

# PROPOSTA DE ELABORAÇÃO ESCOPO

Protocolo Clínico e  
Diretrizes Terapêuticas para  
Transtorno do Déficit de  
Atenção e Hiperatividade

Novembro/2019



## protocolo





Este documento é a primeira etapa no processo de elaboração/revisão de um protocolo clínico baseado em evidências científicas e tratará de identificar os aspectos mais importantes a serem abordados na atualização do PCDT sendo a base para a estruturação das perguntas clínicas que serão objeto de busca na literatura científica. Não se configura, portanto, em recomendações para o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).



## APRESENTAÇÃO

Esta proposta de elaboração de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) tem como finalidade apresentar as recomendações do Ministério da Saúde para diagnóstico e tratamento de pessoas com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS). Os aspectos abordados neste documento serão objetos de busca e avaliação da literatura científica disponível, processo científico este conduzido por metodologistas e traduzido em recomendações voltadas à assistência multiprofissional no SUS.

Para controlar o impacto do TDAH, por meio de políticas de saúde, é fundamental que os profissionais de saúde orientem suas práticas de atenção à saúde com base nas melhores evidências científicas disponíveis. Neste contexto, o PCDT constitui um instrumento que confere segurança e efetividade clínica, de modo organizado e acessível.

Visando a maior abrangência do documento, assim como para identificar as principais lacunas, barreiras e expectativas da sociedade brasileira, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC submete esta proposta de elaboração de PCDT à enquete, para que se possa receber contribuições sobre aspectos abordados nesse escopo.



## INTRODUÇÃO

O TDAH é o tipo de transtorno do neurodesenvolvimento mais comum na infância, embora também possa estar presente na idade adulta. A frequência de TDAH é variável, devido, principalmente, ao critério diagnóstico utilizado, às características metodológicas dos estudos e à fonte de informação utilizada (polanczyk, 2007, polanczyk, 2014). Em estudos recentes, prevalência mundial estimada de TDAH é de 5,29% a 7,1% em crianças e adolescentes (Wilcutt, 2012, Polanczyk, 2007).

O TDAH é caracterizado por uma tríade de sintomas que envolve desatenção, hiperatividade e impulsividade (APA, 2013). É importante salientar que a desatenção, a hiperatividade ou a impulsividade como sintomas isolados podem resultar de muitos problemas na vida de relação das crianças (com os pais e/ou com colegas e amigos), de sistemas educacionais inadequados, ou mesmo estarem associados a outros transtornos comumente encontrados na infância e adolescência. Portanto, para o diagnóstico do TDAH é sempre necessário contextualizar os sintomas na história de vida da criança. A apresentação clínica pode variar de acordo com o estágio do desenvolvimento. Sintomas relacionados à hiperatividade/impulsividade são mais frequentes em pré-escolares com TDAH do que sintomas de desatenção. Como uma atividade mais intensa é característica de pré-escolares, o diagnóstico de TDAH deve ser feito com muita cautela antes dos seis anos de vida (Serrano-Troncoso, 2013, rohde, 2002).

Estas alterações comportamentais frequentemente estão presentes em diferentes contextos, podendo resultar em prejuízos afetivos, em interações sociais, acadêmicas e ocupacionais (APA, 2013). O TDAH pode levar a prejuízos escolares, ao aumento de acidentes de trânsito, ao abuso de drogas e à maior frequência de gravidez na adolescência ou de infecções sexualmente transmissíveis (skoglund et al., 2019, chen, 2018, curry et al., 2019).

Atualmente existe grande variabilidade no que se refere ao diagnóstico e à abordagem do TDAH, podendo envolver medidas farmacológicas e não farmacológicas. Somado a isso, existe grande preocupação no que tange ao tratamento excessivo do TDAH e em suas implicações a médio e longo prazos. Deste modo, é necessário que se estabeleçam diretrizes de diagnóstico e tratamento desta doença, com intuito de otimizar a abordagem clínica dos indivíduos com TDAH e mitigar impactos individuais e coletivos negativos que podem advir desta condição.



## **OBJETIVO**

Esse PCDT tem como objetivo nortear o atendimento às pessoas com TDAH no âmbito do SUS, estabelecendo formas de diagnóstico, classificação, tratamento e monitorização desta condição de saúde. Ademais, o PCDT tem papel importante como ferramenta informativa, direcionando aos profissionais de saúde os preceitos preconizados pelo SUS, para que haja atendimento digno e qualificado à população com TDAH, e consequente estruturação do serviço, sempre baseado na melhor evidência científica disponível.

## **PÚBLICO ALVO**

São atores-alvo de PCDT as pessoas com TDAH, seus responsáveis (em caso de menor de idade) e os profissionais da saúde envolvidos no cuidado, prescrição medicamentosa e gerenciamento da condição clínica.

## **CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE**

A seguir estão descritos os critérios exigidos para um indivíduo seja contemplado pelas normativas deste presente PCDT:

### ***Critérios de Inclusão***

Todas as pessoas com diagnóstico de TDAH, conforme definido neste PCDT.

### ***Critérios de Exclusão***

Todas as pessoas que não foram diagnosticadas com TDAH;

## **BUSCA POR EVIDÊNCIAS, BASES DE DADOS A SEREM PESQUISADAS**

A busca por estudos originais será realizada nas bases de dados MEDLINE (via Pubmed), EMBASE e demais bases de dados, conforme necessidade. Para situações clínicas para as quais existe vasta literatura e/ou diretrizes clínicas com recomendações consolidadas, será utilizada a metodologia de adaptação de diretrizes, considerando aquelas diretrizes julgadas como metodologicamente adequadas.



## ABORDAGENS INCLUÍDAS

- Caracterização;
- Classificação;
- Diagnóstico;
- Elegibilidade;
- Tratamento não farmacológico;
- Tratamento farmacológico;
- Apoio educacional;
- Esquema terapêutico;
- Interrupção do tratamento;
- Casos especiais;
- Monitoramento da pessoa com TDAH;
- Gestão e controle.

## PERGUNTAS DE PESQUISA

As perguntas estabelecidas serão respondidas com base em revisão sistemática da literatura, tendo por referência a melhor evidência científica disponível.

**Questão 1:** Qual a eficácia/efetividade comparativa entre Terapia cognitivo-comportamental E outras terapias como a análise do comportamento; psicanálise; metilfenidato; intervenção psicossocial; psicoeducação; fenomenologia para melhora da funcionalidade; redução do uso de intervenção medicamentosa; melhora da qualidade de vida; mortalidade, redução dos prejuízos secundários (acadêmico; abuso de drogas; acidentes; gravidez indesejada [especialmente na adolescência]; DSTs; desemprego; evasão escolar).

**Questão 2:** Qual a eficácia comparativa entre metilfenidato e lisdexanfetamina para pessoas com TDAH (qualquer idade) para melhora do desempenho escolar; melhora do desempenho no trabalho; menor uso de drogas; melhor relacionamento pessoal; funcionalidade; qualidade de vida.



## COMITÊ GESTOR

Departamento de Atenção Especializada e Temática - SAS/MS

Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos – DAF/SCTIE/MS

Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias no SUS – DGITS/SCTIE/MS

## REFERÊNCIAS

Antai-Otong D, Zimmerman ML. Treatment Approaches to Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Nurs Clin N Am*. 2016;51:199-211.

Skoglund C, Kallner HK, Skalkidou A, Wilkström AK, Lundin C, Hesselman S, et al. Association of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder with Teenage Birth Among Women and girls in Sweden. *JAMA Network Open*. 2019;2(10):e1912463.

American Psychiatric Association. *Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder*. 2013.

Wilcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 2012;9:490-99.

Polanczyk GV, Wilcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*. 2014;43(2):434-442.

Polanczyk G, de Lima, MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164:842-8.

Curry AE, Yerys BE, Metzger KB, Carey ME, Power TJ. Traffic crashes, violations, and suspensions among young drivers with ADHD. *Pediatrics*. 2019;143(6):e20182305.

Chen MH, Hsu JW, Huang KL, Bai YM, Ko NY, Su TP, et al. Sexually transmitted infection among adolescents and young adults with attention-deficit/ hyperactivity disorder: a nationwide longitudinal study. *J Am Acad Child & Adolescent Psychiatry*. 2018;57(1):48-53.

Serrano-Troncoso E, Guidi M, Alda-Díez JA. Is psychological treatment efficacious for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)? Review of non-pharmacological treatments in children and adolescents with ADHD. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013;41(1):44-51.

Rohde LA, Barbosa G, Tramontina S, Polanczyk G. Transtorno de déficit de atenção. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2000;22(2).