



PROTOCOLO MUNICIPAL PARA DISPENSAÇÃO E USO DE METILFENIDATO

1. INTRODUÇÃO

Segundo a DSM V-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, Text Revision), Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um padrão persistente e severo de desatenção, hiperatividade e impulsividade, com sintomas que se manifestam antes dos 12 anos e que provocam prejuízo ao desenvolvimento infantil e ao funcionamento social, acadêmico ou ocupacional, manifesto em, pelo menos, dois contextos diferentes, por exemplo, em casa, na escola ou em situações sociais.

No entanto, muitas dificuldades escolares e alguns sintomas como desatenção e hiperatividade, vem sendo tratados como TDAH. Deve-se considerar ainda que há controvérsias quanto ao próprio diagnóstico e quanto às abordagens terapêuticas.

O diagnóstico e tratamento desses casos exigem uma abordagem complexa dos múltiplos fatores que podem levar as crianças à manifestação desses sintomas, tanto no processo de avaliação quanto nas estratégias de intervenção, visando a integração dos aspectos sociais, escolares, emocionais e outros.

A prioridade do tratamento medicamentoso tem levado, frequentemente, ao enfraquecimento das abordagens psicossociais necessárias tanto para o diagnóstico quanto para a terapêutica.

Este tipo de diagnóstico, bem como o diagnóstico de dislexia e outros transtornos afins, têm sido considerados controversos por inúmeros estudiosos. As dificuldades de escolarização necessitam ser muito bem fundamentadas, uma vez que estão associadas à conduta medicamentosa psicotrópica com metilfenidato, que além de produzir inúmeros efeitos colaterais objetivos, produz efeitos subjetivos de consequências imensuráveis sobre a autoestima da criança, pois deposita nela a principal causa de sua dificuldade escolar.

Deve-se lembrar sempre que estas mesmas dificuldades são encontradas em qualquer criança ansiosa com sua escolarização, com situações familiares complexas ou simplesmente desmotivadas pedagogicamente com o contexto

escolar, com a relação professor-aluno, dificuldades de relacionamento com os colegas, etc. Assim, do ponto de vista clínico, é muito complexa a diferenciação dos casos de TDAH, da maioria das dificuldades de escolarização decorrentes de modelos pedagógicos inadequados ao contexto atual das crianças, das dificuldades familiares, cada vez mais complexas e do contexto sociocultural altamente competitivo, estigmatizante e excludente.

Segundo o DSM V –TR, a etiologia específica do TDAH é desconhecida, não havendo um teste diagnóstico único.

O TDAH é 2 a 3 vezes mais comum em meninos do que em meninas. Isso se atribui à heterogeneidade de critérios diagnósticos, aos diferentes métodos de amostragem na coleta de dados e à escolha do informante.

Além da importância dos aspectos psicossociais para o desenvolvimento infantil, faz-se necessário considerar e advertir os riscos do uso do Metilfenidato.

Para este protocolo consideram-se os critérios diagnósticos do DSM V - TR.

2. INDICAÇÕES

No município de Pedro Leopoldo, o Metilfenidato está padronizado para crianças e adolescentes (7 a 17 anos e 11 meses) com sintomas de hiperatividade e/ou déficit de atenção, diagnosticados criteriosamente, com TDAH.

Portanto, o tratamento com Metilfenidato não é indicado em todos os casos de dificuldades de escolarização ou de hiperatividade ou de dificuldade de atenção.

O TDAH deve ser considerado somente após levantamento detalhado da história e avaliação por equipe interdisciplinar da criança/adolescente. A decisão de prescrever Metilfenidato deve depender da determinação da gravidade dos sintomas, de sua adequação à idade da criança e de outras possibilidades de trabalho psicoterapêutico e pediátrico (orientação familiar e de professores).

3. LINHA DE CUIDADO DE SEGUIMENTO AO USUÁRIO DE METILFENIDATO

3.1 CRITERIOS DE INCLUSÃO

- Crianças de 7 a 17 anos e 11 meses, morador no município de Pedro Leopoldo, cadastrado na Unidade de Saúde de referência e em seguimento horizontal.
- Laudo de Solicitação Avaliação e Autorização de Medicamento (anexo) devidamente preenchido (ANEXO I)
- Receita do Tipo “A” preenchida de acordo com a legislação vigente;
- Cópia do RG e CPF;
- Cópia do Cartão Nacional do SUS do paciente;

- Comprovante de residência, de acordo com a unidade de referência
- O laudo de solicitação inicial via formulário específico ou relatório de solicitação receituário deve ser feita por psiquiatra ou neuropediatra.

Exames necessários para a primeira prescrição e dispensação do medicamento: hemograma completo, TSH, AST e ALT (validade dos exames 3 meses), ECG (validade 6 meses), curva de crescimento, relatório do Terapeuta que acompanha o paciente e do profissional da área educacional.

Exames necessários nas reavaliações semestrais: curva de crescimento e relatórios de equipe multiprofissional, demais exames avaliar conforme a necessidade.

3.2 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Dificuldade de Aprendizagem exclusiva.
- Dificuldades de escolarização decorrentes de má adaptação escolar, projeto pedagógico não singularizado, relação professor (a)-aluno inadequada, propostas de reforço de atividades que expõem a dificuldade criança/adolescente diante os demais colegas, gerando discriminação e maus tratos entre pares.
- Ansiedade.
- Depressão e/ou antecedente familiar de depressão grave.
- Hipertensão arterial sistêmica.
- Doença cardiovascular.
- Transtorno afetivo bipolar ou outros transtornos psiquiátricos primários.
- Transtorno mental orgânico.
- Psicose e/ou antecedente familiar de psicose.
- Alterações da tireoide.
- Glaucoma e/ou antecedente familiar de glaucoma.
- Dependência de álcool e substâncias psicoativas, ou sintomas secundários a fatores ambientais.
- Crianças e adolescentes em uso de medicações que interagem com a farmacocinética do metilfenidato
- Não preenchimento dos critérios de inclusão.
- Ausência de benefício após 3 meses do início do tratamento.

3.3 DOSAGEM / DURAÇÃO DO TRATAMENTO

Apresentação: Metilfenidato 10mg comprimido

O medicamento deverá ser prescrito em dose adequada (não se recomenda doses maiores que 60mg/dia), conforme orientação dos manuais diagnósticos, respeitando-se as orientações para aumento de dose e descontinuando o uso se não houver resposta após 3 meses de tratamento; deve ser utilizado por no máximo 2 anos.

4. FLUXO DE ACOMPANHAMENTO

Este processo terá a validade de 6 meses após laudo emitido, devendo ser renovado após este prazo.

A ausência de retiradas por 3 meses implicará no cancelamento da autorização, e novas retiradas só poderão ser realizadas após novo processo.

A apresentação da receita tipo A (amarela) será mensal e diretamente na farmácia. O metilfenidato está incluído na Portaria 344/98 e RDC nº 22 de 15/02/2001- Lista A3 (substâncias psicotrópicas), sendo prescrito em receituário especial (talonário do tipo A, amarelo). A quantidade prescrita deve ser para 30 dias.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DSM-V-TR
- MOYSES MAA, COLLARES CAL. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Medicalização de Crianças e Adolescentes. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2011.
- SITE: [Diagnóstico-Crianças - Associação Brasileira do Déficit de Atenção \(tdah.org.br\)](http://tdah.org.br) ACESSO EM 21/08/2024 ÀS 15:07H
- Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº14, de 29 de julho de 2022. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/portariaconjuntan14pcdttranstornododeficitdeatencaocomhiperati-vidadetdah.pdf>, acesso em 21/08/2024

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PEDRO LEOPOLDO
POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

ANEXO I

**Laudo de Solicitação Avaliação e Autorização de Medicamento -
METILFENIDATO**

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO				
1 – Nome do Paciente				
2 – CNS			CPF	
3 – Nome do Estabelecimento do Médico Solicitante			4 – CNES	
5 – Medicamento		6 – Quantidade Solicitada		
		1º mês	2º mês	3º mês
JUSTIFICATIVA DO MEDICAMENTO SOLICITADO				
7 – Diagnóstico		8 – CID-10 Principal		9 – CID-10 Secundário
10 – Anamnese				
11 – Alterações Laboratoriais significativas				
12 – Tratamentos prévios				
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO				
13 – Declaro estar ciente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso deste medicamento para o tratamento TDAH, inclusive de que o mesmo só poderá ser utilizado por mim, orientado pelo médico psiquiatra / neurologista abaixo identificado, o qual tomará a responsabilidade pelo meu tratamento. Expresso, portanto, minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento e assumo os riscos por eventuais efeitos indesejáveis.				
Assinatura do paciente ou Responsável Legal				
14 – Nome do Médico Solicitante		15 – Data da Solicitação	18 – Assinatura e Carimbo do Médico	
16 – Documento	17 – Nº do Documento			
<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS				
DADOS COMPLEMENTARES DO PACIENTE				
19 – Data de Nascimento	20 – Altura (m)	21 – Peso (kg)	22 – Sexo	23 – Município de Residência / UF
			<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	
24 – Endereço			Bairro	
25 – Telefone de contato	26 – Nome da Mãe ou Responsável			
()				
27 – Nome do Profissional responsável pelo preenchimento		28 – Data	31 – Assinatura do resp. pelo preenchimento	
29 – Documento	30 – Nº do Documento			
<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS				
AUTORIZAÇÃO				
Nome do Profissional Autorizador		Data da autorização	Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)	
Documento	Nº do Documento			
<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS				
Nº da Autorização		Período de Validade		
		de ___/___/___ a ___/___/___		