



## Caracterização e perfil sociodemográfico: Transtorno do Déficit de Atenção Hiperatividade no CAPSi em Maceió - AL

Characterization and sociodemographic profile: Attention Deficit Hyperactivity Disorder in CAPSi in Maceió - AL

Caracterización y perfil sociodemográfico: Trastorno de Déficit de Atención Hiperactividad en el CAPSi en Maceió - AL

Nielky Kalliellanya Bezerra da Nóbrega<sup>1</sup>, Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa<sup>1</sup>, Guilherme Carvalho de Paula Francisco<sup>2</sup>, Carmem Beatriz Neufeld<sup>3</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar o perfil sociodemográfico e os meios de tratamento de crianças e adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) atendidas em um Centro de Assistência Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi) em Maceió-AL. **Métodos:** A coleta de dados foi realizada nos prontuários do serviço no período de junho a novembro de 2018 e entre 700 crianças e adolescentes atendidas no CAPSi, foram identificadas 166 que apresentam TDAH e alguma comorbidade e entre eles, 50 apresentam diagnóstico exclusivo de TDAH. **Resultados:** A idade variou de 05 a 18 anos, a maioria é de meninos e apenas 03 não estão frequentando a escola. A maioria faz uso de alguma medicação, principalmente antidepressivos, antipsicóticos e psicoestimulantes e nenhuma recebem suporte psicológico. **Conclusão:** Conhecer o perfil sociodemográfico e clínico das crianças e adolescentes e avaliar a qualidade de assistência prestada podem fornecer subsídios aos profissionais e gestores para possibilitar reflexão sobre as estratégias para um melhor planejamento, organização do serviço e qualidade de vida das crianças e adolescentes com TDAH.

**Palavras-chave:** Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, Crianças, Adolescentes, Saúde mental.

### ABSTRACT

**Objective:** Characterize the sociodemographic profile and the means of treatment of children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) treated in a Child Psychosocial Care Center (CAPSi) in Maceió-AL. **Methods:** The data collection was performed in the records of the service in the period from June to November 2018 and among 700 children and adolescents attended at CAPSi, 166 were identified with ADHD and some comorbidity and among them, 50 present unique diagnosis of ADHD. **Results:** The age ranged from 05 to 18 years, most are boys and only 03 are not attending school. Most use some medication, mainly antidepressants, antipsychotics and psychostimulants and no psychological support. **Conclusion:** Knowing the sociodemographic and clinical profile of children and adolescents and evaluating the quality of care provided can provide subsidies to professionals and managers to enable reflection on strategies for better planning, Service organization and quality of life of children and adolescents with ADHD.

**Keywords:** Attention deficit hyperactivity disorder, Children, Adolescents, Mental health.

### RESUMEN

**Objetivo:** Caracterizar el perfil sociodemográfico y los medios de tratamiento de niños y adolescentes con Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) atendidos en un Centro de Asistencia Psicossocial Infantil Juvenil (CAPSi) en Maceió-AL. **Métodos:** La recogida de datos se realizó en los prontuarios del

<sup>1</sup> Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife - PE.

<sup>2</sup> Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo – SP.

<sup>3</sup> Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), Ribeirão Preto - SP.

servicio en el período de junio a noviembre de 2018 y entre 700 niños y adolescentes atendidos en CAPSi, se identificaron 166 que presentan TDAH y alguna comorbilidad y entre ellos, 50 presentan diagnóstico exclusivo de TDAH. **Resultados:** La edad varió de 05 a 18 años, la mayoría son niños y solo 03 no están asistiendo a la escuela. La mayoría hace uso de alguna medicación, principalmente antidepresivos, antipsicóticos y psicoestimulantes y ninguno recibe apoyo psicológico. **Conclusión:** Conocer el perfil sociodemográfico y clínico de los niños y adolescentes y evaluar la calidad de la asistencia prestada pueden proporcionar subsidios a los profesionales y gestores para posibilitar la reflexión sobre las estrategias para una mejor planificación, organización del servicio y calidad de vida de los niños y adolescentes con TDAH.

**Palabras clave:** Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Niños, Adolescentes, Salud mental.

## INTRODUÇÃO

A saúde mental de crianças e de adolescentes tornou-se um tema primacial nas diretrizes da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) em função da desigualdade da atenção dedicada a esta faixa etária quando comparada à atenção dedicada às etapas de desenvolvimento do adulto e idoso. A falta de reconhecimento da importância da saúde mental na infância e adolescência pode ocasionar consequências negativas no transcurso do desenvolvimento, afetando a capacidade produtiva e a inserção social desses indivíduos quando adultos, refletindo-se no nível social e econômico das coletividades (APA, 2023).

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um dos transtornos da infância mais estudados e controversos. O DSM-5-TR (APA, 2023) classifica o TDAH como um Transtorno do Neurodesenvolvimento. Sua característica essencial é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento. O TDAH é composto por uma tríade clássica: desatenção, hiperatividade e impulsividade. A desatenção manifesta-se comportamentalmente no TDAH como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização; a hiperatividade refere-se atividade motora excessiva e a impulsividade refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação e com elevado potencial para dano à pessoa (APA, 2023; OMS, 2004).

A prevalência do TDAH ocorre em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos, costuma ser identificado com mais frequência durante os anos do ensino fundamental. Na pré-escola, a principal manifestação é a hiperatividade sendo que a desatenção fica mais proeminente nos anos do ensino fundamental. Na adolescência, os sinais de hiperatividade são menos comuns, observa-se com maior frequência o comportamento irrequieto ou sensação interna de nervosismo, inquietude ou impaciência. Na fase adulta, além da desatenção e da inquietude, a impulsividade pode permanecer problemática (LOUZÃ MR, et al., 2009; APA, 2023).

A etiologia do TDAH é ainda complexa. Não existe uma causa única perfeitamente estabelecida, porém, existem várias evidências que foram acumuladas com as descobertas científicas das últimas décadas (ROHDE LA, et al., 2000). A hereditariedade é um fator comprovado pelas pesquisas genéticas, e outras evidências estariam relacionadas a fatores pré e perinatais adversos que geram uma disfunção de neurotransmissores (dopamina e noradrenalina) responsáveis por modular o córtex pré-frontal. Como possíveis causas encontram-se: a prematuridade, o sofrimento fetal ao nascer, o uso de drogas e álcool pela mãe durante a gestação, o trauma perinatal e a exposição do neonato ao chumbo (LOUZÃ MR, et al., 2009).

Os fatores neurológicos e genéticos são os principais fatores predisponentes para o TDAH, no entanto fatores precipitantes (ambiente e temperamento) devem ser avaliados juntamente com os fatores perpetuadores e protetores (escola) (ROHDE LA, et al., 2000). Uma das teorias em maior evidência é a de que os sintomas do TDAH estão relacionados às funções executivas, secundárias a um déficit do controle inibitório (BARKLEY RA, 2015).

As funções executivas compreendem uma classe de atividades altamente sofisticadas, centrais para o autocontrole, que estão relacionadas à capacidade de uma pessoa de se engajar em comportamentos orientados à realização de ações voluntárias, autônomas, auto-organizadas e direcionadas a objetivos específicos (MATTOS P, 2015). Parece haver consenso de que sua etiologia é multifatorial. Envolve fatores

neurobiológicos e ambientais que atuam de maneira extremamente complexa e trata-se de um problema de saúde mental bastante frequente em crianças, adolescentes e adultos em todo o mundo.

As características clínicas são marcadas por diferentes graus de gravidade dos sintomas e, muitas vezes, há presença de comorbidades como ansiedade, depressão, problemas de conduta e comportamento de oposição desafiante (NEUFELD CB, 2015). Tendo em vista os prejuízos funcionais, assim como um prognóstico desfavorável sem tratamento, orientações práticas para o tratamento devem ser estabelecidas. Primariamente o tratamento é medicamentoso, no entanto o tratamento combinado entre farmacoterapia tratamento psicológico e intervenções psicossociais apresenta respostas favoráveis (LOUZÃ MR, et al., 2009).

Negligenciar o TDAH não favorece os sintomas primários e podem ampliar os prejuízos subsequentes que irão interferir negativamente na qualidade de vida das pessoas. Em especial no que se refere à qualidade de vida relacionada à saúde de crianças com TDAH, os autores Klassen AF, et al. (2004) consideram que as crianças com TDAH apresentam uma saúde física comparável à das crianças ditas como normais, porém, mostrando déficits importantes nos seguintes domínios: limitações de papéis sociais, como resultado de problemas emocionais e de conduta, problemas de saúde mental e de autoestima. Os problemas de crianças com TDAH evidenciavam um impacto significativo na saúde emocional dos pais e interferiam nas atividades cotidianas e na coesão familiar.

A literatura neurocientífica de Hackman DA, et al. (2010) tem sido prolífica em apontar as relações causais entre circunstâncias adversas durante o desenvolvimento infantil e desfechos problemáticos na vida adulta. Sabe-se, por exemplo, que ambientes de baixo status socioeconômico no início da vida estão associados a comprometimentos no desenvolvimento neurocognitivo, a insucessos acadêmicos e a diversos transtornos mentais. No Brasil, ao buscar as ações de proteção e cuidado aos cidadãos nessa fase mais vulnerável identificam-se que são recentes as experiências de assistência em saúde mental infantil norteadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e pela política do Sistema Único de Saúde (SUS).

No entanto, já se percebem progressos com a criação de novos dispositivos específicos, destinados a acolher e tratar crianças e adolescentes com sofrimento mental, principalmente em momentos de crise, destacando-se os Centro de Assistência Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi), regulamentado em 2002 pela Portaria 336 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). Grande parte dos participantes que buscam os serviços de saúde mental é composta por crianças e adolescentes, a maior parte do sexo masculino, sendo a queixa de maior incidência o mau desempenho acadêmico, seguido de comportamento agressivo e desobediência em casa e na escola (FERREIRA THS, et al., 2002).

Diante da escassez de pesquisas publicadas sobre o tema, especialmente em Alagoas, já que se trata de um problema de saúde pública cuja incidência cresce a cada dia, o presente estudo objetiva caracterizar o perfil sociodemográfico e os meios de tratamento de crianças com TDAH atendidas no Centro de Assistência Psicossocial Infantil – CAPSi, fornecer subsídios aos profissionais e possibilitar reflexão sobre as estratégias, contribuindo assim, para um melhor planejamento, organização do serviço e qualidade de vida das crianças e adolescentes com TDAH.

## MÉTODOS

A coleta de dados foi realizada no período de junho a novembro de 2018 nos prontuários de um CAPSi que faz parte da rede de assistência do Serviço Único de Saúde (SUS) em Maceió, Alagoas. Todos os portadores de TDAH foram diagnosticados por psiquiatra do CAPSi de acordo com os critérios do DSM-5. As informações coletadas foram digitadas com dupla entrada em uma planilha de dados do Excel. Ao término da digitação, o banco de dados foi revisado e corrigido eventuais diferenças e inconsistências de informações.

A análise dos dados foi efetuada considerando dados descritivos, apresentando-os em médias e porcentagens. Foram construídos tabelas e gráficos de distribuição de frequência das variáveis estudadas. O estudo atendeu a todos os requisitos determinados pelas resoluções 466/12 e 510/16 da CONEP e a pesquisa somente foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS vide número do parecer 2.624.083 e CAAE 86753018.0.0000.5569.

## RESULTADOS

Entre os registros no serviço encontram-se cadastradas 2.658 crianças e adolescentes, contudo, no momento da coleta, estavam em acompanhamento no CAPSi são 700 crianças e adolescentes. Entre elas foram identificados 166 crianças e adolescentes que apresentam TDAH e as comorbidades psiquiátricas. As crianças e adolescentes são atendidas por uma equipe multiprofissional de 57 profissionais.

Este quantitativo de profissionais por categoria é formado por: 7 agentes de ação social, 1 agente de gestão, 7 assistentes de administrativo, 4 assistentes sociais, 1 artesã, 6 cuidadores em saúde, 3 educadores físicos, 2 enfermeiras, 2 farmacêuticos, 2 fonoaudiólogos, 1 gerente administrativo, 1 merendeira, 1 nutricionista, 1 pedagoga, 1 pediatra, 7 psicólogos, 3 psiquiatras, 4 técnicos de enfermagem e 3 terapeutas ocupacionais.

O tratamento psiquiátrico ocorre com frequência bimestral e o psicológico semanalmente a alguns usuários conforme indicação terapêutica e disponibilidade. São realizadas oficinas semanais em grupo multiprofissional. A **Tabela 1** descreve o perfil sociodemográfico e tempo de tratamento de crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH atendidas no CAPSi em Maceió - AL, em dois grupos. O Grupo 1, com a descrição de todas as crianças com diagnóstico de TDAH e o Grupo 2, composto por 50 crianças que apesar de descritas no grupo anterior, apresentam diagnóstico exclusivo de TDAH sem outras comorbidades psiquiátricas.

**Tabela 1** - Perfil sociodemográfico e tempo de tratamento de crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH atendidas em um CAPSi em Maceió- AL.

Variáveis	Grupo 1: TDAH e comorbidades (N=166)		Grupo 2: TDAH exclusivo (N=50)	
	N	%	N	%
<b>Idade</b>	10,81 ( $\pm 3,12$ )		10,18 ( $\pm 2,87$ )	
<b>Sexo</b>				
Feminino	24	14,4	10	20,0
Masculino	142	85,6	40	80,0
<b>Etnia</b>				
Branco	32	19,3	11	22,0
Negro	13	7,9	6	12,0
Pardo	121	72,8	33	66,0
<b>Escolaridade</b>				
Pré-Escolar	13	7,9	3	6,0
Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano)	116	69,8	39	78,0
Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano)	31	18,7	7	14,0
Ensino Médio	2	1,2	1	2,0
Educação de Jovens e Adultos (EJA)	1	0,6	-	
Fora da Escola	3	1,8		
<b>Localidade</b>				
Maceió	164	98,8	50	100
Interior do estado	2	1,2	-	-
<b>Tempo de Tratamento no CAPSi</b>				
04 a 06 meses	6	3,6	4	8,0
07 a 09 meses	9	5,4	-	
10 a 11 meses	4	2,4		
01 a 03 anos	97	58,4		
04 a 06 anos	32	19,3	5	10,0
07 a 09 anos	11	6,6	5	10,0
10 anos ou mais	7	4,2	-	

Fonte: Nóbrega NKB, et al., 2025.

A idade das crianças e adolescentes variou de 05 a 18 anos e entre as 166, 24 (14,4%) são mulheres e 142 (85,6%) homens, predominantemente pardos (72,8%). Apenas 3 (1,8%) não frequentavam a escola. Predominaram crianças e adolescentes pardos. Em relação à etnia do Grupo 1, 121 (72,8%) são pardos, 32 (19,3%) brancos e 13 (7,9%) são negros e no Grupo 2, 33 (66%) são pardos, 11 (22%) brancos e 6 (12%) são negros, respectivamente.

A maioria do Grupo 1, 164 (98,8%), é da capital e embora o tempo de tratamento seja variável, a maioria realiza tratamento a mais de um ano, sendo 97 (58,4%), a mais de três anos 32 (19,3%), a mais de seis anos 11 (6,6%) e com dez anos ou mais de tratamento 7 (4,2%). No grupo 2, 50 (100%), moram na capital e apesar de variações no tempo de tratamento, a maior parte realiza tratamento a mais de um ano, sendo 36 (72%), a mais de três e seis anos respectivamente 5 (10%) cada um e nenhuma criança e adolescente encontra-se em tratamento no grupo 2 por mais de nove anos.

A **Tabela 2** apresenta a caracterização das comorbidades psiquiátricas no Grupo 1, composto por todas as crianças atendidas com diagnóstico de TDAH e comorbidades e o Grupo 2, contido no grupo anterior, porém com diagnóstico exclusivo de TDAH. Como diagnóstico principal no Grupo 1, 132 (79%) apresentam distúrbios de atividade de atenção e 34 (20%) transtorno hiperativo de conduta e no Grupo 2, 42 (84%) e 8 (16%), respectivamente.

**Tabela 2-** Caracterização do diagnóstico principal e comorbidades psiquiátricas de crianças e adolescentes com TDAH atendidos em um CAPSi em Maceió - AL.

Variáveis	Grupo 1: TDAH e comorbidades (N=166)		Grupo 2: TDAH exclusivo (N=50)	
	N	%	n	%
<b>Diagnóstico psiquiátrico principal</b>				
F 90.0 Distúrbios de atividade e de atenção	132	79,0	42	84,0
F 90.1 Transtorno hiperativo de conduta	34	20,0	8	16,0
<b>Comorbidades</b>				
F 12.3 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides – síndrome (estado) de abstinência.	1	0,6		
F 29 Psicose não orgânica não especificada				
F 31.9 Transtorno afetivo bipolar não especificado	1	0,6		
F 32.1 Episódio depressivo moderado	1	0,6		
F 40.9 Transtorno fóbico-ansioso não especificado	1	0,6		
F 41 Outros transtornos ansiosos	1	0,6		
F 51.3 Sonambulismo	1	0,6		
F 51.4 Terores noturnos	2	1,2		
F 54 Fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença ou a transtornos classificados em outra parte	1	0,6		
F 60.3 Transtorno de personalidade com instabilidade emocional	1	0,6		
F 63.8 Outros transtornos dos hábitos e dos impulsos	2	1,2		
F 70 Retardo mental leve	3	1,8		
F 70.0 Retardo mental leve – menção de ausência de ou de comprometimento mínimo do comportamento	3	1,8		
F 70.1 Retardo mental leve – comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento	7	4,2		
F 71 Retardo mental moderado	4	2,4		
F 71.1 Retardo mental moderado – comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento	3	1,8		
F 80.0 Transtorno específico de articulação da fala	1	0,6		

Variáveis	Grupo 1: TDAH e comorbidades (N=166)		Grupo 2: TDAH exclusivo (N=50)	
	N	%	n	%
F 81 Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares	1	0,6		
F 81.3 Transtorno misto de habilidades escolares	5	3,0		
F 81.9 Transtorno não especificado do desenvolvimento das habilidades escolares	3	1,8		
F 84.0 Autismo Infantil	2	1,2		
F 84.1 Autismo Atípico	1	0,6		
F 84.5 Síndrome de Asperger	1	0,6		
F 91 Distúrbio de conduta	17	12,8		
F 91.1 Distúrbio de conduta não socializado	27	16,2	-	
F 91.2 Distúrbio de conduta do tipo socializado	1	0,6		
F 91.3 Distúrbio desafiador e de oposição	34	25,5		
F 92.8 Outros transtornos mistos de conduta e das emoções	1	0,6		
F 93.9 Transtorno emocional da infância não especificado	1	0,6		
G 40 Epilepsia	4	3,0		
G 43 Enxaqueca	1	0,6		
G 43.9 Enxaqueca, sem especificação	1	0,6		

Fonte: Nóbrega NKB, et al., 2025.

Entre as comorbidades do Grupo 1, os distúrbios de conduta foram os mais frequentes. O distúrbio desafiador de oposição foi descrito em 34 (25,5%) dos participantes, o distúrbio de conduta não socializado em 27 (16%) e o distúrbio de conduta em 17(12,8%). A **Tabela 3** apresenta a descrição dos fármacos em uso no tratamento pelas crianças e adolescentes nos dois grupos. Sendo o Grupo 1 composto por toda a amostra e o Grupo 2 pelas crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH exclusivo.

**Tabela 3** - Medicamentos utilizados no tratamento de crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH atendidos em um CAPSi em Maceió - AL.

Variáveis	Grupo 1: TDAH e comorbidades (N=166)		Grupo 2: TDAH exclusivo (N=50)	
	N	%	N	%
<b>Fármacos</b>				
<b>Antidepressivo</b>				
Amitriptilina	75	21,6	17	18,3
Fluoxetina	24	6,9	7	7,5
Carbonato de lítio	1	0,3	1	1,1
Pamelor	1	0,3		
Citalopram	7	2,0		-
<b>Anticonvulsivante e Ansiolítico</b>				
Rivotril	1	0,3		-
Clonazepam	9	2,6	1	1,1
<b>Antipsicótico</b>				
Haldol	5	1,4	1	1,1
Risperidona	101	29,0	31	33,3
Clorpromazina	2	0,6		-
<b>Antipsicótico Neuroléptico</b>				
Maleato de Levomepromazina	6	1,7		-
Neozine	2	0,6	1	1,1
Neuleptil	6	1,7	1	1,1
<b>Antiepilépticos</b>				
Valproato de Sódio	3	0,9	1	1,1
Carbamazepina	16	4,6	1	1,1

Variáveis	Grupo 1: TDAH e comorbidades (N=166)		Grupo 2: TDAH exclusivo (N=50)	
	N	%	N	%
<b>Fármacos</b>				
Fenobarbital	3	0,9		
Oxcarbazepina	2	0,6	-	
Topiramato	2	0,6		
<b>Anticolinérgico</b>				
Biperideno	4	1,1	-	
<b>Psicoestimulante</b>				
Ritalina	64	18,4	25	26,9
Concerta	4	1,1	1	1,1
<b>Outros</b>				
Tarantula hispânica	2	0,6	1	1,1
Permanganato de potássio	1	0,3	1	1,1
Baryta carbônica	1	0,3	-	
<b>Sem Medicação</b>				
Avaliação	4	1,2	2	2,2
Acolhimento	2	0,6	-	

Fonte: Nóbrega NKB, et al., 2025.

Apesar da variação, a maioria das crianças e adolescentes dos dois grupos utilizam algum antidepressivo e antipsicótico. Entre os psicoestimulantes, 64 (18,4%) integrantes do Grupo 1 e 25 (26,9) do Grupo 2 utilizam Ritalina. Apenas 6 crianças do Grupo 1 e 2 do Grupo 2 estão sem medicação pois estão em processo de avaliação ou acolhimento no CAPSi.

## DISCUSSÃO

Os dados referentes ao sexo são similares com outro estudo realizado numa unidade de saúde ligada ao Centro de Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto que teve como objetivo conhecer as características e queixas comportamentais e emocionais mais frequentes da clientela infantil atendida nesse serviço e apontou também um número maior de meninos na sua amostra (SANTOS PL, 2006). As crianças com problemas externalizantes (como agressividade e TDAH) apresentam maior probabilidade de ser encaminhadas para serviços de saúde mental que as com problemas internalizantes (ansiedade e depressão).

Como a prevalência de problemas externalizantes é maior entre os meninos, isso pode justificar o número superior de crianças do sexo masculino atendidas em serviços de saúde mental (UK, 2016). Essa combinação entre o sexo masculino e o TDAH tem sido ressaltada por alguns estudos populacionais devido à diferença da proporção entre sexo masculino e feminino. Provavelmente, essa diferença se deve ao fato de meninas apresentarem menos sintomas de agressividade/impulsividade e conduta, causando menos incômodo a família e à escola, fazendo com que elas sejam menos encaminhadas ao tratamento (THIENGO DL, et al., 2014). No nosso estudo foi demonstrado uma prevalência para as meninas no grupo 1 de 14,4% e 20,0% no grupo 2, prevalecendo um percentual maior no grupo masculino.

No que se refere à idade das crianças e adolescentes, o CAPSi atende pacientes até os 18 anos, porém alguns deles, ao completarem a idade limite, permanecem em atendimento, devido ao caráter crônico do diagnóstico que apresentam. Em relação à escolaridade, verificou-se maior prevalência no ensino fundamental, entre o 1º ao 5º ano (APA, 2023). Estudo em São Paulo, realizado em ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência, no CAISM – ISCMSP (MACHADO CM, et al., 2014) em usuários diagnosticados com TDAH e comorbidades e apenas TDAH estavam em tratamento no serviço por um período de até 03 anos, no nosso estudo encontramos uma predominância nesse tempo de acompanhamento, porém, chama a atenção um quantitativo importante em acompanhamento por um tempo superior a 03 anos.

Com relação aos dados sociodemográficos, o que chama a atenção é que a maioria dos pacientes não mora na região do CAPSi. Trata-se do único serviço especializado no município e a carência de outras

unidades provavelmente é um fator que contribui para a compreensão da relação entre local de moradia e localização do serviço. A distância do local de atendimento ocasiona uma dificuldade de deslocamento; pois se refere uma população empobrecida e o custo relativo ao transporte também representa um fator que interfere na adesão ao tratamento. Esses dados são semelhantes ao estudo desenvolvido no ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência em São Paulo (THIENGO DL, et al., 2014).

O TDAH, identificado como o mais prevalente neste estudo, também foi identificado por Machado e colaboradores (MACHADO CM, et al., 2014). É apontado como o diagnóstico realizado com maior frequência em serviços de saúde mental, responsável por altos custos em serviços de saúde no mundo. Trata-se de um problema crônico e que persiste, na maior parte dos casos além da infância (AMERICAN ACADEMICY OF PEDIATRICS, 2011). Thiengo DL, et al. (2014), observaram que os transtornos mais frequentes entre crianças e adolescentes são: depressão, transtornos de ansiedade, TDAH e transtorno de conduta. Entre esses, os valores de prevalência variaram entre os estudos: depressão – 0,6% e 30%; transtornos de ansiedade – 3,3% e 32,3%; TDAH – 0,9% e 19% e transtorno de conduta – 1,8% e 29,2%.

O TDAH apresenta altas taxas de comorbidades, as principais identificadas nesse estudo foram: transtorno de conduta e transtorno desafiador opositor. De acordo com pesquisa realizada no Hospital Universitário em Taiwan, na infância o TDAH estava associado a um maior risco de transtorno desafiador opositor, transtorno de conduta e distúrbios do sono. A maior duração do uso de medicamentos foi associada a menores riscos de transtornos do humor e distúrbios do sono. Crianças com TDAH e tratamento medicamentoso também pode ser útil para minimizar os riscos de quadros psiquiátricos na vida adulta, diminuindo o comprometimento social e melhorando a qualidade de vida (TSAI FJ, et al., 2019).

Intervenções psicofarmacológicas para depressão, ansiedade, bem como TDAH aumentaram dramaticamente nas últimas duas décadas. De acordo com a perspectiva da atenção primária e da saúde pública, o diagnóstico e o tratamento eficaz dessas condições são fundamentais para evitar morbidade e diminuir a probabilidade de desenvolvimento de psicopatologias secundárias (STRAWN JR, et al., 2017). A intervenção farmacológica é amplamente utilizada como principal opção de tratamento para o TDAH, tendo em vista sua natureza biológica.

Esses indivíduos apresentam alterações na região pré-frontal direita, nos gânglios da base e no cerebelo, além de disfunção em neurotransmissores como noradrenalina e dopamina. Estimulantes como o metilfenidato são prescritos para regular as funções cerebrais associadas e controlar os sintomas associados de TDAH (CHAN SKC, et al., 2018). Os medicamentos estimulantes são considerados intervenções psicofarmacológicas de 1ª linha para tratamento de TDAH em crianças e adolescentes por apresentarem eminentemente eficácia (STRAWN JR, et al., 2017).

O estudo multimodal realizado com pré-escolares sobre tratamento com medicações estimulantes mais intervenções psicossociais influenciaram as diretrizes usadas para tratar o TDAH (STRAWN JR, et al., 2017). No tratamento multimodal destaca-se o papel da farmacoterapia no manejo de muitos pacientes pediátricos com TDAH. Em pré-escolares apenas crianças com TDAH que demonstraram sintomas significativamente prejudiciais receberam metilfenidato de liberação imediata ou placebo. O metilfenidato foi significativamente mais eficaz do que o placebo no tratamento de pré-escolares. No entanto crianças com menos de 06 anos parecem ter tamanhos de efeitos menores e mais efeitos colaterais com estimulantes que crianças maiores. O especificador do TDAH parece ser um importante preditor para resposta ao tratamento.

Crianças com sintomas de hiperatividade e TDAH apresentaram melhor resultado com medicamentos estimulantes em comparação com crianças com TDAH sem sintomas de hiperatividade (STRAWN JR, et al., 2017). Em relação às comorbidades de pré-escolares com TDAH que apresentaram três ou mais comorbidades foi preditivo de ausência a resposta à terapia com estimulantes. Porém crianças em idade escolar com ansiedade comorbida e TDAH no tratamento multimodal obtiveram maior benefício da terapia comportamental do que aquelas com TDAH isoladamente, embora ambos os grupos apresentem respostas semelhantes ao tratamento medicamentoso. Transtornos concomitantes do uso de substâncias são associados à pior resposta ao tratamento com estimulantes (STRAWN JR, et al., 2017).

A adesão ao tratamento com estimulantes é essencial para uma resposta. No entanto fatores como conhecimento, crenças dos pais, experiências anteriores da criança com eventos adversos ou medicamentos ineficazes devem ser explorados e tratados clinicamente com a criança e sua família evitando que eles limitem a adesão (STRAWN JR, et al., 2017). De acordo com o serviço investigado, a grande maioria dos pacientes só recebe acompanhamento psiquiátrico. O suporte de outros profissionais na área de saúde mental é insuficiente e a existência de novos equipamentos de reabilitação psicossocial é ainda uma demanda a ser alcançada.

Na caracterização populacional investigada neste estudo, alguns dados não foram evidenciados devido à ausência ou perdas de informações em diversos tópicos, especialmente naqueles ligados aos dados psicossociais. Entretanto, apesar das limitações do estudo, considerou-se importante o compartilhamento dos achados como forma de contribuir para o debate sobre a necessidade de avanço em estratégias metodológicas de avaliação de crianças e adolescentes com TDAH no SUS, investimento por parte do CAPSi e gestores da saúde mental, na produção de informação qualificada sobre serviço, clientela, modos de atendimento, efetividade da atenção e demais temas pertinentes ao compromisso do SUS com o melhor cuidado da população infanto-juvenil.

## CONCLUSÃO

Conhecer o perfil de demandas de crianças e adolescentes com TDAH é um trabalho minucioso. A sobreposição de sintomas e as comorbidades psiquiátricas desta condição clínica requerem suporte profissional interdisciplinar. Chama à atenção a precariedade na oferta de atendimento público em saúde mental para população infanto-juvenil, em especial quando se observa, na situação estudada, a presença de um único CAPSi para toda população do município. Refletir sobre as políticas de saúde mental na infância e adolescência torna-se vital pois cuidar precocemente de crianças que apresentam alguma dificuldade é fundamental para diminuir dificuldades na sua inserção educacional e profissional no futuro, bem como custos com a saúde da população. Crianças e adolescentes que apresentam apenas TDAH não necessariamente necessitam estar inseridas em um CAPSi, mas necessitam de avaliação especializada, psicoterapia (individual ou grupo), orientação aos pais/responsáveis e as escolas. Assim, estudos desta natureza contribuem para que programas específicos possam ser desenvolvidos e inseridos em outros contextos para não sobrecarregar os serviços.

---

## REFERÊNCIAS

1. AAP. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 2011; 128(5): 1-16.
2. APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: texto revisado Porto Alegre: Artmed; 2023; 5.
3. BARKLEY RA. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnosis & treatment. Nova York, Guilford Press, 2015; 4.
4. BRASIL. Legislação em saúde mental 1990-2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
5. CD. COUNSELLING DIRECTORY. Key statistics about children and young people. Surrey, UK, 2016.
6. CHAN SKC, et al. Effects of a mindfulness-based interventions (MYmind) for children with ADHD and their parents: protocol for a randomized controlled trial. *BMJ Open*, 2018; 8: 22514.
7. FERREIRA THS, et al. Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente (CAAA) – UNIFESP/EPM. *Psicologia em Estudo*, 2002; 7: 73-82.
8. HACKMAN DA, et al. Socioeconomic status and the brain: Mechanistic insights from human and animal research. *Nature Reviews Neuroscience*, 2010; 11: 651-659.
9. KLASSEN AF, et al. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention – deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr*, 2004; 144(5): 541-547.

10. LOUZÃ MR, et al. TDAH ao longo da vida: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Porto Alegre: Artmed, 2009.
11. MACHADO CM, et al. Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 2014; 16: 53-62.
12. MATTOS P. No mundo da lua (Perguntas e respostas sobre TDAH, em crianças, adolescentes e adultos). São Paulo: Lemos Editorial, 2015.
13. NEUFELD CB. Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo para crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2015.
14. NÚÑEZ M. Update the Multimodal Treatment of ADHD (MTA): twenty years of lessons. *Actas Esp Psiquiatr*, 2019; 47(1): 16-22.
15. OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Edusp, 1994; 1.
16. RAMIRES VRR, et al. Saúde Mental de Crianças no Brasil: uma revisão de literatura. *Interação em Psicologia*, 2009; 13: 311-322.
17. ROHDE LA, et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2000; 22: 7-11.
18. SANTOS PL. Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. *Psicologia em Estudo*, 2006; 11: 315-321.
19. STRAWN JR, et al. Primary pediatric care psychopharmacology: focus on medications for ADHD, Depressions, and Anxiety. *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care*, 2017; 47(1): 3-14.
20. THIENGO DL, et al. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2014; 63(4): 360-372.
21. TSAI FJ, et al. Psychiatric comorbid patterns in adults with attention-deficit-hyperactivity disorder. Treatment effect and subtypes. *PLoS ONE*, 2019; 14(2): 211873.
22. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Caring for children and adolescents with mental disorders. Setting WHO Directions. Geneva, 2003.