipe da UBS Vila Basevi a se mobilizarem e se qualificarem para garantir resposta adequada na própria APS para as demandas de TDAH. Na narrativa deste caso, fica evidente a importância do atributo da longitudinalidade desenvolvida no trabalho da equipe de saúde da APS com a família da criança, reconhecendo a complexidade dos problemas por ela vivenciados, suas relações internas e sociais, o que favorece uma compreensão e entendimento mais amplo da situação. Foi justamente essa condição que propiciou identificar o incômodo, levantar a suspeita diagnóstica e realizar o processo de atenção e cuidado necessários ao caso. A informação inicial que identificou o sofrimento da família e conduziu à suspeita diagnóstica, levando toda a equipe a envolver-se com o caso partiu do agente comunitário de saúde e foi apresentada em uma reunião de equipe.

*Numa reunião de equipe, em que vários casos foram apresentados e revisitados, o agente de saúde Marconi compartilhou sua especial preocupação com a situação de Débora, faxineira que morava com seus dois filhos. No último ano, tinha perdido a maioria de seus clientes e reclamava muito de dificuldades com o filho de 10 anos. (Tarja Preta)*

E foi complementada pela enfermeira da equipe que, por acompanhar há algum tempo, já tinha bom vínculo com a família que estava em discussão.

*A enfermeira Audirene, que já estava na equipe há mais tempo e conhecia praticamente toda a comunidade pelo nome, complementou com o que sabia. Contou que, há mais ou menos 3 anos, Débora teve muitos problemas com o filho na escola e que, naquela época, estava sempre na unidade, reclamando dele. (Tarja Preta)*

Inicialmente salta aos olhos a importância da integração da equipe, potencializada por um espaço oficial de reunião. Peruzzo e colaboradores (2018) consideram o trabalho em equipe, uma importante estratégia de articular as ações de saúde, integrar os agentes de mudança, superar o distanciamento dos saberes e democratizar as relações corporativas. Para os autores, a reunião de equipe constitui um instrumento ímpar para alcançar melhorias na

assistência oferecida ao usuário, além de permitir melhores resultados terapêuticos. A reunião realizada pelas equipes de ESF tem como objetivo elaborar e decidir estratégias para concretizar as ações entendidas como necessárias para garantir ou restaurar a saúde do território (CRUZ et al., 2008). No caso em questão, fica evidente a potência da reunião de equipe, permitindo agregar diferentes percepções ao caso trazido pelo agente de saúde, de modo a ampliar o olhar em relação a família para melhor definição das ações a serem tomadas.

*Diante daquela preocupação trazida pelo agente de saúde e do histórico da família, resgatado pelas lembranças da enfermeira, a equipe considerou fundamental uma reaproximação. Assim, agendamos uma visita domiciliar para a semana seguinte, quando poderíamos observar e conversar com aquelas pessoas, em seu próprio contexto de vida (Tarja Preta)*

Outros casos aqui narrados também contribuem para reforço da importância do trabalho coletivo, em sua articulação com a longitudinalidade, trazendo situações que demonstram suas potencialidades e que destacam a reunião de equipe como necessária ferramenta.

*Outro caminho que se consolidou para a identificação de possíveis casos foi a confiança no olhar atento dos agentes comunitários de saúde que, treinados e orientados em nossas reuniões de equipe, estavam cada vez mais sensíveis ao problema. (Jururu)*

*Na reunião de equipe, na mesma semana, compartilhei o relato vindo da escola. A agente de saúde da família de Elza falou que ela tinha perdido o emprego de cuidadora de idoso. A enfermeira propôs uma visita domiciliar. (Tal pai, tal filho?)*

*Assim que Júnior e sua mãe saíram do consultório, a agente de saúde Isabel logo entrou para me alertar de que aquele era o menino tão falado nas reuniões de equipe. (Tal pai, tal filho?)*

*E para ampliar ainda mais nossas perspectivas, revisitamos o caso na reunião de equipe e combinamos o agendamento de uma visita à casa da família. (O abençoado)*

### 6.2.2 - Longitudinalidade: mais que tempo, vínculo

Na profusa produção acadêmica brasileira sobre APS, um destaque deve ser dado a Cunha e Giovanella (2011) que propõem o termo **vínculo longitudinal**. A expressão enaltece não apenas o acompanhamento de um paciente ao longo do tempo, mas também a importância do laço estreitado entre equipe de saúde e usuário. As autoras definem vínculo longitudinal como uma relação terapêutica estabelecida entre paciente e profissionais da equipe de APS, sendo reflexo do reconhecimento e utilização da unidade básica de saúde como fonte regular e contínua de cuidado ao longo do tempo.

A narrativa *Troféu* contribui com situações exemplares, em que não apenas o tempo de contato entre médico e paciente foram importantes para se chegar ao filho com TDAH, mas principalmente a qualidade do vínculo estabelecido.

*Tivemos muitos encontros até que me falasse do problema de seu filho... (Troféu)*

*Ao longo do tratamento, ela dizia sentir-se melhor. E com o vínculo que desenvolvemos, sentia-se cada vez mais à vontade para falar de si e de sua família. (Troféu)*

*Após umas 10 consultas, quando já estava melhor e mais à vontade comigo, finalmente abriu o que mais a angustiava: a difícil relação com o filho de 13 anos. (Troféu)*

### 6.2.3 - Elementos da longitudinalidade

Para o alcance do vínculo longitudinal, três elementos são considerados imprescindíveis: (1) a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária; (2) o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local; (3) continuidade informacional (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

### 6.2.3.1 - Reconhecimento da APS como uma fonte regular de cuidados

O primeiro elemento que deve ser considerado como pré-requisito para o alcance do atributo da longitudinalidade é a oferta de cuidado na APS para aquilo que é demandado por seus usuários, associado à identificação e reconhecimento da comunidade do serviço como uma fonte regular de cuidados.

Nesse sentido, a população deve reconhecer sua UBS como referência habitual para o atendimento da maioria das suas demandas de saúde (STARFIELD, 2002). Tal identificação do serviço de APS, por parte da população, depende primeiramente da oferta e da disponibilidade de cuidado, que deve estar em consonância, em termos qualitativos e quantitativos, com as demandas de saúde da comunidade local (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

O fragmento da narrativa abaixo evidencia como inicialmente a equipe da UBS Vila Basevi não conseguia sintonia com as demandas de sua população. Até esse momento não havia despertado para a necessidade de capacitar-se de modo a tornar-se uma fonte de cuidado para as necessidades da comunidade relacionadas aos portadores de TDAH.

*(...) a pedagoga da escola já havia me solicitado que acompanhasse alunos com dificuldade de aprendizagem e alguns pais pediram para renovar receita de Ritalina, dizendo que o filho tinha Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade. (...) não me sentia seguro para abordar situações de dificuldade de aprendizagem. Achava que eram casos muito específicos e complicados. (Tarja Preta)*

Esta narrativa poderia também ser chamada de *Caso índice*, pois apresenta o contexto e as reflexões que induziram a equipe e seu médico a buscarem o conhecimento e as ferramentas que garantissem qualificação para oferecerem respostas adequadas aos casos de TDAH, em consonância com as necessidades daquela população.

*O caso mexeu com os ânimos de toda a equipe, especialmente comigo. Percebi a magnitude do problema e me dei conta das desastrosas consequências do não acesso a tratamento. Surgiram lembranças de alguns adolescentes e adultos atendidos por mim, que expressaram limitações, na infância, parecidas com as de Caio. Aquelas pessoas, provavelmente teriam melhores oportunidades, se conseguissem acesso a tratamento. (Tarja Preta)*

*Acreditava que muitos daqueles que hoje eu via em situações de exposição à violência, vivendo relações conflituosas, submetidos à marginalidade e subemprego, poderiam ter escrito uma história diferente. Assim, como médico de família e, portanto, um advogado de meus pacientes, senti que precisava me capacitar para dar conta daquele tipo de demanda. (Tarja Preta)*

Os trechos expressam a percepção da equipe da necessidade de estar preparada para oferecer aquele serviço, o que está em sintonia com Starfield (2002) que destaca que APS deve estar apta a responder às principais demandas de sua comunidade. O médico de família da equipe agindo como “advogado”, na garantia dos direitos de seus pacientes, também compreendeu sua responsabilidade diante das demandas de escolares com TDAH, em sintonia com as definições da Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA). A entidade afirma que o médico de família e comunidade, dentre outras características, deve possuir um processo de tomada de decisão determinado pela prevalência e incidência das doenças na comunidade em que atua, além de assumir o papel de advocacia do paciente sempre que necessário (WONCA, 2002).

Ao longo da progressiva capacitação da equipe para oferecer adequada resposta aos casos de dificuldade de aprendizagem ou hiperatividade, a própria população vinculada à UBS da Vila Basevi foi reconhecendo o serviço como uma fonte de cuidado para aquele tipo de demanda. E como havia demanda reprimida, pelo fato de aquela equipe (bem como a maioria das equipes de APS) não oferecer, até então, boa resposta para aqueles casos, a procura de casos suspeitos de TDAH cresceu muito.

*A própria comunidade, em algumas situações, nos ajudava. Não era incomum que um vizinho sugerisse ao outro que nos procurasse, quando uma criança apresentava grande dificuldade na escola. Diziam que cuidávamos bem desses casos. (Jururu)*

*Conversei com outras mães que fazem esse tratamento com o senhor e me falaram que os filhos delas tinham melhorado muito... Também por isso, retornei. (O abençoado)*

### 6.2.3.2 - Vínculo terapêutico entre equipe e usuários

O segundo elemento da longitudinalidade refere-se ao estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local, caracterizada por uma relação terapêutica que permaneça ao longo do tempo, baseada em confiança por parte do paciente e responsabilidade por parte do profissional (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2006; SAULTZ, 2003).

*Ângela tinha pensamentos de morte, mas contava com uma rede de proteção muito bem tecida por aquelas mulheres. Contaram comigo para tratar, e eu, com elas para cuidar. Juntos, fomos bem-sucedidos! Após alguns meses, Ângela ficou bem daquele quadro depressivo. (Jururu)*

*(...) ao longo do tempo, a equipe de saúde do Basevi desenvolveu, de forma progressiva, um forte vínculo de parceria e confiança mútua com a família da Camila e Ângela, o que certamente foi fundamental para os bons resultados do acompanhamento e do tratamento que adotamos conjuntamente para a criança. (Jururu)*

Os trechos extraídos da narrativa *Jururu*, demonstram a existência de vínculo longitudinal como via de mão dupla. Essas características de parceria, cooperação, confiança mútua e responsabilidade compartilhada devem ser valorizadas e exploradas para otimizar o cuidado, garantir maior adesão ao tratamento e, conseqüentemente, melhores resultados clínicos.

Nesse mesmo sentido, Roberge e colaboradores (2001) destacam a importância da confiança do paciente no médico, disponibilidade e lealdade do médico, e boa comunicação para de fato estabelecer o almejado vínculo longitudinal. Os autores complementam que tais características estimulam o paciente a expressar integralmente seus sintomas, permitindo o entendimento do tratamento e facilitando a adesão às recomendações.

*Constrangida e chorosa, confidenciou-me que sentia culpa por não conseguir ter carinho e gostar do filho como achava que deveria. (Troféu)*

*Esclarecer as dúvidas que surgiam e deixar a mãe à vontade para expressar suas inseguranças era fundamental para garantir uma boa adesão e envolvimento da família e da criança ao tratamento. (Jururu)*

O estabelecimento de vínculo pressupõe, primeiramente, boa relação médico-paciente e, no caso da ESF, dos profissionais de saúde que compõem a equipe com sua população adscrita. Para Caprara e Rodrigues (2004), uma boa relação equipe-população ou médico-paciente envolve a presença de confiança, exercício de um bom padrão de comunicação entre os envolvidos, consideração e atenção aos problemas relatados pelo paciente e dos aspectos biopsicossociais do mesmo.

### **6.2.3.3 - Continuidade informacional**

A continuidade informacional é uma característica considerada como base da longitudinalidade (SAULTZ, 2003). Relaciona-se à qualidade dos registros em saúde, seu manuseio e disponibilização, favorecendo o acúmulo e aplicação do conhecimento sobre o paciente por sua equipe de saúde (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; HAGGERTY et al., 2003; SAULTZ, 2003).

A informação possui um papel estratégico no processo de tomada de decisão e formulação de plano de cuidados em saúde (OLIVEIRA et al., 2016). Mesmo sendo esta fundamental para o alcance da longitudinalidade, ainda é frequente observar a existência de diversas dificuldades em produzir, acessar, tratar e utilizar as informações e os dados de forma adequada. Muitas vezes não há habilidade para produzir e tratar dados gerando baixa disponibilidade das informações necessárias ao processo de trabalho das equipes de APS, além de desarticulação geralmente presente entre o planejamento e a gestão com os próprios sistemas de informação em saúde (VASCONCELLOS; MORAES; CAVALCANTE, 2002).

Para Haggerty e colaboradores (2003), os registros em saúde na APS devem contemplar não só aspectos clínicos, mas também características sociodemográficas, valores e situação familiar do paciente. Esta proposta de registrar dados e de produzir informações mais

abrangentes e menos pragmáticas, consideradas pelo autor como apropriadas ao contexto do primeiro nível de atenção, relaciona-se com o conceito de determinação social da saúde, cuja compreensão do processo saúde-doença é entendido como um tema complexo e sua compreensão deve analisar os distintos fatores, vulnerabilidades e riscos subjacentes (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

No âmbito do corolário proposto pela Medicina Narrativa (MURPHY, 2015), é recomendável que informações de diversas origens e natureza sejam consideradas tal como se procurou realizar nos casos apresentados, usando informações procedentes de informantes familiares, da escola, atores essenciais para o conhecimento do problema estudado.

#### **6.2.4 - Longitudinalidade ampliada com a Medicina Narrativa**

O termo Medicina Narrativa (MN) foi inicialmente usado por Rita Charon em 2000, que a referiu como prática clínica fortalecida pela competência narrativa que permite reconhecer, absorver, interpretar e atuar nas estórias e angústias das pessoas (CHARON, 2006; CHEN; HUANG; YEH, 2017)

*Permanecia muda e não conseguia olhar para mim. Continuei calado e disponível para ela. Imaginei que aquele silêncio era uma pausa rara e importante para ela. Sentei mais perto e toquei seu ombro. (Troféu)*

*Os olhos, conectados, marejaram. Quando lhe dei papel, parece que se sentiu autorizada ou mais livre para deixar as lágrimas correrem. Aquela reação era a resposta para minha pergunta inicial. (Troféu)*

A própria autora que descreveu primeiro sobre essa metodologia de narrativa, Charon (2001), considera que a MN é uma ferramenta que permite aumentar a conexão dos médicos e demais profissionais de saúde com eles mesmos e seus pacientes. Para Gaver, Borkan e Weingarten (2005), a MN, além de potencializar a relação médico-paciente, permite ao profissional maior compreensão e sensibilidade em relação a sua própria jornada na medicina, aumentando sua empatia e senso de responsabilidade.

*Disse que estava seguindo meus conselhos e elogiando mais a criança, que anteriormente só recebia críticas e reclamações. Confidenciou constrangida que não estava acostumada, mas que agora beijava e abraçava o filho. E o melhor, ele devolvia. (Troféu)*

Murphy, Franz e Schlaerth (2018) ressaltam como a MN, ao contrário das narrativas essencialmente objetivas e técnicas que são usadas tradicionalmente nos relatos médicos, assume importância por valorizar as histórias pessoais, contadas pelos próprios pacientes, e o contexto psíquico, religioso, social e econômico em que se situam. A MN permite a inclusão e o uso da determinação social da saúde, a compreensão do processo saúde-doença e, ao mesmo tempo, estimula que o profissional adentre e explore as subjetividades relacionadas a um determinado caso clínico.

*Como os colegas não acreditam que ele era capaz de passar direto e tirar tantas notas boas, ele fazia questão de ficar com o documento para poder provar seu feito. Exibia o boletim como um troféu, para que ninguém tivesse dúvida de sua capacidade. Depois de tantos anos em que era chamado de burro pelos colegas e que os adultos (professores, vizinhos e familiares) viviam reclamando da sua agitação, finalmente conseguiu surpreender e provar sua inteligência. (Troféu)*

As reflexões provocadas por esse tipo de narrativa podem ajudar a resgatar o equilíbrio e a satisfação do profissional com sua prática clínica, além de ampliar a atenção às necessidades dos pacientes e, conseqüentemente, permitir a oferta de um melhor cuidado em saúde. (VENO et al., 2016)

*Disfarcei minha frustração e respirei fundo para seguir a consulta. Contive minha insatisfação inicial e, cuidadosamente, perguntei o que tinha acontecido e porque exatamente ela queria o encaminhamento para o neurologista (O abençoado)*

*Respirei fundo mais uma vez, falei que entendia sua insegurança, mas que tínhamos na UBS o apoio de uma especialista. Expliquei sobre o suporte que recebia por meio do matriciamento. Assim mesmo, não insisti e acatei seu pedido (O abençoado)*

Para Abettan (2017), esta evolução no registro médico, a partir da MN, permite ao profissional de saúde maior enfoque nas pessoas que em suas doenças. Desta forma, além de facilitar o desenvolvimento dos vínculos longitudinais, o alcance também da integralidade, com uma visão e ação mais completa e complexa dos indivíduos, pode ser alcançado com maior facilidade.

*Perguntei como estava e pedi para falar um pouquinho sobre Júnior. (Tal pai, tal filho?)*

*Quando ofereci uma consulta só para ela, aceitou dizendo que estava precisando muito. Falou que ia dar um jeito de arrumar tempo (Troféu)*

*Com muito esforço, ela veio. Pela primeira vez, sozinha. Daquela vez, a atenção seria toda para ela. (Troféu)*

Em artigo que discute a aplicação da MN no primeiro nível de atenção, Murphy (2015) reconhece que, mundialmente, a APS ainda não atingiu de forma plena os resultados esperados, mas enfatiza que a MN pode apoiar esse alcance. Destaca ainda que os profissionais engajados com a APS devem assegurar que as histórias das pessoas sejam corretamente captadas e contadas. Assim, pode-se considerar que o registro de um caso clínico, por meio da MN, permite a ampliação do olhar, não restringindo-se às convenções pré-estabelecidas dos registros médicos convencionais.

*No mês seguinte, Daniel retornou muito feliz, dizendo que, pela primeira vez na vida, tinha tirado nota máxima em matemática. Estava visivelmente mais alegre e confiante. A mãe expressava mais leveza. Dizia que a relação entre eles estava melhorando. Estava tendo mais paciência com o filho. Pediu para ficar sozinha comigo e me contou emocionada que estava conseguindo expressar mais carinho por ele. (Troféu)*

Charon (2013) especifica as formas de se aplicar a MN. Destaca que é um ato simples de escrita paralela ao registro médico convencional, na qual pode-se incluir relatos de aspectos subjetivos relacionados ao paciente, além das impressões e percepções do próprio profissional de saúde. Nesse modelo de registro, os médicos são encorajados a escrever sobre suas próprias experiências e sentimentos nesses encontros clínicos. A MN não impõe limites ou regras para a escrita, permitindo ainda que se inclua poesia e ficção ao texto (ABETTAN, 2017).

*Ao falar da família, seus olhos brilharam, e só fez elogios. Gostava de ficar em casa e brincar com a irmã de 12 anos. Falou bem do pai e da mãe. Ao falar da escola, o discurso e a expressão facial mudaram. Ficou mais séria e sisuda. Disse não gostar de ir às aulas, porque não entendia o que a professora falava. Ainda reclamou que, por esse problema, as colegas riam dela. (Jururu)*

### **6.2.5 - Papel dos gestores no alcance da longitudinalidade**

Embora o estabelecimento de vínculo longitudinal esteja no âmbito da prática profissional, Cunha e Giovanella (2011) alertam que o alcance de tal atributo só é possível com ativa participação e interesse da gestão. As autoras destacam que são atribuições dos gestores garantir mecanismos de fixação do profissional na UBS, além de oferecer adequadamente serviços de APS.

Para assumir de forma adequada a responsabilidade com o cuidado de saúde mental em seu território, a APS, além de treinamento técnico, necessita de adequadas condições de trabalho e integração com o restante da rede de saúde. Para tanto, Patel (2013) e Rebello e colaboradores (2014), destacam essas necessidades relacionadas às atribuições dos gestores em saúde: políticas específicas que ordenem e viabilizem financeiramente a organização da rede de saúde para viabilizar processo integrativo; atenção primária estabelecida e resolutive; adequação às particularidades do território; treinamento dos profissionais envolvidos; garantia de suporte contínuo de especialistas, serviços especializados de referência e; adequada e regular oferta de psicofármacos.

O último item destacado acima como de responsabilidade do gestor (a adequada oferta de psicofármacos) é abordado na narrativa *Tal pai, tal, filho?*. Os trechos abaixo deixam explícitos os prejuízos e as desastrosas consequências relacionadas ao não acesso à medicação para o tratamento de escolar com TDAH.

*Quando já faziam alguns meses que a situação tinha melhorado e Júnior estava bem, um grande problema surgiu: o desabastecimento de Ritalina nas farmácias de Brasília. Assim como muitos pacientes que acompanhava, Júnior sofreu nesse período. (Tal pai, tal filho?)*

*A irregularidade no uso da medicação persistiu e com ela, os problemas na escola. A equipe da escola, mesmo com muito esforço e com grande carinho e interesse que sempre demonstraram com Júnior e sua família, não conseguiram mais lidar com a situação. Júnior foi afastado da escola. (Tal pai, tal filho?)*

A longitudinalidade, considerada por Barbara Starfield como central e exclusiva da APS, é mais um dos grandes diferenciais desse nível de atenção para oferecer cuidado integral e de qualidade para os portadores de TDAH. O vínculo terapêutico entre o usuário e equipe de saúde foi destacado como um dos principais elementos da longitudinalidade, sendo também muito valorizado e citado nas narrativas dos casos deste estudo. A medicina narrativa, como alternativa ao registro frio e objetivo comumente adotado na medicina, estimula a sensibilidade dos profissionais e valoriza a subjetividade e os afetos dos encontros, fortalecendo assim os vínculos longitudinais. Por fim, discutiu-se o papel dos gestores para garantia das condições que propiciem a longitudinalidade.

### **6.3 - INTEGRALIDADE**

Diferentemente dos atributos abordados anteriormente (acesso e longitudinalidade), os próximos atributos em discussão, integralidade e coordenação do cuidado, pressupõem necessariamente a existência de uma rede de saúde integrada. Estes atributos só podem ser alcançados quando existe harmonia e integração entre os diferentes serviços que compõem um sistema de saúde.

O conceito de integralidade está associado ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e as organizações, assumindo-se que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). De forma resumida e simplificada, Starfield (2002), refere-se à integralidade como a oferta de cuidados integrais e abrangentes. Relaciona-se à disponibilidade de uma ampla gama de serviços, na atenção primária, e a sua oferta adequada, considerando-se as principais necessidades da população (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Costa (2004) amplia o entendimento deste atributo, destacando a integralidade como um conceito mais complexo que a mera integração dos níveis de atenção e serviços de saúde. Para a autora, o ideário da integralidade compõe um processo que inicia na formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e pela gerência nos distintos níveis, até a produção de ações de saúde e das práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos.

Em sintonia com o entendimento de Costa (2004), apresentado anteriormente, Conill (2004) e Giovanella e colaboradores (2002) convergem, ao apontar que a integralidade é composta por dimensões relacionadas a 4 diferentes campos: (1) primazia das ações de promoção e prevenção — campo da política de prioridades; (2) garantia de acesso aos 3 níveis de complexidade — campo da organização da atenção; (3) articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação — campo da gestão; (4) abordagem integral do indivíduo — campo do cuidado individual (CONILL, 2004; GIOVANELLA et al., 2002). Desta forma, entende-se a integralidade desde a visão macro da organização e da integração dos serviços de saúde até o olhar complexo sobre o indivíduo para um cuidado integral.

Para além de um atributo da APS, a integralidade é um dos mais relevantes princípios do SUS. No entanto, a integralidade é um dos conceitos menos desenvolvidos no contexto de saúde brasileiro (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2014). Provavelmente, a limitação para alcançá-la relaciona-se à dificuldade para que haja harmonia e integração entre os diferentes serviços que compõem o sistema de saúde.

Para Mattos (2009), a integralidade aponta para a ênfase no estabelecimento de políticas que recusam a descontextualização dos sujeitos sobre os quais estas políticas incidem. Assim, considerando o sistema de saúde como um todo, a integralidade se opõe à fragmentação da oferta de cuidado. Portanto, na organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade busca também romper com a polaridade entre as ações de prevenção e as curativas da saúde (SALA et al., 2011). Inclui serviços que promovem e preservam a saúde; previnem doenças, lesões e disfunções; tratam doenças, desconfortos e incapacidades (MACINKO; MENDONÇA, 2018). Desta forma, contribui para que os serviços e profissionais de saúde não atuem de forma dicotômica ou excludente, separando as ações preventivas das curativas, e sim, integrando-as.

Em nível individual, a integralidade caminha contra a subdivisão e a redução das pessoas à soma de distintas partes. Para Oliveira e Pereira (2013), a integralidade passa pela reorientação das práticas, de modo a criar vínculo, acolhimento e autonomia, o que valoriza as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e às necessidades singulares dos sujeitos, como pontos de partida para qualquer intervenção, dando condições para o cuidado centrado na

pessoa. Nesse sentido, pode-se considerar que, no exercício da integralidade, os serviços de saúde são estimulados a questionarem suas práticas e induzidos a reorganizarem de forma articulada e efetiva suas ações.

Segundo Viegas e Penna (2013), a integralidade surge como base para superar contradições e vencer desafios na consolidação de uma adequada rede de saúde, orientada a partir da APS e para garantir a assistência integral à saúde como direito dos cidadãos e dever dos profissionais e gestores. Nesse sentido, relaciona-se à integração, por meio da costura dos diferentes tecidos que compõem uma rede em um sistema de saúde, tendo como linha mestra ou ordenadora, o primeiro nível de atenção e, especialmente, a equipe de ESF. Em suas distintas dimensões de análise do tema, Mattos (2009) considera ainda que a prática da integralidade expressa-se na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram, e aponta como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde.

Os casos narrados nesse estudo revelam muito sobre os desafios identificados para que, de fato, a equipe possa alcançar um melhor nível de integralidade.

*Achava que eram casos muito específicos e complicados. Acabava encaminhando as crianças ao neuropediatra ou ao psiquiatra infantil. Entretanto, com o passar do tempo, passei a notar que aquelas crianças não eram chamadas para as consultas. Assim, percebi que precisávamos fazer diferente, ir além do que usualmente oferecíamos àqueles casos. Foi então que, conhecendo Caio e sua história, nos inquietamos e buscamos formas de ampliar nossas respostas para os casos de TDAH. (Tarja Preta)*

O trecho acima expressa a percepção da equipe sobre a necessidade de capacitar-se adequadamente para os casos de TDAH. Sabe-se que os profissionais do primeiro nível de atenção devem desenvolver competência para lidar com os problemas mais prevalentes na comunidade em que atuam (MACINKO; MENDONÇA, 2018). Para tanto, a equipe da UBS precisava do apoio de colegas com maior experiência e conhecimento no assunto bem como ferramentas que permitissem o compartilhamento do cuidado e o desenvolvimento de aprendizado.

Nesse sentido, merece destaque a estratégia de apoio matricial para a busca e o alcance da integralidade, facilitando o desenvolvimento de competência pela APS em lidar com problemas de maior impacto na comunidade. No contexto deste estudo, a equipe da UBS Vila Basevi não tinha a oferta institucionalizada de apoio matricial.

*Estudei sobre o TDAH e outros problemas relacionados à dificuldade de aprendizagem. Como ainda não tinha experiência prática com o tema, precisava da orientação de um colega que tivesse. A ajuda que buscava poderia ser sanada por meio de ferramenta conhecida como apoio matricial, a partir do qual, um profissional especialista em uma determinada área, capacita um colega que enfrenta dificuldades relacionadas àquela área. Entretanto, nossa equipe, infelizmente, não era contemplada com aquele tipo de apoio. Não contávamos com matriciamento para os casos de saúde mental em que encontrávamos dificuldades.*  
(Tarja Preta)

O fragmento da narrativa *Tarja Preta* ressalta que aquela equipe não se acomodou diante das limitações daquela rede de saúde e estabeleceu um formato de matriciamento improvisado para dar conta das demandas de sua população adscrita.

Sobre esse tema, Chaves e colaboradores (2018) afirmam que o exercício interdisciplinar do trabalho em equipe e as trocas mediadas pela ferramenta do matriciamento, favorecem a articulação dos equipamentos de saúde que compõem a rede, potencializam ações mais integradas, corroborando, assim para maior alcance do atributo da integralidade.

É possível traçar paralelo entre a proposta do matriciamento, entendido como apoio técnico-pedagógico, que amplia a resolutividade da APS (CAMPOS; DOMITTI, 2007), e o conceito de integralidade, apresentado por Cecílio (2001). Para este autor, integralidade remete ao campo da micropolítica de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos, considerando que a busca por integralidade implica repensar o processo de trabalho, gestão e planejamento, construindo novos saberes e adotando inovações nas práticas em saúde. O apoio matricial, assim como o exercício da integralidade, induz a reflexões e a mudanças nos processos de trabalho, e pode ser considerado uma das mais relevantes inovações nas práticas em saúde.

### 6.3.1 - Integralidade potencializada por meio do apoio matricial

A interação entre o primeiro e segundo níveis de atenção para se atingir melhores resultados em saúde pautada pela integralidade deve ser complementar e harmoniosa, valorizando as potencialidades e características de cada serviço. A publicação da OMS, em parceria com WONCA (2008), *Integrating Mental Health into Primary Care: a Global Perspective*, aponta três importantes aspectos relacionados a essa integração da saúde mental ao primeiro nível de atenção: (1) permite cuidado mais integral e menos fragmentado; (2) deve ser adaptado a especificidades do contexto em que se aplica e (3) necessidade dos médicos que atuam na APS em receber adequado e qualificado treinamento e supervisão. Nesse sentido, a educação em saúde revela-se indispensável para o bom desenvolvimento do trabalho em saúde, permitindo maior alcance da integralidade.

Para Merhy (2005), os termos **educação em saúde** e **trabalho em saúde** são indissociáveis. Segundo o autor, um produz o outro, com efeitos fundamentais tanto para a construção da competência do trabalhador, quanto para a expressão de seu lugar enquanto sujeito ético-político produtor de cuidado, que impacta o modo de viver de outro material e subjetivamente constituído.

As narrativas dos casos que constituem o substrato destas análises trazem elementos que permitem refletir sobre o processo de educação em saúde e integração com a saúde mental. Deu-se com o envolvimento da equipe de ESF e da profissional especializada em saúde mental, que, mesmo de forma não institucionalizada, prontificou-se para atuar como apoio. Esta articulação institucionalizada entre a APS e os especialistas em saúde mental, conhecida genericamente como cuidados colaborativos, pode acontecer de diferentes formas, são influenciadas pela cultura, pela política e pela geografia do cenário em que atuam (ATHIÉ; FORTES; DELGADO, 2013). A depender desse contexto e de diferenças, algumas práticas podem receber, nos distintos países, diferentes nomes: matriciamento (BRASIL, 2009), *shared care* (KATES, 2000), *integrative care* (BARTELS et al., 2004), além de *collaborative care* (GASK et al., 2010).

No contexto do sistema de saúde brasileiro, o modelo adotado de cuidados colaborativos é o apoio matricial que pode ser compreendido como uma tecnologia de gestão e de educação, que atua de forma complementar ao processo de trabalho das equipes de ESF. Representam um tipo de arranjo que induz mudança no padrão dominante de responsabilidade nas organizações: em vez de as pessoas responsabilizarem-se por atividades e procedimentos, desenvolve-se a responsabilidade de pessoas por pessoas (BRASIL, 2009).

*Para começar a assumir o cuidado de pessoas com TDAH, precisaria também de uma tutoria que ajudasse a obter experiência e confiança. Assim, foi com Caio que inaugurei a busca por matriciamento para aquele tema. (Tarja Preta)*

Para melhor compreensão acerca da integração da saúde mental e da APS no SUS, torna-se relevante registrar sua contextualização histórica, destacando os paralelos existentes entre a reforma psiquiátrica e a reforma sanitária brasileira.

Segundo Campos e Domitti (2007), a concepção de matriciamento em saúde mental teve origem nos anos 1990, em discussões sobre a organização do trabalho. Naquele contexto de recente criação do SUS, 1998, as UBS eram um dos principais serviços que se opunham ao funcionamento hospitalocêntrico. Com o avançar de políticas como a lei orgânica do SUS, e influenciadas pela luta anti-manicomial, ainda nos anos 1990, incluíram-se ao sistema de saúde, equipamentos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e iniciou-se o Programa Saúde da Família (PSF), que fixou-se posteriormente como Estratégia Saúde da Família (ESF).

Os CAPS surgiram influenciados e como resposta à Reforma Psiquiátrica Brasileira (CAVALCANTI, 2008), induzindo à reorganização dos serviços, à mudança de práticas e ao delineamento de uma rede de saúde mental. Para Amarante (2009), a desinstitucionalização proposta pelo movimento não ficaria restrita à reestruturação técnica ou à incorporação de modernas terapias, mas também faria parte de um processo complexo de reflexão e de redefinição do entendimento acerca do sofrimento mental, da reconstrução de saberes e práticas, além do estabelecimento de novas relações.

O PSF surge no âmbito das formulações e das experiências relacionadas ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira (SOUZA, 2014), como proposta de reorganizar a assistência à saúde, ampliando cobertura, reduzindo medicalização e articulando ações de promoção de saúde, preventivas e curativas, bem como abordando os determinantes sociais da saúde. Esse movimento, segundo Souto e Oliveira (2016), propôs e conquistou mudanças na saúde do País e expressou a indignação da sociedade frente às aviltantes desigualdades, à mercantilização da saúde, consolidando-se como ação política concertada em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, para elevar a saúde como direito universal de cidadania.

*No Brasil, a Reforma Psiquiátrica confunde-se com o próprio movimento pela Reforma Sanitária e com o processo de redemocratização do país. As lutas pela abertura política e por uma saúde pública de acesso universal caminharam juntas com a busca por uma assistência psiquiátrica mais humana e voltada para a melhoria da qualidade de vida por meio da ampliação das redes afetivas e sociais. (CAVALCANTI, 2008) – está na íntegra. (será formatado de acordo com as normas da ABNT)*

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), CAPS e NASF são, portanto, equipamentos de saúde que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que integram o SUS, tendo sido regulamentada pela Portaria N° 3.088 de dezembro de 2011, oferecendo tanto promoção da reinserção social, como cuidado em saúde mental para indivíduos com sofrimento ou transtorno mental. (OLIVEIRA et al., 2018).

O matriciamento em saúde mental tem por objetivo otimizar a comunicação entre esses diferentes pontos da RAPS, potencializando a troca de conhecimento e qualificando progressivamente a equipe de ESF, permitindo assim, ampliação da resolutividade da APS. Como destacado na primeira narrativa, diante de novo desafio em saúde mental, médico de família e equipe buscaram qualificar-se, recorrendo, mesmo que de forma não oficial, ao apoio matricial.

*Como não recebia apoio institucionalizado para lidar com aqueles casos, improvisava, recorrendo a uma amiga psiquiatra. (Tarja Preta)*

*Já tinha acionado meu matriciamento improvisado diversas vezes para casos relacionado a depressão, ansiedade, bipolaridade, sintomas psicóticos... (Tarja Preta)*

Para Figueiredo e Campos (2009), uma das principais conquistas relacionada ao apoio matricial refere-se à transformação progressiva do foco de orientação da assistência, que se desloca dos serviços, com suas ofertas engessadas em programas e cardápios pré-definidos, para dar-se a partir das reais necessidades do território e da rede de relações que nele acontecem, bem como das famílias e dos sujeitos.

Campos e Domitti (2007) definem matriciamento como apoio técnico-pedagógico destinado a assegurar retaguarda especializada às equipes de atenção primária em saúde. Induz uma metodologia de trabalho para além daquela preconizada pelo sistema

hierarquizado, enrijecido em mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação.

O *Caderno de Atenção Básica nº 27* destaca que, além de realizar apoio técnico-pedagógico, o matriciamento também apresenta dimensão de suporte assistencial (BRASIL, 2009). Essas duas dimensões podem e devem misturar-se nos diversos momentos. A técnico-pedagógica oferece ação de apoio educativo para com a equipe, e a dimensão assistencial permite ação clínica direta com os usuários.

*Então, com valiosa ajuda do meu apoio matricial não oficial, confirmei que a criança realmente tinha TDAH. Diante da confirmação do diagnóstico, minha matriciadora orientou sobre as abordagens terapêuticas, incluindo a psicossocial e medicamentosa. (Tarja Preta)*

*Levando-se em consideração a dificuldade de aprendizagem e discutindo o caso com a matriciadora, suspeitamos de um caso de TDAH. Como orientado por ela, para complementar a definição do diagnóstico, aplicamos o questionário SNAP IV que auxilia a avaliar desatenção e hiperatividade/impulsividade. Ao realizar o teste, Camila pontuou 100% para desatenção e 78% para hiperatividade/impulsividade. (Jururu)*

A Política Nacional de Atenção Básica destaca a APS como um dos mais importantes cenários para o cuidado comunitário de saúde mental, alinhada com a reforma psiquiátrica brasileira. Estabelece também o matriciamento como ferramenta fundamental para garantir cuidado qualificado e baseado em evidências (BRASIL, 2012; WENCESLAU; ORTEGA, 2015). Uma das grandes vantagens da ampliação da resolutividade das equipes de APS está relacionada à ampliação do acesso. Tanto por estar perto da casa das pessoas, quanto pelo fato de que o tempo para iniciar o tratamento é drasticamente reduzido.

*Vínhamos progressivamente nos capacitando, com apoio do matriciamento, para cuidar de situações como aquela. Sabendo que o acesso ao especialista da atenção secundária era extremamente difícil, buscávamos garantir o cuidado daquele tipo de demanda na nossa unidade em tempo hábil, com qualidade e perto da casa das pessoas. (O abençoado)*

O apoio matricial permite aos profissionais que atuam nas equipes de ESF ampliar o conhecimento e o entendimento sobre a saúde mental, possibilitando que atuem como catalizadores do processo terapêutico, ampliando o acesso aos demais pontos da rede de saúde e, especialmente, aumentando a resolubilidade dos casos atendidos (QUINDERÉ et al., 2013). Portanto, o apoio matricial em saúde mental, ao deslocar profissionais e serviços de suas zonas de conforto de ações hierarquizadas, excessivamente burocratizadas e fragmentadas, opera e estimula práticas inovadoras, além de fortalecer a atuação interdisciplinar. (PINTO et al., 2012)

No fragmento da narrativa abaixo, são retratados alguns conhecimentos compartilhados pela matriciadora que enfatizam a importância da integração de informações sobre a criança e recomenda ferramentas de apoio ao diagnóstico, como o uso do questionário SNAP IV.

*Seguindo as orientações da minha tutora, apliquei à família o questionário conhecido como SNAP IV, que ajuda a avaliar desatenção e hiperatividade/impulsividade. Ela me ensinou que aquele teste, aliado a uma boa história clínica, colhida de diferentes fontes, apoiava a elucidação do diagnóstico de TDAH. (Tarja Preta)*

Apesar das limitações relacionadas aquele improviso, como por exemplo inexistência de espaço e de tempo formalizados para discussão de casos, pode-se considerar que a equipe beneficiou-se de muitas das características relacionadas ao matriciamento.

Com as trocas de conhecimentos possibilitadas pelo uso dessa potente ferramenta de apoio técnico-pedagógico, na experiência de cuidado de escolares com TDAH na UBS Vila Basevi, em sintonia com a descrição de Lima e Dimenstein (2016), observaram-se processos gradativos de aumento de responsabilização e de autonomia da equipe. Isso ocorreu na medida em que eram incorporadas habilidades e conhecimentos para adequada intervenção em situações anteriormente consideradas possíveis apenas aos especialistas da atenção secundária.

*Liguei para minha matriciadora para discutir o caso. Maria Helena, com muito interesse e disponibilidade, me estimulou e apoiou, dizendo que estávamos no caminho certo. Ressaltou que, em alguns casos, precisávamos aumentar a dose ou acrescentar mais um horário de tomada da medicação para garantir o efeito*

*terapêutico durante o período esperado. Juntos concluímos que naquele caso valeria a pena readequar a prescrição. (Tal pai, tal filho?)*

*Diante daquela descrição e com a experiência que vinha acumulando com casos semelhantes em que minha matriciadora me apoiou, não foi difícil excluir outras possíveis causas de dificuldade de aprendizagem. (Troféu)*

Idealmente, o matriciamento, modelo brasileiro de cuidados colaborativos, deveria ser garantido e oferecido institucionalmente para todas equipes de APS brasileiras. Segundo Ivbijaro e colaboradores (2014), esforços no Reino Unido para ampliar os cuidados colaborativos mostraram que a organização e a integração, em larga escala, foram uma barreira para seu bom funcionamento. Por outro lado, segundo os mesmos autores, a cultura de troca e de busca por conhecimento em arranjos locais, adaptados às necessidades de cada serviço, mostrou-se mais efetiva para tal integração. Em sintonia com o exposto, a psiquiatra matriciadora do Basevi, em entrevista realizada nesse estudo, afirmou que considera importantes fluidez e certa dose de informalidade para o estabelecimento de eficaz relação de matriciamento. No entanto, a matriciadora reconhece que, caso houvesse uma formalização daquele apoio matricial apontado nesse estudo, a experiência e as trocas poderiam ser otimizadas. A matriciadora ressalta que a oficialização permitiria, por exemplo, espaço e tempo reservados para reunião de discussão de casos e educação continuada da equipe.

Para Cecílio e Merhy (2003), a integralidade é dependente da conformação de uma rede, como aponta a maioria dos conceitos apresentados sobre esse tema. No entanto, os autores acreditam na possibilidade de uma integralidade “focalizada”. Esta seria obtida quando uma equipe, mesmo inserida numa rede de saúde frágil, consegue por responder da melhor forma possível as demandas de saúde, por meio da qualificação de sua prática e melhoria dos processos de trabalho.

*A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Deve haver algum grau de integralidade “focalizada”, mesmo que não seja suficiente, quando uma equipe, em um serviço de saúde, por meio de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde (CECÍLIO; MERHY, 2003).*

O apoio matricial pode ser considerado uma das principais estratégias para que se amplie tanto a integralidade do sistema de saúde, como essa integralidade “focalizada”, que pode ser obtida na APS. O matriciamento, como disparador de reflexões e de mudanças nas articulações entre os serviços e como indutor da qualificação dos profissionais da APS, favorece a integralidade de seu conceito do macro ao micro, ou seja, desde a integração de diferentes serviços até a garantia de abordagem integral e resolutiva para as demandas individuais. Na experiência aqui apresentada, destacou-se a grande relevância da matriciadora para aquela equipe e para os usuários daquela área de abrangência. Portanto, nesse estudo, o apoio matricial é considerado um dos mais potentes recursos para que a APS possa ampliar suas ações e resolutividade no cuidado dos escolares com TDAH.

#### **6.4 - COORDENAÇÃO DO CUIDADO**

O sentido da coordenação do cuidado na APS requer mudanças não apenas no âmbito de sua atuação, mas em toda a rede. Portanto, o alcance desse atributo, talvez seja um dos maiores desafios, pois demanda reorganização e mudança do modelo de atenção em saúde. Sem a coordenação do cuidado, os demais atributos essenciais da APS ficam comprometidos e, dessa forma, a própria APS deve ser questionada em sua existência. A longitudinalidade diminui seu potencial, a integralidade é limitada e o acesso assume conotação essencialmente administrativa (CARNEIRO et al., 2014).

Segundo Almeida, Marin e Casotti (2017), o desenvolvimento da coordenação do cuidado pela APS apresenta forte relação com a ampliação do acesso, continuidade do cuidado, qualidade da atenção, satisfação do paciente, melhor relação custo-efetividade, além de impactos positivos na saúde da comunidade. Para as autoras, embora existam inovações que possam contribuir para otimizar a coordenação, maior ênfase deve ser dada à organização do sistema de saúde como um todo. Nesse sentido, o fortalecimento da APS é defendido como a mais eficiente macropolítica para promover a coordenação do cuidado (Bodenheimer, 2008).

Nuñez, Lorenzo e Navarrete (2006) definem coordenação do cuidado como uma articulação harmoniosa entre diferentes serviços e profissionais de saúde, orquestrada pelo primeiro nível de atenção, tendo como objetivo comum oferecer atenção integral e de qualidade adequando-se às necessidades dos usuários.

O exercício desse papel por parte da APS exige existência de uma rede integrada, desde a APS até os serviços prestadores de assistência de maior densidade tecnológica. Essa integração coordenada pelo primeiro nível de atenção tem como objetivo garantir que as intervenções do cuidado sejam vivenciadas pelo usuário de forma contínua, adequada as suas necessidades e que contemple suas expectativas pessoais. (ALMEIDA et al., 2010). Nesse sentido, é fundamental que se tenha consciência das atribuições de cada serviço de saúde e cada nível de atenção, além do azeitamento dos pontos de articulação entre estes, para que haja interação e cooperação.

*Solicitaram que auxiliássemos em alguns casos suspeitos de TDAH destacando que não conseguiam acesso quando eram encaminhados ao especialista. (O abençoado)*

O trecho acima reforça a dificuldade de coordenação do cuidado, agravada pela ausência de suporte da atenção especializada para aqueles casos de TDAH e do reconhecimento do papel da APS.

Dada sua importância central na APS, torna-se fundamental refletir sobre os caminhos para a efetivação da coordenação do cuidado. Para tanto, aprofundar em seu conceito pode auxiliar. Segundo Vargas e colaboradores (2016) uma coordenação do cuidado efetiva sustenta-se em 3 pilares de coordenação: (1) informacional; (2) clínica; e (3) administrativa/organizacional. O primeiro pilar relaciona-se às diferentes ações que garantem que as informações sobre o usuário estejam disponíveis em todos os pontos de atenção e para todos os profissionais envolvidos, convergindo com Starfield (2002), que considera a essência da coordenação do cuidado, a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento dessas para o atendimento e necessidades atuais. O segundo pilar, coordenação clínica, parte de uma APS forte, que permite a provisão do cuidado continuado e complementar entre os níveis de atenção. O terceiro pilar, coordenação administrativa, refere-se aos fluxos e processos organizativos da rede de atenção à saúde, que permitem a integração entre os distintos níveis do sistema de saúde (VARGAS et al., 2016).

*Contou que Caio, desde o início da vida escolar, recebia muitas advertências com queixas de mau comportamento e dificuldades para aprender. Por essa razão, naquela época, procurou atendimento na área em que morava anteriormente. Na ocasião, foram encaminhados para o neurologista pediatra, mas nunca foram chamados para a consulta. (Tarja Preta)*

No cuidado aos escolares com TDAH, objeto deste estudo, reflete-se a fragilidade dos 3 pilares destacados por Vargas e colaboradores. Não havia troca de informações pelos diferentes pontos daquele sistema de saúde nem apoio clínico para o mínimo alcance da integralidade. Também fica explícita a inexistência de linha de cuidado ou fluxo para o acompanhamento daqueles casos.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) destaca a importância das redes de atenção em saúde (RAS) e o papel central da APS nestas (BRASIL, 2012). Segundo Mendes (2010), as RAS podem ser entendidas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, coordenadas pela APS, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população. Portanto, a configuração da RAS, com a definição de fluxos e linhas de cuidado, é fundamental para que a APS exerça a coordenação do cuidado.

Para Starfield (2002), a coordenação é um estado de harmonia fruto de um esforço em comum, situação em que os diferentes níveis de atenção atuam de forma sinérgica, orquestrados pelo primeiro nível. Para uma melhor coordenação do cuidado, portanto, é fundamental que o sistema de saúde, como um todo, conheça o papel e as responsabilidades da APS bem como trabalhe em sintonia com esta. Além disso é necessária definição precisa das situações em que a APS pode referenciar um determinado caso para a atenção secundária ou especializada. Esta fronteira entre a UBS e outros serviços de saúde mental para o cuidado dos escolares com TDAH é abordada, a seguir, juntamente com discussão sobre o papel do médico de família nesse processo.

Bodenheimer (2008) destaca que a coordenação vai além da integração entre múltiplos provedores e profissionais (APS e especialistas focais, serviços de emergência, procedimentos diagnósticos e hospital). O autor amplia o conceito de coordenação do cuidado, incluindo também a integração do serviço com seus usuários e familiares. Nesse conceito ampliado, ao incluir os usuários, naturalmente inclui-se o lugar onde vivem e localizam-se os equipamentos da comunidade. A integração da UBS com o território e seus equipamentos pode ser definida como intersectorialidade.

#### 6.4.1 - A coordenação do cuidado fortalecida pela intersectorialidade

No contexto da experiência desse estudo a articulação intersectorial com a Escola foi um dos mais importantes aspectos para ampliação do cuidado integral. Seu conceito é aprofundado a seguir.

*Recebi um relatório enviado pela pedagoga (da escola) Gilda, parceira para o sucesso no acompanhamento das crianças. No documento, ela comentava os avanços e conquistas de Daniel, mas destacava que após o intervalo, seu rendimento caía novamente. Segundo ela, parecia que a medicação não estava mais agindo nas últimas aulas do dia. (Troféu)*

Para que a APS consolide-se como nível de atenção que articula ações de promoção em saúde, preventivas e curativas, e desta forma contemple, mesmo que parcialmente, o atributo da coordenação do cuidado, deve incluir práticas e atividades que ultrapassem os muros das unidades de saúde ampliando a própria abordagem de saúde. Assim, ampliam-se as possibilidades de atuação sobre os determinantes sociais da saúde. Estes relacionam-se à compreensão do processo saúde-doença como indissociáveis dos processos histórico, social, cultural, político e econômico da população. (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017). A complexidade dessa modalidade de intervenção sobre a saúde tomada como objeto complexo evidencia a incapacidade de atuar isoladamente, fazendo-se necessária a articulação com fortalecimento de parcerias efetivas entre diferentes setores, atores e segmentos sociais (MORIN, 2006; SILVA; RODRIGUES, 2010).

A intersectorialidade pode ser definida como uma relação reconhecida entre uma parte do setor saúde com outro setor, tendo sido formada para atuar em um determinado tema, visando alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, mais eficiente ou mais sustentável do que poderia ser atingido com a ação isolada (TEIXEIRA; PAIM, 2002).

*(...) em reunião da equipe da Unidade Básica de Saúde da Vila Basevi com a equipe da Escola Classe Basevi, em que rotineiramente discutimos e revisitamos os casos de alunos e respectivas famílias que precisam de maior apoio, foi também apresentada preocupação por parte da professora em relação à aluna Camila. (Jururu)*

O trecho acima exemplifica a articulação intersetorial estabelecida entre a UBS e a Escola. Destaca um canal de comunicação usualmente explorado por ambas instituições, trocando informações para garantir melhor apoio às crianças.

No âmbito da micro e macro estratégias, a intersetorialidade deve ser construída, envolvendo a articulação tanto de elementos e segmentos do Estado como da sociedade civil, contribuindo de forma significativa para efetividade e eficiência das ações de saúde. Para Wimmer e Figueiredo (2006), tais articulações e arranjos podem ocorrer por meio da construção de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais como: educação, saúde, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organizações não-governamentais (ONGs), fundações, entidades religiosas, as três esferas de governo e organizações comunitárias.

Na experiência narrada neste estudo, além do envolvimento e interesse dos profissionais da equipe em potencializar suas ações e ampliar a possibilidade de alcance de bons resultados, a proximidade física da UBS Vila Basevi e da Escola Classe Basevi foi um elemento facilitador do desenvolvimento do trabalho intersetorial.

*... da janela do meu consultório vejo a escola da comunidade... (Tarja Preta)*

*Frequentemente, as professoras e a diretora da escola acionam a equipe de saúde da família por diferentes demandas, que vão de dor de cabeça ou dor de barriga nas crianças até questões relacionadas à violência e abuso. (Tarja Preta)*

Finalmente, em relação à abordagem de crianças com TDAH, em trabalho de revisão, realizado por pesquisadores ingleses, direcionado a médicos da APS, discute-se a posição privilegiada dos professores para identificação de possíveis casos de TDAH, em sala de aula, comparando inclusive com a posição do médico de família, destacando o fato de os educadores possuírem grande amostra de referência para comparação, convivendo e trabalhando com diferentes crianças de mesma faixa etária, expostas a condições e estímulos semelhantes (OUGRIN; CHATTERTON; BANARSEE, 2010). Cotejando com a experiência narrada, é possível compreender sobre a importância e riqueza da articulação intersetorial com desenvolvimento de parcerias entre a escola e sua equipe de APS, com vistas a ampliar a capacidade de identificação de possíveis casos de TDAH em uma população de escolares. O fragmento da narrativa abaixo exemplifica tal situação.

*Novos casos suspeitos surgiam por diferentes caminhos. A maioria deles vinha por orientação e indicação da escola. Nessas situações, a pedagoga conversava previamente com a equipe da unidade de saúde e enviava relatório sobre a criança. (Jururu)*

O potencial da parceria com setor educação para o cuidado de escolares com TDAH supera a simples identificação de casos suspeitos. Wolraich e colaboradores (2005), enfatizam a necessidade de os médicos valorizarem as informações vindas da escola, não apenas para o diagnóstico, mas também para o tratamento. Os autores, explicam que a informação trazida pelos professores pode ser crucial para definir ajustes na posologia da medicação, porque são eles que estão, cotidianamente, observando a criança quando a medicação atinge seu pico. Portanto, a equipe da escola encontra-se na melhor e mais estratégica posição para compartilhar informações sobre a eficácia de um tratamento estabelecido e também para sinalizar a ocorrência de efeitos adversos. (WOLRAICH et al., 2005).

*Visitando a escola, a professora nos disse que Júnior já conseguia se concentrar mais e fazer as tarefas, mas que, após o recreio, parecia voltar a ser como antes, muito inquieto e bagunceiro. (Tal pai, tal filho?)*

*Liguei para minha matriciadora para discutir o caso. Maria Helena, com muito interesse e disponibilidade, me estimulou e apoiou, dizendo que estávamos no caminho certo. Ressaltou que, em alguns casos, precisávamos aumentar a dose ou acrescentar mais um horário de tomada da medicação para garantir o efeito terapêutico durante o período esperado. Juntos concluímos que naquele caso valeria a pena readequar a prescrição. (Tal pai, tal filho?)*

*Considerei o relato vindo da escola e a experiência e sensibilidade da pedagoga. Acrescentamos mais 1 comprimido de Metilfenidato após o intervalo. Mandei mensagem para Gilda, agradecendo pelas informações e pedindo retorno sobre os efeitos positivos ou negativos relacionados à mudança na posologia. (Troféu)*

A riqueza das informações trazidas por meio das observações em sala de aula pelas professoras deixa evidente sua importância na tomada de decisão para os ajustes de doses definidos pelo médico de família.

Na entrevista realizada com as professoras dos estudantes selecionados nesse estudo, todas disseram perceber facilmente quando a criança estava aderindo corretamente ao

tratamento, não apenas pelas informações compartilhadas pela equipe de saúde, mas principalmente pela observação do comportamento, da atenção e do desempenho daquelas crianças em sala de aula. Esta percepção dos professores, constitui elemento fundamental para avaliação da adesão ao tratamento, bem como para o acompanhamento e tomadas de decisão pela equipe de saúde. Uma das professoras relatou com muita convicção:

*A gente sabe quando (a criança) toma, e quando não toma". (Tal pai, tal filho?)*

Pode-se inferir que a comunicação entre médicos e professores, nesse processo, é essencial para o diagnóstico e para manejo do tratamento das crianças com TDAH. Essa constatação é embasada tanto por médicos (PERRIN et al., 2001) quanto por educadores (HANNAH, 2002). Para assegurar o estabelecimento dessa comunicação, os profissionais da APS encontram-se em ampla vantagem em relação aos especialistas em saúde mental que atuam na atenção secundária pelo fato de seu trabalho ser imerso no território em que atua e pela própria característica de seu papel e atuação na rede de atenção.

A proximidade da UBS com a Escola, favorecendo a articulação intersetorial dos profissionais da saúde e educação, reforça a APS como *locus* estratégico para o cuidado integral de escolares com TDAH. Portanto, a atuação no primeiro nível de atenção, cujos atributos induzem e garantem que os profissionais da UBS estabeleçam um permanente e rico fluxo de comunicação e trocas de informações com as escolas das áreas em que atuam, permite ampliar a efetividade e resolutividade das equipes de saúde.

#### **6.4.2 - Limites e interfaces da APS e Atenção Secundária para o cuidado de pessoas com TDAH**

No âmbito da saúde mental e especificamente do cuidado de pessoas com TDAH a definição das atribuições e responsabilidades da atenção primária e secundária (ou especializada) é pouco abordada na literatura.

Uma das principais bases mundiais de informações médicas baseada em evidências é o *Uptodate*. Disponível na internet, é considerada a fonte preferencial de atualização clínica por muitos médicos e estudantes de medicina (CAMPBELL; ASH, 2006; LEFF; HARPER, 2006). Ao se pesquisar sobre o tratamento e manejo do TDAH nesta base de informações, encontra-se orientação que define a atuação do primeiro e do segundo nível de atenção para esses casos. Com base em evidências, aponta que crianças e adolescentes entre 4 e 18, com TDAH, sem comorbidades, podem usualmente ser acompanhadas pelo médico da atenção primária (WOLRAICH et al., 2011). Define ainda como indicação de encaminhamento para o serviço especializado 3 situações: (1) Comorbidades psiquiátricas (por exemplo transtorno opositor desafiante, transtorno de conduta, abuso de substância); (2) Comorbidades neurológicas ou outras condições médicas (por exemplo, transtorno do espectro autista, transtornos do sono, convulsões, tiques); e (3) não resposta ao tratamento medicamentoso com estimulante (HILL; TAYLOR, 2001; WOLRAICH et al., 2011).

Para que a APS brasileira tenha condições de realizar a coordenação do cuidado, orquestrando a rede de atenção à saúde, um importante recurso de apoio técnico aos profissionais é oferecido pelo Projeto Telessaúde do Ministério da Saúde. Segundo Harzheim e colaboradores (2019), na conceituação das RAS, a telessaúde aparece como sistema de apoio capaz de produzir ajustamento entre pares e de racionalizar a demanda por meio da melhoria do acesso. As ações do Projeto Telessaúde baseiam-se na oferta de teleconsultoria, telediagnóstico e teleducação, tendo como principal objetivo qualificar o trabalho das equipes de APS. Os autores consideram que, com fortalecimento exponencial das tecnologias de informação e comunicação, a telessaúde deve ocupar o papel de eixo organizador dos sistemas de saúde (HARZHEIM et al., 2019). Nesse sentido, a telessaúde favorece a coordenação do cuidado pela APS e também a ampliação do acesso e da resolutividade.

O Projeto Telessaúde do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) produz protocolos que orientam condutas e fluxos de referenciamento para atenção especializada para diversas condições clínicas. Em relação ao TDAH, no *Protocolos de Encaminhamento para Psiquiatria*

*Pediátrica* em sintonia com as orientações do *Uptodate*, propõe-se que a APS referencie para a atenção especializada nas seguintes situações: (1) sintomas persistentes após tratamento inicial em doses otimizadas por, pelo menos, 4 semanas; e (2) TDAH associado a comorbidades psiquiátricas (TELESSAÚDE-RS; UFRGS, 2018).

No contexto do presente estudo, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal emitiu recentemente, março de 2019, nota técnica acerca dos critérios para encaminhamento de crianças e adolescentes para os serviços de saúde mental infanto-juvenil da atenção secundária. Em relação ao TDAH, esta nota com poder normativo, orienta o encaminhamento para atenção especializada diante de queixas de hiperatividade/impulsividade associadas a: (1) comportamento desafiador, agressivo e antissocial, transtornos de aprendizagem; ou (2) dificuldade de controle e expressão das emoções (SES-DF, 2019b). As situações de encaminhamento da APS para atenção especializada propostas por essa nota técnica parecem vagas e mal definidas. Percebe-se a intenção de não se definir os critérios a partir de diagnósticos, mas de sintomas, que poderia ser interessante, se houvesse maior clareza destes. O segundo critério para encaminhamento na referida nota (dificuldade de controle e expressão das emoções), por exemplo, diz respeito a uma condição extremamente subjetiva e abrangente. No entanto, considerando que anteriormente não havia, no Distrito Federal, qualquer orientação em relação a esse tema, pode-se considerar tal nota um avanço, muito embora demandando ajustes para melhor definição dos critérios.

Como exposto acima, embora sejam encontradas, na literatura, referências que definam de forma mais ou menos claras, critérios para encaminhamento dos casos de pessoas com TDAH da APS para atenção especializada, não são encontradas orientações em relação à integração e articulação desses serviços. Portanto, identifica-se a carência de protocolos que contemplem orientações para apoiar a realização de integração e cooperação da APS com a atenção especializada. E apesar da riqueza das trocas possibilitadas pela ferramenta do matriciamento, este ainda parece ser subvalorizado e subaproveitado. O apoio matricial pode ser a principal “liga” para integração dos níveis de saúde com ampliação da oferta de cuidados para aqueles que apresentam limitações em função do TDAH.

### 6.4.3 - Definindo a atuação do médico de família para o cuidado de pessoas com TDAH

Ao se discutir a capacitação dos profissionais da APS, sobretudo os médicos de família, para oferecerem cuidado para escolares com TDAH é importante definir qual o papel e limites destes profissionais nestes casos, ou seja, até onde estes podem ou devem ir no processo. Deveriam estes apenas identificar possíveis casos e encaminhar para o nível secundário? Ou poderiam os médicos de família realizar o diagnóstico e instituir o tratamento na própria APS como definido e proposto nos protocolos apresentados anteriormente?

Para responder a essas perguntas, o presente estudo contribui com uma experiência efetiva, fundamentada não apenas nos achados da práxis, mas estimulada também pela revisão bibliográfica sobre o tema, buscando trabalhos publicados nos últimos 10 anos. Analisando os artigos que tratam sobre a abordagem do TDAH no primeiro nível de atenção, além de não se encontrar trabalhos que discutam o tema no contexto brasileiro, percebe-se que não há homogeneidade entre os países.

Para Weed (2016) os profissionais que atuam na APS apresentam condição única para oferta de cuidado integral às crianças e adolescentes que apresentam TDAH. O autor reforça a hipótese de que os médicos do primeiro nível de atenção são fundamentais e devem estar aptos à realização do diagnóstico, do manejo e do tratamento desta população.

Em artigo que trata o TDAH sob a perspectiva da atenção primária na Espanha, Payá e colaboradores (2012) afirmam que, diante da suspeita de TDAH, antigamente, os profissionais da APS encaminhavam os pacientes ao neuropediatra ou ao psiquiatra que eram quem emitia o diagnóstico definitivo. Os autores apontam que, por essa razão, ainda hoje existe muita pressão por parte dos pais para que as crianças sejam referenciadas ao que denominam “especialistas”.

A narrativa que foi intitulada *O abençoado* expressa situação semelhante em que os pais da criança não seguiram a prescrição proposta pelo médico de família e retornaram, pedindo que fossem encaminhados à atenção secundária.

*Antes da data agendada, a mãe retornou. Não iniciou o tratamento e queria um encaminhamento para o neurologista. (O abençoado)*

Outro artigo espanhol que discute atualização do tratamento do TDAH na APS afirma que todo médico deste nível de atenção deve conhecer os principais sintomas deste transtorno

para poder fazer uma correta triagem diante de casos suspeitos. Uma vez realizado o diagnóstico, em casos de TDAH sem comorbidades, poderia iniciar-se o tratamento na própria APS. O encaminhamento para atenção especializada estaria indicado em casos com múltiplas comorbidades ou que não respondem adequadamente ao tratamento iniciado pelo médico de família (FONTIVEROS et al., 2015). Portanto, a abordagem do *médico de cabecera*, como é conhecido o médico de família na Espanha, e as atribuições da APS e atenção secundária para os casos de TDAH naquele país, convergem com as orientações e definições de outras fontes apresentadas neste estudo. Como exemplo, pode se destacar as recomendações da base mundial de informações médicas baseada em evidências - *Uptodate*, e o *Protocolo de Encaminhamento para Psiquiatria Pediátrica do Projeto Telessaúde-RS*.

Segundo Duric e Elgen (2011), na Noruega o TDAH é na maioria das vezes acompanhado pelos serviços de psiquiatria da infância e adolescência, não havendo protocolos para os profissionais da APS para orientar qualquer intervenção. Os autores destacam que os serviços especializados em saúde mental infantil não conseguem atender à demanda que busca este serviço e, portanto, destacam que a APS deve ser capaz de diagnosticar corretamente o TDAH. Ressaltam, ainda, a necessidade de capacitações e de protocolos para os profissionais do primeiro nível de atenção que garantam a detecção precoce do referido transtorno mental.

Analisando o contexto dos EUA, Filks e colaboradores (2017) consideram que embora a *American Academy of Pediatrics* (AAP) tenha destacado o papel central da APS no acesso e tratamento do TDAH, e publicado materiais e protocolos sobre o tema, a implementação de práticas baseadas em evidências para o referido transtorno na APS é muito variável e frequentemente pobre.

No sistema de saúde inglês, *National Health System* (NHS), o protocolo do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), que orienta a abordagem sobre o tema, determina que o diagnóstico e o início da medicação devem ser realizados apenas na atenção secundária (NICE, 2018). Esse protocolo, que aborda manejo e o diagnóstico do TDAH, traz ainda orientações sobre a responsabilidade compartilhada entre o primeiro e o segundo nível de atenção para a continuidade das prescrições. Esses cuidados compartilhados para escolares com TDAH permitem maior integração da rede de saúde e maior qualidade dos serviços prestados (MCCARTHY et al., 2013).

Para Rashid, Llanwarne e Lehman (2018), embora haja a orientação no NHS de que a terapia farmacológica seja iniciada no segundo nível de atenção, a APS e o médico de família são indispensáveis na identificação dos casos, na manutenção das prescrições e na

continuidade do cuidado. Para os autores, as famílias podem até procurar a atenção especializada regularmente, mas tendem a consultar os profissionais da APS nos momentos de dúvidas e crises.

Com relação à adesão aos protocolos do NICE, no Reino Unido, pelos profissionais que atuam no NHS, Raman e colaboradores (2015) afirmam ser muito variável, sendo influenciada pela disponibilidade local de um especialista em saúde mental infantil.

Estudo canadense *ADHD Treatment in Primary Care: Demographic Factors, Medication Trends, and Treatment Predictors*, que pesquisou o cuidado do TDAH na APS desse país concluiu que é mais provável que um indivíduo com o transtorno procure um médico de família para o tratamento de problemas relacionados a saúde mental que outras especialidades médicas, como a neurologia ou psiquiatria. (HAUCK et al., 2017). Tal fato está provavelmente associado aos atributos do primeiro nível de atenção com destaque para o acesso e vínculos longitudinais. A narrativa *Tarja Preta* apresenta situação que expressa o estigma associado ao TDAH na fala da própria criança em tratamento, evidenciado vantagem do cuidado oferecido pelo médico de família pelo fato de sua atuação não estar associada exclusivamente às doenças mentais.

*"Meu irmão fica me chamando de doido porque uso remédio tarja preta" (...) (Tarja Preta)*

Para Brahmbhatt e colaboradores (2016) os adolescentes sentem-se mais confortáveis com seu médico de família, em função do estigma relacionado à doença e associado ao acompanhamento de saúde com um psiquiatra ou neurologista. Não apenas o médico de família, mas os serviços de APS são mais procurados e conseqüentemente acessíveis aos usuários com sofrimento mental e seus familiares pelo fato de não estarem associados a condições específicas de saúde, reduzindo estigmas associados às doenças mentais, quando comparados a serviços de saúde especializados (WONCA; WHO, 2008).

Percebe-se, portanto, que embora existam diferentes entendimentos sobre o alcance da abordagem do médico de família no cuidado de pessoas com TDAH, todos sistemas nacionais de saúde citados dão ênfase ao papel central e estratégico deste profissional para o acesso e cuidado adequado. Países que estabelecem que o tratamento deve ser iniciado na atenção secundária, como no caso do Reino Unido, além de não obter adesão completa à orientação do protocolo, em função de contextos de indisponibilidade de profissional especialista em

saúde mental infantil, destacam que o cuidado deve ser integrado (atenção primária e secundária). Ou seja, orientam o cuidado do TDAH por meio de cuidados compartilhados.

Ougrin, Chatterton e Banarsee (2010) enfatizam que o médico de família tem papel fundamental na identificação de possíveis casos e estão em posição privilegiada para esta função por estarem em contato e atenderem centenas de crianças, possuindo assim um grande grupo como referência de comparação. Para os autores, essa posição de vantagem para identificação dos casos também pode ser considerada para os professores, igualmente pelo fato de lidarem com grande número de crianças.

Para a coordenação do cuidado dos casos de pessoas com TDAH, orientada pela APS, destacou-se, neste estudo, a necessidade de melhor definição dos limites de atuação da APS e dos critérios para acesso à atenção secundária. Discutiu-se o papel, os limites e a potência da atuação do médico de família para esses casos, analisando diferentes contextos e países, ressaltando o papel central e estratégico deste profissional para o acesso e cuidado adequado. A intersetorialidade, em especial a atuação em sintonia com o setor educação foi enfatizada como valiosa articulação tanto para identificação de casos suspeito, como para o sucesso do tratamento dos escolares com TDAH.

Levando-se em conta o contexto brasileiro, a referida posição de vantagem dos professores e profissionais da APS e o trabalho intersetorial que pode ser desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em parceria com as escolas de sua área de abrangência, aliada à ferramenta do apoio matricial em saúde mental (modelo brasileiro de cuidados compartilhados), acredita-se ser possível aumentar acesso e oferecer adequado cuidado ao TDAH no primeiro nível de atenção.

## **7 - CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES**

O presente estudo permitiu desvelar um conjunto de indícios que reforçam, não apenas a necessidade, mas também a possibilidade de ampliação da oferta usual de cuidado aos escolares com TDAH no primeiro nível de atenção. Tal necessidade relaciona-se com: a alta prevalência do transtorno, a dificuldade de acessar a atenção secundária, e os prejuízos cumulativos por ele provocados. A possibilidade de ampliação desse cuidado na APS associa-se principalmente: à facilidade de acesso à UBS; aos vínculos longitudinais que aproximam equipe e comunidade; à proximidade com a escola e suas possibilidades de articulação; e à qualificação profissional por meio do apoio matricial.

A ampliação desses cuidados implica o aumento do acesso e da oferta de tratamento, tornando-os mais resolutivos. Segundo Franco e Magalhães (2003), a resolutividade na APS relaciona-se não somente ao recurso instrumental e ao conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação de acolhimento e ao estabelecimento de vínculo com o usuário (FRANCO; MAGALHÃES, 2003). Nesse entendimento, a responsabilização e o envolvimento dos profissionais, bem como sua instrumentalização técnica, seriam igualmente relevantes para uma APS resolutiva.

Para a ampliação do acesso e da oferta de tratamento em saúde mental, Rebello e colaboradores (2014) apontam 3 principais estratégias: (1) efetiva integração do cuidado de saúde mental aos serviços de APS; (2) definição de fluxos e de linhas de cuidado para os transtornos mentais; e (3) incorporação de inovações tecnológicas nos modelos de ofertas de serviços existentes de saúde mental.

Considerando a grande potência das 3 estratégias apresentadas, e para melhor cuidado dos indivíduos com transtorno mental, este estudo apresenta, como contribuição, diretrizes para linha de cuidado articulada a uma proposta de tecnologia de abordagem aos escolares com TDAH.

### **DIRETRIZ PARA LINHA DE CUIDADO AOS ESCOLARES COM TDAH**

O desenho de uma linha de cuidado é a proposta para vencer o desafio de uma atenção integral aos escolares com TDAH. Segundo Malta e Merhy (2010), um pré-requisito para uma linha de cuidado é a responsabilização do profissional e do sistema pela saúde do usuário. De maneira complementar, Franco e Magalhães (2003) afirmam que a conformação de uma linha de cuidado começa pela reorganização dos processos de trabalho, na APS, e vai somando-se a

todas outras ações assistenciais. Tais análises podem ser consideradas complementares, haja vista que a reorganização dos processos de trabalho pode favorecer e criar condições para maior responsabilização dos profissionais e dos serviços em relação aos usuários. Portanto, a reorganização deve ser o foco para a mudança dos serviços de saúde, a fim de fazê-los operar de forma centrada no usuário e em suas necessidades. (FRANCO; MAGALHÃES, 2003).

Com relação às mudanças no processo do trabalho, apresentadas como fundamentais para se desenhar uma linha de cuidado, mais uma vez o matriciamento deve ser enfatizado. Este induz reflexões e mudanças nos processos de trabalho, instrumentalizando e empoderando a equipe para fornecer melhor resposta às necessidades de sua comunidade.

Para Malta e Merhy (2010), numa linha de cuidado, cada serviço pode ser repensado como um componente fundamental, uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita. Os autores complementam, destacando o desafio de conectar essas redes assistenciais, de forma mais adequada à rede de serviços de saúde.

Ao propor uma diretriz para linha de cuidado aos escolares com TDAH, — repensando cada serviço como uma estação percorrida para o alcance do cuidado integral —, faz-se necessário definir os pontos da rede que podem contribuir para lograr a integralidade. No contexto do TDAH, os principais pontos dessa linha são aqueles responsáveis por (1) identificação de possíveis casos; (2) estabelecimento do diagnóstico; (3) instituição do tratamento e (4) cuidado continuado.

A identificação ou o levantamento da suspeição de possíveis casos de escolares com TDAH podem ser realizados pelo professor na escola, por pessoas da comunidade e por todos os membros da equipe ESF. Além do técnico de enfermagem, médico e enfermeiro, o ACS, por meio de maior inserção na comunidade, pode identificar possíveis situações de vulnerabilidade associadas ao transtorno.

Trechos das narrativas desse estudo permitiram captar características das crianças que chamam a atenção, no cotidiano da APS, para possíveis casos de TDAH. Entre estas, podem-se destacar as queixas frequentes de agitação e de mau comportamento, de desempenho escolar insatisfatório, de perda de interesse pela escola, de agressividade, de facilidade para perder objetos, de "má fama" na comunidade, de inquietação, além de dificuldade de concentração e para desenvolver uma atividade.

Para os escolares que apresentam características que levam à suspeição de TDAH, deve ser agendada consulta na UBS com seu médico de família. Com a avaliação da criança e integração de informações de diferentes fontes, com destaque para pais e professores, o

médico de família, tomando como referência os critérios do DSM-5, poderá confirmar ou excluir o diagnóstico de TDAH (APA, 2013).

Não havendo marcadores biológicos específicos, o diagnóstico do TDAH é essencialmente clínico, portanto, para este fim, não são realizados exames de imagem ou laboratoriais nem testes neuropsicológicos (DOPHEIDE; PLISZKA, 2009; HORA et al., 2015). Para apoiar o estabelecimento do diagnóstico de TDAH, a aplicação do questionário SNAP IV com pais e professores é recomendada (COUTINHO et al., 2009; TERESA; MARCON, 2011).

Com a devida qualificação, o médico de família torna-se apto a realizar o diagnóstico, não sendo necessário, para este fim, que a UBS referencie à um outro serviço (FONTIVEROS et al., 2015; WEED, 2016). Portanto, nesta linha de cuidado, a UBS é a estação responsável pelo diagnóstico. Para assumir essa responsabilidade, como será abordado adiante na proposta de tecnologia de abordagem, o apoio matricial é fundamental.

Dando sequência à linha de cuidado do TDAH, após realização do diagnóstico na UBS, pelo médico de família, preferencialmente contando com apoio matricial em psiquiatria, faz-se necessário definir as atribuições e os limites da APS. Seguindo recomendações e protocolos apresentados nesse estudo, apenas deverão ser referenciados à atenção especializada, os casos em que há múltiplas comorbidades ou ausência de resposta ao tratamento farmacológico proposto (FONTIVEROS et al., 2015; HILL; TAYLOR, 2001; TELESSAÚDE-RS; UFRGS, 2018; WOLRAICH et al., 2011). Portanto, excetuando-se estas situações, em que as crianças com TDAH serão referenciadas ao ambulatório especializado (neuropediatria ou psiquiatria infantil), a estação ou o ponto da rede responsável pela instituição do tratamento farmacológico será a própria UBS. Nesses casos, a droga de escolha é o Metilfenidato (MCCLAIN; BURKS, 2014; OUGRIN; CHATTERTON; BANARSEE, 2010). As abordagens psicossociais que compõem o tratamento multimodal dos escolares com TDAH podem ser desenvolvidas na UBS pelo enfermeiro ou pelo médico da equipe.

O cuidado continuado é otimizado, quando da comunicação entre a equipe de saúde e escola. Como destacado, ao longo deste estudo, as informações dos professores em sala de aula são muito valiosas para a avaliação da resposta ao tratamento, bem como para o ajuste da posologia da medicação (WOLRAICH et al., 2005). Considerando o desenvolvimento de trabalho intersetorial realizado no contexto da APS, especialmente com o setor educação, a UBS é o ponto da linha de cuidado preferencial para a realização do seguimento ou do cuidado continuado dos escolares.

Compreendendo, então, a linha de cuidado como expressão dos fluxos assistenciais que devem ser garantidos aos usuários de acordo com suas necessidades, para as pessoas com TDAH, esse trajeto na rede de saúde deve estar bem definido e assegurado. Para tanto, a tecnologia de abordagem pode ser considerada um importante recurso de apoio para viabilizar o percurso.

## **TECNOLOGIA DE ABORDAGEM AOS ESCOLARES COM TDAH**

A partir deste estudo, foi possível construir e propor uma tecnologia de abordagem para estes escolares. O primeiro pressuposto para essa tecnologia de abordagem consiste na ampliação da responsabilidade da APS, que deve ser orientada e embasada por importantes referências, as quais destacam caber ao primeiro nível de atenção, diagnosticar e tratar pessoas com TDAH. Como ressaltado anteriormente, caberá o encaminhamento à atenção secundária, nos casos com múltiplas comorbidades ou sem resposta ao tratamento medicamentoso estabelecido.

Para que os profissionais da APS qualifiquem-se para esta atribuição com responsabilidade e resolutividade, alguns elementos são fundamentais, merecendo destaque: o trabalho em equipe multiprofissional, a intersetorialidade e a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de saúde. Para viabilizar estas mudanças é necessário a educação permanente da equipe de APS propiciada particularmente pelo apoio matricial. Este apresenta real poder de indução e de fortalecimento das inovações e aperfeiçoamentos da APS.

O reconhecimento e a mobilização dos recursos sociais e comunitários do território e a articulação intersetorial entre as equipes de saúde e da educação reforçam a APS como *locus* estratégico para o cuidado integral de escolares com TDAH. Além disso a localização da UBS no próprio território, onde vivem seus usuários, facilita o acesso e o cumprimento de seu papel de porta de entrada. O vínculo longitudinal que se estabelece entre os usuários e sua equipe agrega ainda mais valor ao cuidado integral realizado na APS.

O matriciamento como apoio técnico-pedagógico assegura retaguarda especializada às equipes de atenção primária em saúde, ampliando o acesso e a resolutividade. Induz à adequação nos processos de trabalho para além daquele preconizado pelo sistema hierarquizado, enrijecido em mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Portanto, o apoio matricial permite

qualificação progressiva dos profissionais, em sintonia com as demandas de sua população adscrita. Além disso, induz mudanças nos processos de trabalho das equipes, integrando os níveis de atenção e os diferentes serviços que os compõem.

Como parte desta proposta de tecnologia de abordagem para a APS, dada a fundamental importância do matriciamento, sugere-se que este esteja institucionalizado no sistema de saúde. Com regulamentação e oficialização dessa integração entre APS e atenção especializada, o matriciamento não ocorrerá como exceção ou imprevisto, tampouco dependerá do perfil ou do engajamento pessoal do profissional. Por fim, recomenda-se que todas equipes de APS tenham acesso e sejam contempladas por apoio matricial em saúde mental.

A ação pública estatal no território conta com a presença de pelo menos 2 setores: o da saúde e o da educação. O potencial da parceria com o setor educação para o cuidado de escolares com TDAH é enorme e supera a simples identificação de casos suspeitos. Para assegurar o estabelecimento da comunicação UBS-Escola, os profissionais da APS encontram-se em ampla vantagem, em relação aos especialistas em saúde mental que atuam na atenção secundária. Sobre o estabelecimento da comunicação dos médicos de família com os professores para o acompanhamento de crianças com TDAH, Wolraich e colaboradores (2005) destacam o grande valor das informações vindas da escola, não apenas para o diagnóstico, mas também para o seguimento do tratamento farmacológico. Nesse sentido, ainda como proposta de tecnologia de abordagem dos escolares com TDAH, sugere-se que a relação dos profissionais da UBS e da escola seja sistematizada com reuniões pré-definidas e desburocratizadas, incluindo meios que facilitem e agilizem essa comunicação. O uso de telefone e de correio eletrônico podem ser boas ferramentas para essa troca de informações.

Capacitações em saúde mental e, especificamente, sobre a abordagem das dificuldades de aprendizagem em escolares podem ser um importante apoio técnico para os profissionais da APS. Podem, ainda, ser bem aproveitadas, sobretudo se apresentarem enfoque prático e adequado à realidade e às necessidades dos profissionais da APS.

O estímulo ao treinamento dos médicos da APS apoia-se nos estudos de Ivbijaro e colaboradores (2008), que destacam que estes profissionais, ao passarem por programas educativos, manejam de forma satisfatória os transtornos mentais, não diferindo dos especialistas focais em sua capacidade de reconhecer e tratar estes transtornos.

No presente estudo, o cuidado integral dos escolares com TDAH é apresentado como um potente recurso para a promoção de equidade, uma vez que permite minimizar os sintomas e prejuízos relacionados à doença. Para Paim e Silva (2010) a noção de equidade

admite a possibilidade de se atender desigualmente os que estão em situação de desigualdade, priorizando aqueles que mais necessitam para poder alcançar a igualdade. (PAIM; SILVA, 2010). Nesse sentido trata-se da garantia do tratamento dos escolares com TDAH, diminuindo a situação de desvantagem em que se encontram, em relação àqueles que não apresentam o transtorno, ou seja, dando condições para que tenham melhor rendimento acadêmico e menor exposição a riscos relacionados aos sintomas de impulsividade. Tal visão apresenta ressonância com o entendimento de que equidade implica na diminuição das diferenças evitáveis e injustas ao mínimo que seria possível (OPAS, 1997).

## **LIMITES DO ESTUDO**

A proposta de diretrizes para linha de cuidado articulada com a tecnologia de abordagem dos escolares com TDAH apresentada nesse estudo pode efetivamente contribuir para a qualificação o aumento da resolutividade da APS e da rede de saúde como um todo. Isso dependerá da sensibilidade dos gestores que tomam decisões e adotam estratégias em saúde.

A ampliação do acesso às pessoas com TDAH tem potencial efetivo de impacto ao diminuir as diferenças evitáveis e injustas ao mínimo possível em relação às pessoas que não o apresentam, reforça o cuidado integral dos escolares como importante recurso de promoção de equidade para um grupo negligenciado e, muitas vezes excluídos na sociedade.

Em se tratando de estudo pioneiro, apresenta limitações naturais. O restrito universo da pesquisa relatada e analisada deve estimular outras iniciativas similares que reforcem os argumentos presentes nesse estudo. Uma das questões que limitam a própria continuidade da experiência é o fato da equipe receber um matriciamento não institucionalizado, o que seria essencial para garantir segurança e apoio técnico às equipes de APS.

Ao trazer esse tema ao foco da APS espera-se que novas iniciativas em pesquisa possam surgir para ampliar o conhecimento sobre o assunto, com vistas ao aprimoramento e melhoria da resolutividade na APS.

## REFERÊNCIAS

- AAP. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, v. 128, n. 5, p. 1007–1022, 2011.
- ABETTAN, C. From method to hermeneutics : which epistemological framework for narrative medicine ? *Theoretical Medicine and Bioethics*, v. 38, n. 3, p. 179–193, 2017.
- ADLER, L. et al. Issues in the Diagnosis and Treatment of Adult ADHD by Primary Care Physicians. *Primary Psychiatry*, v. 16, n. 5, p. 57–63, 2009.
- ALMEIDA, P. F. DE et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde : estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 2, p. 286–298, 2010.
- ALMEIDA, P. F. DE; MARIN, J.; CASOTTI, E. Estratégias para Consolidação da Coordenação do cuidado pela Atenção Básica. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 15, n. 2, p. 373–398, 2017.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde : estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*, v. 29, n. 2, p. 84–95, 2011.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, v. 36, n. 1, p. 1, 1995.
- ANTSHEL, K. M.; BARKLEY, R. Psychosocial Interventions in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, v. 17, p. 421–437, 2008.
- APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5*. 5a. ed. Washington: American Psychiatry Association, 2013.
- AROUCA, A. S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora da Unesp, 2003.

ATHIÉ, K.; FORTES, S.; DELGADO, P. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária : uma revisão crítica. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 8, n. 26, p. 64–74, 2013.

BAHIA, L. et al. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 12, p. 1–5, 2016.

BARBARESI, W. J.; KATUSIC, S. K.; COLLIGAN, R. C. Long-term Stimulant Medication Treatment of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: Results From a Population-Based Study. *Journal of Developed Behavior Pediatrics*, v. 27, p. 1–10, 2006.

BARTELS, S. J. et al. Improving Access to Geriatric Mental Health Services: A Randomized Trial Comparing Treatment Engagement With Integrated Versus Enhanced Referral Care for Depression, Anxiety, and At-Risk Alcohol Use. *American Journal of Psychiatry*, v. 161, p. 1455–1462, 2004.

BATISTA DE SÁ, E. O público e o privado no sistema de saúde: uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível. Ipea, p. 17, 2018.

BODENHEIMER, T. Coordinating Care — A Perilous Journey through the Health Care System. *The New England Journal of Medicine*, v. 358, n. 10, p. 1064–1071, 2008.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde : perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1141–1154, 2017.

BRAHMBHATT, K. et al. Diagnosis and Treatment of ADHD During Adolescence in the Primary Health Care Setting: Review and Future Directions. *Journal Adolescence Health*, v. 59, n. 2, p. 135–143, 2016.

BRASIL. *Cadernos de Atenção Básica - 27 Diretrizes do NASF*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2009.

BRASIL. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. *Cadernos de Atenção Básica 34 - Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BYRNE, J. M. et al. Risk for Injury in Preschoolers : Relationship to Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child Neuropsychology*, v. 9, n. 2, p. 142–151, 2003.

CAMPBELL, R.; ASH, J. An evaluation of five bedside information products using a user-centered , task-oriented approach. *Journal of the Medical Library Association*, v. 94, n. 4, p. 435–441, 2006.

CAMPOS, G. W. DE S. A Saúde , o SUS e o programa “ Mais Médicos ”. *Revista do Médico*

- Residente, v. 15, n. 2, p. 1–4, 2013.
- CAMPOS, G. W. DE S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência : uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saude Pública*, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007.
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente : repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 139–146, 2004.
- CARNEIRO, M. DO S. M. et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde : aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde e Debate*, v. 38, p. 279–295, 2014.
- CARVALHO, B. R. et al. Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, p. 462–469, 2018.
- CAVALCANTI, M. T. A Reforma Psiquiátrica brasileira: ajudando a construir e fortalecer o Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 9, p. 1962, 2008.
- CECÍLIO, L. C. As Necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2001.
- CECÍLIO, L. C.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: Unicamp, 2003.
- CHANG, Z. et al. Association between medication use for attention-deficit/hyperactivity disorder and risk of motor vehicle crashes. *JAMA Psychiatry*, v. 74, n. 6, p. 597–603, 2017.
- CHARON, R. Narrative Medicine. *Journal of American Medical Association*, v. 286, n. 15, p. 1897–1902, 2001.
- CHARON, R. Narrative Medicine: honoring the stories of illness. New York: Oxford University Press, 2006.
- CHARON, R. Narrative medicine in the international education of physicians. *Presse Medicale*, v. 42, n. 1, p. 3–5, 2013.
- CHAVES, L. A. et al. Integração da atenção básica à rede assistencial : análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. 1–16, 2018.
- CHEN, P. J.; HUANG, C. DA; YEH, S. J. Impact of a narrative medicine programme on healthcare providers' empathy scores over time. *BMC Medical Education*, v. 17, n. 1, p. 1–8, 2017.
- CHEN, Q. et al. Drug treatment for attention-deficit / hyperactivity disorder and suicidal behaviour : register based study. *British Medical Journal*, v. 348, p. 1–9, 2014.

COELHO NETO, G. C.; ANTUNES, V. H.; OLIVEIRA, A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 1–4, 2019.

CONASS. Relatório consolidado para a 14a. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.

CONASS. Nota Conass – Possível desvinculação das receitas da União preocupa os gestores da saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade : conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1417–1423, 2004.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 5–15, 2004.

COUTINHO, G. et al. Concordância entre relato de pais e professores para sintomas de TDAH : resultados de uma amostra clínica brasileira. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 36, n. 3, p. 97–100, 2009.

CRUZ, M. L. S. et al. Reunião de equipe : uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família. *Psicologia Revista*, v. 17, n. 2, p. 161–183, 2008.

CUNHA, E. M. DA; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 1029–1042, 2011.

DALSGAARD, S. et al. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *The Lancet*, v. 385, n. 9983, p. 2190–2196, 2015.

DALSGAARD, S.; NIELSEN, H. S.; SIMONSEN, M. Consequences of ADHD medication use for children ' s outcomes. *Journal of Health Economics*, v. 37, p. 137–151, 2014.

DAS, P.; NAYLOR, C.; MAJEED, A. Bringing together physical and mental health within primary care: a new frontier for integrated care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 109, n. 10, p. 364–366, 2016.

DONABEDIAN, A. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press, 2003.

DONIEC, K.; DALL, R.; KING, L. Brazil's health catastrophe in the making. *The Lancet*, v. 6736, n. 18, p. 5–6, 2018.

- DOPHEIDE, J. A.; PLISZKA, S. R. Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder: An Update. *Pharmacotherapy*, v. 29, n. 6, p. 656–679, 2009.
- DURIC, N. S.; ELGEN, I. Characteristics of Norwegian children suffering from ADHD symptoms: ADHD and primary health care. *Psychiatry Research*, v. 188, n. 3, p. 402–405, 2011.
- FARAONE, S. V.; MICK, E. Molecular Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatric Clinics*, v. 33, p. 159–180, 2010.
- FAYYAD, J. et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, v. 190, p. 402–409, 2007.
- FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP : uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 129–138, 2009.
- FILKS, A. G. et al. Distance-Learning, ADHD Quality Improvement in Primary Care: A Cluster-Randomized Trial. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, v. 38, n. 8, p. 573–583, 2017.
- FONTIVEROS, M. Á. M. et al. Actualización en el tratamiento del trastorno del déficit de atención con / sin hiperactividad ( TDAH ) en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, v. 8, n. 3, p. 231–239, 2015.
- FORTES, P. A. DE C.; ZOBOLI, E. L. C. P. Os princípios do Sistema Único de Saúde — SUS potencializando a inclusão social na atenção saúde. *O Mundo da Saúde*, v. 29, p. 20–25, 2005.
- FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. São Paulo: HUCITEC, 2003.
- GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde e Debate*, v. 41, n. 112, p. 63–76, 2017.
- GASK, L. et al. What work has to be done to implement collaborative care for depression? Process evaluation of a trial utilizing the Normalization Process Model. *Implementation Science*, v. 5, n. 1, p. 1–11, 2010.
- GAVER, A.; BORKAN, J. M.; WEINGARTEN, M. A. Illness in context and families as teachers: A year-long project for medical students. *Academic Medicine*, v. 80, n. 5, p. 448–451, 2005.
- GERBALDO, T. B. et al. Avaliação da Organização do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica a Saúde do Brasil. *Trabalho Educação e Saúde*, p. 1–16, 2018.
- GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. El fundamento científico de la función de filtro del

médico general. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 9, n. 1, p. 147–149, 2006.

GINSBERG, Y.; HIRVIKOSKI, T.; LINDEFORS, N. Attention Deficit Hyperactivity Disorder ( ADHD ) among longer-term prison inmates is a prevalent , persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry*, v. 10, n. 1, p. 1–12, 2010.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas Municipais de Saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, v. 26, n. 60, p. 37–61, 2002.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. *Common mental disorders: a bio-social model*. Londres: Tavistock/ Routledge, 1992.

GOMES, J. et al. Perfil do Hiperfrequentador nos Cuidados de Saúde Primários. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, v. 26, n. 1, p. 17–23, 2013.

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

GONÇALVES, D. A. et al. Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 3, p. 623–632, 2014.

GREER, S. L. et al. Policy, politics and public health. *European Journal of Public Health*, v. 27, n. 2, p. 40–43, 2017.

GUIMARÃES, R. M. Os impactos das políticas de austeridade nas condições de saúde dos países com algum tipo de crise. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, n. 1, p. 383–385, 2018.

HABEL, L. A. et al. ADHD Medications and Risk of Serious Cardiovascular Events In Young and Middle-Aged Adults Laurel. *Journal of American Medical Association*, v. 306, n. 24, p. 2673–2683, 2012.

HAGGERTY, J. L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, v. 327, p. 1219–1221, 2003.

HANNAH, J. N. The role of schools in attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatric Annals*, v. 31, n. 1, p. 507–513, 2002.

HARTZ, Z. M. DE A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde : desafios para avaliar a implantação de um “ sistema sem muros ”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 331–336, 2004.

HARZHEIM, E. et al. Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 14, n. 41, p. 1–9, 2019.

HAUCK, T. S. et al. ADHD Treatment in Primary Care : Demographic Factors , Medication Trends , and Treatment Predictors. p. 1–10, 2017.

- HILL, P.; TAYLOR, E. An auditable protocol for treating attention deficit / hyperactivity disorder. *Archives of Disease in Childhood*, v. 84, p. 404–409, 2001.
- HORA, A. F. et al. A prevalência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): uma revisão de literatura. *Associação Portuguesa de Psicologia*, v. 29, n. 2, p. 47–62, 2015.
- INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE. Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul - Atenção Primária à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, 2014.
- IVBIJARO, G. et al. Primary care mental health and Alma-Ata: From evidence to action. *Mental Health in Family Medicine*, v. 5, n. 2, p. 67–69, 2008.
- IVBIJARO, G.; FUNK, M. No mental health without primary care. *Mental Health in Family Medicine*, v. 5, n. 3, p. 127–128, 2008.
- IVBIJARO, G. O. et al. Collaborative Care : Models for Treatment of Patients with Complex Medical-Psychiatric Conditions. *Current Psychiatry Reports*, v. 16, p. 1–12, 2014.
- JACOB, K. et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet*, v. 370, p. 1061–1077, 2007.
- JAMOULLE, M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *International Journal of Health Policy and Management*, v. 4, n. 2, p. 61–64, 2015.
- KATES, N. Shared mental health care in Canada. Ottawa: [s.n.].
- KEWLEY, G.; HALLIWELL, N. Attention deficit hyperactivity disorder: clinical update. *British Journal of General Practice*, v. 64, n. 621, p. e243–e245, 2014.
- KOHN, R. et al. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 82, n. 11, p. 858–866, 2004.
- KRINGOS, D. S. et al. The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, v. 10, n. 1, p. 1–13, 2010.
- LABONTÉ, R.; STUCKLER, D. The rise of neoliberalism: How bad economics imperils health and what to do about it. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 70, n. 3, p. 312–318, 2016.
- LANGBERG, J. M. et al. Assessing children with ADHD in primary care settings. *Expert Reviews Neurotherapeutics*, v. 8, n. 4, p. 627–641, 2008.
- LANGBERG, J. M.; BECKER, S. P. Does Long-Term Medication Use Improve the Academic Outcomes of Youth with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder ? *Clin Child Fam Psychol Rev*, v. 15, p. 215–233, 2012.

LEFF, B.; HARPER, G. M. The Reading Habits of Medicine Clerks at One Medical School: Frequency, Usefulness, and Difficulties. *Academic Medicine*, v. 81, n. 5, p. 489–494, 2006.

LEVIN, F.; KLEBER, H. Attention-deficit hyperactivity disorder and substance abuse: Relationships and implications for treatment. *Harvard Review of Psychiatry*, v. 2, n. 5, p. 246–258, 1994.

LICHTENSTEIN, P. et al. Medication for Attention Deficit–Hyperactivity Disorder and Criminality. *New England Journal of Medicine*, v. 367, n. 21, p. 2006–2014, 2012.

LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. O apoio matricial em saúde mental: Uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, n. 58, p. 625–635, 2016.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil’s Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *New England Journal of Medicine*, v. 372, n. 23, p. 2177–2181, 2015.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 1, p. 18–37, 2018.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 14, n. 34, p. 593–605, 2010.

MAO, A. R.; FINDLING, R. L. Comorbidities in Adult Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder : A Practical Guide to Diagnosis in Primary Care. *Postgraduate Medicine*, v. 126, n. 5, p. 42–51, 2014.

MARTINS, C. et al. Quaternary prevention: reviewing the concept: Quaternary prevention aims to protect patients from medical harm. *European Journal of General Practice*, v. 24, n. 1, p. 106–111, 2018.

MASSUDA, A. et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*, v. 3, n. 4, p. 1–8, 2018.

MATTOS, R. ARAUJO DE. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. 8a. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009.

MCCARTHY, S. et al. Management of adult attention deficit hyperactivity disorder in UK primary care : a survey of general practitioners. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 11, n. 22, p. 1–12, 2013.

MCCLAIN, E. K.; BURKS, E. J. Managing Attention- Deficit / Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Primary Care - Clinics in Office Practice*, v. 42, n. 1, p. 99–112, 2014.

- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010.
- MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si : a pedagogia da implicação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 161–177, 2005.
- MILLMAN, M. *Access to health care in America*. Washington: National Academies Press, 1993.
- MIRANDA, C. T. DE et al. Questionário SNAP-IV: A Utilização de um Instrumento para Identificar Alunos Hiperativos. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2011.
- MONTANO, C. B.; WEISLER, R. Distinguishing Symptoms of ADHD from Other Psychiatric Disorders in the Adult Primary Care Setting. *Postgraduate Medicine*, v. 123, n. 3, p. 88–98, 2011.
- MOREIRA-MAIA, C. R. et al. Are ADHD medications under or over prescribed worldwide? *Medicine*, v. 97, n. 24, 2018.
- MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina, 2006.
- MURPHY, J. W. Primary Health Care and Narrative Medicine. v. 19, n. 4, p. 90–94, 2015.
- MURPHY, J. W.; FRANZ, B. A.; SCHLAERTH, C. The Role of Reflection in Narrative Medicine. p. 1–5, 2018.
- NICE. *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management*. Londres: National Institute for Health and Care Excellence, 2018.
- NÚÑEZ, R. T.; LORENZO, I. V.; NAVARRETE, M. L. V. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, v. 20, n. 6, p. 485–495, 2006.
- OLIVEIRA, A. E. et al. Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa ( PB ): relato de experiência. *Saúde e Debate*, v. 40, n. 109, p. 212–218, 2016.
- OLIVEIRA, A. B. DE et al. Artigo de Revisão Contribuições do Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Primária : Revisão Integrativa da Literatura Contributions of Matricial Support in Mental Health in Primary Care : Integrating Review of Literature. *Rev Mult Psicologia*, v. 12, n. 41, p. 1033–1047, 2018.
- OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy*. *Rev Bras Enferm*, v. 66, p. 158–64, 2013.
- OPAS. *La Cooperación de La Organización Panamericana de La Salud ante los Procesos de Reforma del Sector Salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana . Oficina Subregional de la Organización Mundial de la Salud, 1997.

OUGRIN, D.; CHATTERTON, S.; BANARSEE, R. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Review for primary care clinicians. *London Journal of Primary Care*, v. 3, p. 45–51, 2010.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde ( SUS ) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, 2018.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. DA. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *Boletim do Instituto de Saúde*, v. 12, n. 2, p. 1–8, 2010.

PALACIO, J. D. et al. Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Preescolares Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Salud Mental*, v. 32, p. 3–16, 2009.

PASTURA, G.; MATTOS, P. Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e suas comorbidades em uma amostra de escolares. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 65, n. 4, p. 1078–1083, 2007.

PATEL, V. et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet*, v. 370, p. 991–1005, 2007.

PATEL, V. et al. Grand Challenges: Integrating Mental Health Services into Priority Health Care Platforms. *PLoS Medicine*, v. 10, n. 5, p. 1–6, 2013.

PAYÁ, A. P. et al. Déficit de atención con hiperactividad. Perspectiva desde Atención Primaria. *Revista Pediatría Atención Primaria*, v. 14, p. 225–229, 2012.

PEREIRA, A. P. P. et al. relação entre testes de funções executivas e indicadores de desatenção e hiperatividade. *Revista Psicopedagogia*, v. 29, n. 90, p. 279–289, 2012.

PERRIN, J. M. et al. Clinical practice guideline: Treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, v. 108, p. 1033–1044, 2001.

PERUZZO, H. E. et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Escola Anna Nery*, v. 22, n. 4, p. 1–9, 2018.

PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 653–660, 2012.

PIRES, M. Nota técnica: análise da PEC 55. Ipea, 2016.

POLANCZYK, G. et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, v. 164, p. 942–8., 2007.

PRATA, N. I. S. DOS S. et al. Saúde Mental e Atenção Básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. *Trabalho Educação e Saúde*, v. 15, n. 1, p. 33–53, 2017.

QUINDERÉ, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a

experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 7, p. 2157–2166, 2013.

RAMAN, S. R. et al. An Observational Study of Pharmacological Treatment in Primary Care of Children With ADHD in the United Kingdom. *Psychiatric Services*, v. 66, n. 6, p. 617–624, 2015.

RASHID, A.; LLANWARNE, N.; LEHMAN, R. Prescribing for ADHD in Primary Care. *British Journal of General Practice*, p. 170–171, 2018.

REBELLO, T. J. et al. Innovative strategies for closing the mental health treatment gap globally. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 27, n. 4, p. 308–314, 2014.

ROBERGE, D. et al. Loyalty to the regular care provider : patients and physicians views. *Family Practice*, v. 18, n. 1, p. 53–59, 2001.

ROGERS, A.; FLOWERS, J.; PENCHEON, D. Improving access needs a whole systems approach. *British Medical Journal*, v. 319, n. 2, p. 866–867, 1999.

RUIZ-GOIKOETXEA, M. et al. Neuroscience and Biobehavioral Reviews Risk of unintentional injuries in children and adolescents with ADHD and the impact of ADHD medications : A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, v. 84, n. September, p. 63–71, 2018.

SALA, A. et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde : avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 4, p. 948–960, 2011.

SANTOS, I. S. A solução para o SUS não é um Brazilcare. *Revista Eletronica Comunicação, Informação e Saúde*, v. 10, n. 3, p. 1–10, 2016.

SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 7, p. 2303–2314, 2018.

SANTOS, L. DE F.; VASCONCELOS, L. A. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças : Uma Revisão Interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 26, n. 4, p. 717–724, 2010.

SARACENO, B. et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet*, v. 370, p. 1164–1174, 2007.

SAULTZ, J. W. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of family medicine*, v. 1, n. 3, p. 134–143, 2003.

SAXENA, S. et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*, v. 370, p. 878–889, 2007.

SES-DF. A Reforma da Saúde no Distrito Federal - Gestão Resolutiva e evidências de efetividade. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2019a.

SES-DF. Nota técnica: Critérios para encaminhamento de Crianças e Adolescentes para os Serviços de Saúde Mental Infanto-Juvenil da Atenção Secundária. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2019b. Disponível em:

<<http://www.saude.df.gov.br/notas-tecnicas/>>.

SHAW, M. et al. A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder : effects of treatment and non-treatment. *BMC Medicine*, v. 10, p. 1–15, 2012.

SILVA, P. A. DOS S. DA et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 2, p. 639–646, 2018.

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 5, p. 762–769, 2010.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. DE. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 108, p. 204–218, 2016.

SOUZA, M. F. DE. A reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Ú. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 11–16, 2014.

STARFIELD, B. Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO / Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, v. 83, n. 3, p. 457–502, 2005.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e Programação de Ações Intersetoriais para a Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

TELESSAÚDE-RS; UFRGS. Protocolos de Encaminhamento para Psiquiatria Pediátrica. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018.

TERESA, G.; MARCON, G. O Questionário SNAP-IV como auxiliar pedagógico no diagnóstico preliminar do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Construção psicopedagógica*, v. 24, n. 25, p. 99–118, 2011.

THOMAS, R. et al. Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics*, v. 135, n. 4, p. 1–12, 2015.

THOMAS, R.; MITCHELL, G. K.; BATSTRA, L. Attention-deficit / hyperactivity disorder : are we helping or harming ? *British Medical Journal*, v. 6172, n. November, p. 1–7, 2013.

TOPCZEWSKI, A. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade : uma vertente

terapêutica. *Estein*, v. 12, n. 11, p. 310–313, 2014.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 190–198, 2004.

UPADHYAY, N. et al. Substance Use & Misuse The Impact of Pharmacotherapy on Substance Use in Adolescents With Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder : Variations Across Subtypes The Impact of Pharmacotherapy on Substance Use in Adolescents With Attention-Deficit / Hypera. *Substance Use & Misuse*, v. 52, p. 1266–1274, 2017.

VARGAS, I. et al. Barriers to healthcare coordination in market- based and decentralized public health systems : a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy and Planning*, v. 31, p. 736–748, 2016.

VASCONCELLOS, M. M.; MORAES, I. H. S.; CAVALCANTE, M. T. L. Política de Saúde e Potencialidades do Uso de Tecnologias da Informação. *Saúde em Debate*, v. 26, n. 61, p. 219–235, 2002.

VASCONCELOS, M. M. et al. Prevalência de TDAH numa Escola Pública Primária, v. 61, n. 1, p. 67–73, 2003.

VENO, M. et al. Evaluating One Strategy for Education and Practice. *Family Medicine*, v. 48, n. 4, p. 300–304, 2016.

VIEGAS, S. M. DA F.; PENNA, C. M. DE M. O SUS é universal , mas vivemos de cotas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, p. 181–190, 2013.

VIEIRA, F. S. Crise Econômica, Austeridade Fiscal E Saúde: Que Lições Podem Ser Aprendidas? Ipea, n. November, 2016.

VIEIRA, F. S.; SÁ E BENEVIDES, R. P. DE. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, v. 10, n. 3, p. 28, 2016.

WEED, E. D. ADHD in school-aged youth: Management and special treatment considerations in the primary care setting. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 51, n. 2, p. 120–136, 2016.

WEISS, L. J.; BLUSTEIN, J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *American Journal of Public Health*, v. 86, n. 12, p. 1742–1747, 1998.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: Perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, n. 55, p. 1121–1132, 2015.

WHO. The world health report 2008: primary health care: now more than ever. Genebra:

World Health Organization, 2008.

WHO. MHGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-Specialized health settings. Geneva: World Health Organization, 2016.

WHO; WONCA. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: World Health Organization; World Organization of Family Doctors, 2008.

WILLCUTT, E. G. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, v. 9, n. 3, p. 490–499, 2012.

WIMMER, G. F.; FIGUEIREDO, G. D. O. Ação coletiva para qualidade de vida : autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 145–154, 2006.

WOLRAICH, M. L. et al. Intervening to Improve Communication Between Parents, Teachers, and Primary Care Providers of Children With ADHD or at High Risk for ADHD. *Journal of Attention Disorders*, v. 9, n. 1, p. 354–368, 2005.

WONCA. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. Barcelona: WONCA EUROPA, 2002.

WONCA; WHO. What is primary care mental health? *Mental Health in Family Medicine*, v. 5, p. 9–13, 2008.

## ANEXOS

### Anexo 1: Roteiro Semiestruturado de Entrevistas

#### **Pais (e/ou cuidadores) de escolares em tratamento para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade na Unidade Básica de Saúde Vila Basevi**

Foco: analisar relações sociais e desempenho escolar

- O seu filho (nome) iniciou tratamento para Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na Unidade Básica de Saúde Vila Basevi em (data). Gostaria que o (a) senhor (a) dissesse como era seu filho antes do tratamento?
- Como ele está agora nesse período em que está fazendo tratamento, percebe alguma diferença? Qual?
- O que considera que melhorou?
- O que considera que piorou?
- O que o (a) senhor (a) notou no seu filho ao longo desse período de tratamento sobre a relação dele com outras pessoas (colegas, familiares, professores)?
- O que o (a) senhor (a) notou no seu filho ao longo desse período de tratamento sobre o desempenho escolar dele?

#### **Professores (e/ou orientadores) de escolares em tratamento para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade na Unidade Básica de Saúde Vila Basevi**

Foco: analisar relações sociais e desempenho escolar

- O seu aluno (nome) iniciou tratamento para Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na Unidade Básica de Saúde Vila Basevi em (data). Gostaria que o (a) senhor (a) dissesse como era seu aluno antes do tratamento?
- Como ele está agora nesse período em que está fazendo tratamento, percebe alguma diferença? Qual?
- O que considera que melhorou?
- O que considera que piorou?
- O que o (a) senhor (a) notou no seu aluno ao longo desse período de tratamento sobre a relação dele com outras pessoas (colegas, familiares, professores)?
- O que o (a) senhor (a) notou no seu aluno ao longo desse período de tratamento sobre o desempenho escolar dele?

## **Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa **Cuidado de Pessoas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**, sob a responsabilidade do pesquisador Guilherme Nabuco Machado, tendo como orientadora a Dra. Ana Maria Costa.

O nosso objetivo é estudar a qualidade do cuidado que a equipe da Unidade Básica de Saúde Vila Basevi oferece para as pessoas que apresentam o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Desta forma será feita análise do registro dos prontuários clínicos de casos de escolares com TDAH e entrevistas com seus pais e professores.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será através de uma entrevista. Agendaremos um horário que considere interessante e viável. A duração da entrevista será de aproximadamente 20 minutos. Poderá ser na sua residência, na Unidade Básica de Saúde do Basevi, Centro de Ensino Fundamental Prof. Carlos Mota ou na Escola Classe do Basevi.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa podem estar relacionados a constrangimento, desconforto, estresse, receio de quebra de sigilo e medo de perder o seguimento de saúde em caso de respostas negativas. Com o intuito de minimizá-los: agendaremos as entrevistas em horário que lhe seja viável; priorizaremos espaços confortáveis e privativos; respeitaremos o tempo estimado de 20 minutos; e seremos rigorosos quanto à confidencialidade das informações coletadas. As entrevistas serão realizadas por pessoa que não atua na sua unidade de saúde.

Destacamos ainda que o (a) senhor (a) não sofrerá qualquer discriminação para acesso e cuidado na Unidade Básica de Saúde Vila Basevi ao responder essa pesquisa. Se aceitar participar, estará contribuindo para o estudo e melhora do acesso e cuidado oferecido às pessoas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer entrevista e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Escola Superior de Ciências da Saúde podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Guilherme Nabuco Machado – (61) 98159-7722 ou Ana Maria Costa na Escola Superior de Ciências da Saúde no telefone (61) 3425 2858, no horário de 08:00 às 18:00, disponível

inclusive para ligação a cobrar. Também poderá escrever para o e-mail: guilherme.nabuco@gmail.com.

Este projeto de pesquisa **Cuidado de Pessoas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**, sob a responsabilidade do pesquisador Guilherme Nabuco Machado, foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4940 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

---

Nome / assinatura

---

Pesquisador Responsável  
Nome e assinatura

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Anexo3: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):**



Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

## FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Cuidado de Pessoas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

**Pesquisador:** GUILHERME NABUCO MACHADO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 81738717.4.0000.5553

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.475.566

#### Apresentação do Projeto:

(texto do pesquisador com adaptações do relator)

- Trata-se de Projeto de Pesquisa apresentado à Escola Superior de Ciências da Saúde como requisito para a conclusão do Mestrado Profissional em Saúde da Família;
- O Estudo proposto é qualitativo, descritivo e transversal;
- Serão selecionados os 15 casos mais recentes de escolares com TDAH em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Basevi (Sobradinho DF);
- O estudo será realizado na UBS Vila Basevi, Escola Classe Basevi, Centro de Ensino Fundamental Prof. Carlos Mota ou na própria residência do entrevistado, com duração prevista de 20 minutos;
- A amostra será composta por 30 participantes, sendo 15 pais e 15 professores.

#### Objetivo da Pesquisa:

(texto do pesquisador)

#### Objetivos

Objetivo geral:

Descrever e analisar as potencialidades para a prática do cuidado aos escolares com

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3325-4940

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.475.566

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na Atenção Primária à Saúde (APS) com apoio matricial de Psiquiatria.

**Objetivos específicos:**

- Comparar o tempo médio de acesso regulado ao cuidado do TDAH na Atenção Primária (Médico de Família e Comunidade) e Atenção Secundária (Psiquiatra infantil e Neuropediatra);
- Caracterizar o cuidado ao TDAH realizado pelo Médico de Família e Comunidade com enfoque no acesso, apresentação, tratamento e acompanhamento dos casos;
- Descrever e analisar como o trabalho intersetorial ocorre no cuidado ao TDAH na APS, com enfoque em aspectos biopsicossociais (relações sociais, desempenho escolar e autoestima);
- Analisar como o apoio matricial pode qualificar o MFC a atuar no cuidado ao TDAH;
- Contribuir com a produção de tecnologia de cuidado para casos de TDAH na APS, com destaque para o fortalecimento de parcerias e ações intersetoriais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios foram devidamente apresentados conforme Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

(Texto do Pesquisador)

**Riscos**

Os riscos envolvidos na realização da pesquisa, relacionados aos pacientes e entrevistados são: constrangimento, desconforto, estresse, receio de quebra de sigilo e medo de perderem o seguimento em caso de respostas negativas. Para a pesquisa existe o risco de respostas tendenciosas para agradar a equipe ou pelo receio de discriminação de acesso ao serviço. O risco relacionado ao serviço encontra-se em possível insegurança dos usuários em relação ao médico ou equipe, podendo levar ao abandono do tratamento.

Com o intuito de minimizar os riscos supracitados, agendaremos as entrevistas em horário e local que seja viável e interessante para o entrevistado, garantiremos espaços confortáveis e privativos, respeitaremos o tempo estimado de 20 minutos e seremos rigorosos quanto à confidencialidade das informações coletadas. Destacaremos ainda que os participantes da pesquisa não sofrerão qualquer discriminação para acesso e cuidado na Unidade Básica de Saúde

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.475.566

Vila Basevi e as entrevistas serão realizadas por pessoa que não atua na referida UBS.

#### Benefícios

- Contribuição com a produção de tecnologia de cuidado dos casos de TDAH na APS, com destaque para o fortalecimento de parcerias e ações intersetoriais, sobretudo com o setor educação.
- Promoção de maior discussão sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e suas consequências para o indivíduo doente e sociedade;
- Discussão sobre as lacunas de acesso e tratamento de pessoas com TDAH na atenção secundária e suas consequências: subdiagnóstico e subtratamento;
- Caracterização do cuidado dispensado pelo Médico de Família e Comunidade às pessoas com TDAH;
- Valorização da ferramenta de Apoio Matricial, aumentando resolatividade da Atenção Primária à Saúde (APS) nos casos de Saúde Mental.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

(Texto do Pesquisador)

#### Metodologia

Este estudo qualitativo apresenta como objetivo principal descrever e analisar as potencialidades para a prática do cuidado aos escolares com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na Atenção Primária à Saúde (APS) com apoio matricial de Psiquiatria. Para tanto, os seguintes passos metodológicos serão seguidos:

- 1- Comparar o tempo médio de acesso, via regulação, ao cuidado do TDAH na Atenção Primária (Médico de Família e Comunidade) e Atenção Secundária (Psiquiatra infantil e Neuropediatra):
  - a) Solicitação de autorização da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF) para coletar dados da Central de Regulação de Encaminhamentos em relação ao tempo de acesso ao especialista secundário (neuropediatra e psiquiatra infantil) para os casos suspeitos de TDAH;
  - b) Agendamento de encontro com o responsável pela Central de Regulação da SESDF para coleta dos dados;

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3325-4940

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



## FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 2.475.566

c) **Análise dos dados.**

2- Caracterizar o cuidado ao TDAH realizado pelo Médico de Família e Comunidade (acesso, apresentação, tratamento e acompanhamento dos casos);

Analisar os efeitos deste cuidado em aspectos como rendimento escolar, relações sociais e autoestima e;

Analisar como o trabalho intersetorial ocorre no cuidado ao TDAH na Atenção Primária à Saúde (APS):

a) Seleção dos 15 casos mais recentes de escolares com TDAH em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Basevi;

b) Análise de dados do prontuário clínico dos 15 casos selecionados;

c) Entrevista com roteiro semiestruturado com os pais (e/ou cuidadores) e professores (e/ou orientadores educacional) dos 15 escolares com TDAH cujos casos foram selecionados;

• Total de 30 entrevistas, sendo 15 destas com os pais e as outras 15 entrevistas com os professores.

• Ocorrerão na UBS Vila Basevi, Escola Classe Basevi, Centro de Ensino Fundamental Prof. Carlos Mota ou na própria residência do entrevistado, com duração prevista de 20 minutos.

• O encontro será agendado em horário e local definido em acordo com o entrevistado, garantindo privacidade e conforto.

• Considerando o tempo previsto para cada entrevista, descanso e deslocamento serão realizadas 6 pesquisas por período de 4 horas do dia. Portanto, 5 períodos serão necessários para realização das 30 entrevistas previamente agendadas.

• Para garantir maior isenção à pesquisa, as entrevistas e posterior análise dos conteúdos não serão feitas pelo pesquisador responsável, mas por uma terceira pessoa que tenha experiência com esta função.

• Os entrevistados serão devidamente esclarecidos sobre esta pesquisa, apenas participarão se concordarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

• Análise dos dados será realizada por meio da metodologia de análise de conteúdo e será referente a cada um dos casos selecionados.

3- Descrever e analisar como o apoio matricial pode qualificar o MFC a atuar no cuidado ao TDAH:

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3325-4940

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.475.566

- a) Análise de dados do prontuário clínico dos 15 casos selecionados, com enfoque na descrição das contribuições do matriciamento de psiquiatria;
- b) Entrevista com roteiro semiestruturado com a Psiquiatra Matriciadora do MFC que atua na UBS Vila Basevi, com as mesmas características destacadas nas entrevistas no item 2.

#### Critérios de inclusão

Os 15 casos mais recentes de escolares que apresentam Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, cujo o cuidado se iniciou e continua sendo realizado na Unidade Básica de Saúde Vila Basevi.

#### Critérios de exclusão

Qualquer situação que não se enquadre no critério de inclusão.

#### Hipótese

Descrever a capacidade da Atenção Primária à Saúde, com apoio matricial de saúde mental, realizar o cuidado integral de pessoas com TDAH ampliando suas atribuições e resolutividade. Em relação às pessoas que recebem o cuidado, espera-se a descrição de melhora de aspectos biopsicossociais relacionados ao desempenho escolar, relações sociais e autoestima.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados e estão devidamente preenchidos conforme PROTOCOLO DE PESQUISA descrito na Norma Operacional 001/2013 CNS/MS.

- Folha de rosto: Apresentada. Documento assinado pelo pesquisador responsável e pela Coordenadora da CPECC da Escola Superior de Ciências da Saúde.
- Termo de Concordância: Apresentado. Documento assinado pelo pesquisador responsável; Superintendente da Região de Saúde Norte da SES/DF; Diretor da Atenção Primária em Saúde da Região de Saúde Norte;
- Curriculum Vitae do(s) pesquisador(es): Apresentados. Currículo do pesquisador responsável e da orientadora no formato do LATTES.
- Cronograma da Pesquisa: Apresentado. (Coleta de dados: 01/04/18 a 31/05/18)
- Planilha de orçamento: Apresentada. Financiamento próprio.
- Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE: Apresentado e adequado.
- Critérios de Inclusão e Exclusão: Definidos.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeeica.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.475.566

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

Aos pesquisadores, por sua vez, cabe "elaborar e apresentar os relatórios parciais e final" ao CEP, sendo esta uma das responsabilidades assumidas pelo pesquisador ao submeter o seu projeto para apreciação (item X, 1.2, da Resolução CNS nº 466/2012)

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aos pesquisadores, por sua vez, cabe "elaborar e apresentar os relatórios parciais e final" ao CEP, sendo esta uma das responsabilidades assumidas pelo pesquisador ao submeter o seu projeto para apreciação (item X, 1.2, da Resolução CNS nº 466/2012)

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1021856.pdf	28/12/2017 00:29:30		Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_de_Pesquisa_Completo.docx	28/12/2017 00:27:35	GUILHERME NABUCO MACHADO	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	28/12/2017 00:26:25	GUILHERME NABUCO MACHADO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_ANUENCIA.pdf	28/12/2017 00:25:29	GUILHERME NABUCO MACHADO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAdeROSTOassinada.pdf	21/12/2017 19:11:58	GUILHERME NABUCO MACHADO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Curriculum_Guilherme_Nabuco.pdf	20/12/2017 19:26:49	GUILHERME NABUCO MACHADO	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento_ao_CEP.pdf	17/12/2017 20:12:10	GUILHERME NABUCO MACHADO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso_Pesquisador.pdf	17/12/2017 20:10:34	GUILHERME NABUCO MACHADO	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	17/12/2017 19:01:13	GUILHERME NABUCO MACHADO	Aceito
Outros	Curriculum_Ana_Costa.pdf	17/12/2017 17:59:00	GUILHERME NABUCO MACHADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_e_Assentimento.pdf	17/12/2017 17:54:50	GUILHERME NABUCO MACHADO	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.475.566

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 26 de Janeiro de 2018

---

**Assinado por:  
Geisa Sant Ana  
(Coordenador)**

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3325-4040

**E-mail:** [comitedeetica.secretaria@gmail.com](mailto:comitedeetica.secretaria@gmail.com)