

**O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS
COM INDICADORES DE TDAH: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE CAPSi**

Kalil Maihub Manara

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, setembro de 2020

**O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS
COM INDICADORES DE TDAH: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE CAPSi**

Kalil Maihub Manara

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção
do título de Mestre em Psicologia, sob orientação do
Prof. Dr. Cesar Augusto Piccinini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, setembro de 2020

AGRADECIMENTOS

Ao fim desses dois anos de trabalho junto ao PPG-Psicologia, gostaria de agradecer sinceramente às pessoas que tornaram esse processo possível:

Ao meu orientador, professor César Augusto Piccinini, pela parceria e pela coragem de orientar esse trabalho que, como tantos no Núcleo de Infância e Família (NUDIF), aborda uma temática ainda pouco estudada no campo da infância;

À professora Rita de Cássia Sobreira Lopes e aos demais colegas do NUDIF, pela sinceridade nas discussões, pelo carinho nos encontros e pelo apoio em tantos momentos difíceis do trabalho de pesquisa que embasa esta dissertação;

À minha mãe, ao meu pai e ao meu irmão, que não mediram esforços para auxiliar no enfrentamento dos desafios que encontrei pelo caminho;

À querida Patrícia Talita Rodrigues Sudre, companheira de muitos cafés e abraços, sem a qual tudo teria sido muito mais difícil, e graças a quem já não sou mais o mesmo;

Ao Georgius Cardoso Esswein, grandessíssimo amigo e colega, cujo encontro foi com certeza a melhor surpresa de meu ingresso no mestrado;

Ao Jonas César Rocha, companheiro co-habitante, dono de abraços que talvez tenham salvado esta dissertação;

Ao Coletivo Pela Educação Popular (COLEP), e aos amigos e amigas que ali se encontram, mantendo vivas a esperança e a solidariedade;

A tantos outros amigos e amigas que, felizmente, não cabem nesta página;

Aos povos do Brasil, que tornam possível a resistência das Universidades públicas;

Ao CNPQ, por viabilizar minha dedicação integral à pesquisa;

Aos povos do mundo, que sustentam, criam e fazem avançar a ciência,

Muitíssimo obrigado!

SUMÁRIO

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO	6
Apresentação	6
Tomada de decisão no tratamento	6
A Tomada de Decisão Compartilhada	9
A Tomada de Decisão Compartilhada no Tratamento de Crianças	12
O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	15
Justificativa e objetivo	18
CAPÍTULO II: MÉTODO	20
Participantes	20
Delineamento e procedimento	20
Instrumentos	22
Considerações éticas	23
CAPÍTULO III: RESULTADOS	24
I. Caracterização dos CAPSi	24
1.1 Caracterização do CAPSi A	24
1.2 Caracterização do CAPSi B	27
1.3 Semelhanças e particularidade dos atendimentos nos CAPSi	31
II. Processo de tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH	32
2.1 Tomada de decisão no tratamento	34
2.2 Participação de usuários e familiares nas decisões	40
CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO	48
Considerações finais	55
REFERÊNCIAS	57
ANEXO A	65
ANEXO B	67
ANEXO C	68
ANEXO D	70
ANEXO E	71

RESUMO

Este estudo teve como objetivo investigar o processo de tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH, na percepção de profissionais de saúde mental. Em particular, buscou-se conhecer em que medida a tomada de decisões é compartilhada com a criança e sua família. Participaram do estudo oito profissionais de dois Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) da Região Metropolitana de Porto Alegre. Trata-se de um estudo de caso múltiplo, em que os participantes foram entrevistados individualmente e seus relatos foram submetidos à análise temática. A respeito tomada de decisão no tratamento, foram gerados dois temas, *Tratamento padrão* e *Dificuldades diagnósticas e patologização*. Já no que diz respeito à participação dos usuários e seus familiares no processo de tomada de decisão, foram gerados três temas, *Informações dos profissionais*, *Participação como resposta* e *Divergências criança-família*. A tomada de decisão no contexto dos CAPSi estudados enfrenta o desafio da adequação do tratamento às complexidades de cada caso em um contexto de excesso de demanda. Além disso, foram identificados alguns desafios para o envolvimento dos usuários e familiares nas decisões sobre o tratamento. A dificuldade de compreensão das informações sobre o tratamento é geralmente percebida como uma barreira à participação dos usuários nas decisões, e o compartilhamento de informações é associado restritamente a uma função argumentativa. A participação de crianças e familiares nas decisões sobre o tratamento geralmente está restrita ao fornecimento de feedbacks a respeito das intervenções e propostas terapêuticas. Também foram relatadas divergências entre os interesses e preferências das crianças e os expressos por seus familiares. Esses aspectos poderão ser abordados por futuros estudos e intervenções, a fim de aprofundar a compreensão e enfrentar os desafios para o envolvimento de usuários e familiares nas decisões sobre o seu tratamento no SUS.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the decision-making process in the treatment of children with ADHD indicators, in the perception of mental health professionals. In particular, we sought to know to what extent decision-making is shared with the child and his or her family. Eight professionals from two Child and Adolescent Psychosocial Care Centers (CAPSi) in the Metropolitan Region of Porto Alegre (Brazil) participated in the study. This is a multiple case study, in which the participants were interviewed individually and their reports were subjected to thematic analysis. Regarding treatment decision-making, two themes were generated, *Standard treatment* and *Diagnostic difficulties and pathologization*. Regarding the participation of users and their families in the decision-making process, three themes were generated: *Information from professionals*, *Participation as a response* and *Child-family disagreements*. Decision making in the context of the studied CAPSi faces the challenge of adapting treatment to the complexities of each case in a context of excess demand. In addition, some challenges were identified for the involvement of users and family members in treatment decisions. The difficulty in understanding information about treatment is generally perceived as a barrier to users' participation in decisions, and information sharing is strictly associated with an argumentative function. The participation of children and family members in treatment decisions is generally restricted to providing feedback regarding interventions and therapeutic proposals. Divergences between the interests and preferences of children and those expressed by their family members were also reported. These aspects can be addressed by future studies and interventions, in order to deepen understanding and face the challenges for the involvement of users and family members in decisions about their treatment in SUS.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Apresentação

Diferentes relações são estabelecidas entre profissionais e pacientes para tomar decisões no contexto de um tratamento, nas diferentes áreas da saúde e também em saúde mental. No caso do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH, as diferenças entre as diretrizes de tratamento existentes, e as escolhas sobre qual tratamento implementar, podem ter importantes repercussões na vida os pacientes e de familiares. Algumas diretrizes têm reconhecido a importância de envolver os pacientes e seus familiares nas tomadas de decisão sobre seu tratamento, de maneira a respeitar suas preferências e sua autonomia. Assim, o presente estudo busca investigar o processo de tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH em serviços públicos de saúde mental infantojuvenil. Inicialmente, apresenta-se e discute-se a literatura sobre tomada de decisão em tratamento, mais desenvolvida no campo medicina. Em um segundo momento discute-se os principais aspectos da tomada de decisão compartilhada e, ao final, a tomada de decisão frente ao TDAH.

Tomada de decisão no tratamento

A tomada de decisão em tratamento, mais estudada no contexto da medicina, é investigada e compreendida de diferentes maneiras na literatura (Galanter & Patel, 2005). Alguns modelos, chamados normativos (Baron, 2004), enfatizam o aspecto racional dos seres humanos frente à tomada de decisão, e procuram definir as melhores escolhas possíveis a partir de determinado conjunto de informações. Nesse sentido, o modelo de Heckerling e Verp (1991), por exemplo, destina-se a definir matematicamente qual a melhor alternativa entre duas modalidades de exame pré-natal. Há também modelos mais genéricos, como o apresentado por Karni (2009), aplicáveis a diferentes contextos clínicos. Modelos normativos como esses vêm sendo utilizados no desenvolvimento de softwares para auxiliar os profissionais da saúde no processo de tomada de decisão (Rapaport et al., 2012; Shortliffe, 1987).

Complementando os modelos normativos de tomada de decisão, há os modelos chamados descritivos (Baron, 2004), que procuram descrever como os seres humanos de fato tomam decisões. Dentre estes, alguns enfatizam os limites da racionalidade na tomada de

decisão, estudando as formas simplificadas de pensamento (heurísticas) que, em determinados contextos, podem enviesá-la (Keren & Teigen, 2004; Tversky & Kahneman, 1974). No contexto da medicina, vieses como os de disponibilidade e extrapolação (Scott et al., 2017) podem levar os/as profissionais a superestimar ou subestimar o valor de determinados tratamentos, prejudicando a qualidade da tomada de decisão.

Entre os modelos descritivos, há também os modelos de julgamento (Goldstein, 2004), que focam no estudo das “pistas ambientais” utilizadas na tomada de decisões, tendo como critério a sua acurácia em relação a uma variável critério (e não a sua racionalidade). Estudos clássicos nesse campo indicaram limitações do julgamento clínico em comparação com modelos estatísticos na interpretação de conjuntos padronizados de dados (Galanter & Patel, 2005). Além dos modelos já citados, há ainda os modelos “naturalísticos” de tomada de decisão (Klein, 2008), baseados na observação das decisões tomadas no “mundo real”, envolvendo contextos onde não há uma única resposta certa e as decisões são tomadas com limites de tempo e informação.

Ao lidar com contextos como o descrito acima, alguns autores (Klein, 1993, 2008; Orasanu, 2001) têm enfatizado o papel da experiência (*expertise*) na tomada de decisões, através do modelo conhecido como “tomada de decisão naturalística” (*Recognition-Primed Decision - RPD*)¹. Esse modelo baseia-se na capacidade, observada em experts de diversas áreas, de reconhecer rapidamente as “pistas” (*cues*) relevantes para a decisão em uma dada situação e optar por uma linha de ação adequada. Nesse sentido, a qualidade das decisões tomadas por esses experts não deriva de uma comparação extremamente rápida de um número enorme de alternativas, mas sim da capacidade de considerar primeiro as linhas de ação que, de acordo com a sua experiência, darão melhores resultados.

Esse modelo de tomada de decisão, diferente dos modelos descritos anteriormente, foca na avaliação sequencial (*serial*) das opções (Klein, 1993), a qual ocorre basicamente através de dois processos. O primeiro processo, avaliação da situação, envolve uma rápida compreensão de metas que plausivelmente podem ser cumpridas num contexto específico, e das pistas ambientais relevantes para cumpri-las. Além disso, esse processo envolve a formação de expectativas que servirão para checar se a avaliação é adequada, e a definição de ações satisfatórias (em geral, apenas uma). Já o segundo processo, simulações mentais, envolve a antecipação, através da imaginação, de possíveis problemas na implementação das

¹ O conceito foi traduzido como “tomada de decisão pela primeira opção identificada” (Rodrigues, 2017). Neste trabalho, utiliza-se “tomada de decisão naturalística” para referir-se a esse modelo, uma vez que não serão utilizados outros modelos de tomada de decisão naturalística.

ações definidas, que pode levar a correções ou à substituição por outras ações possíveis. Porém, nem sempre o segundo processo (simulação mental) ocorre, e muitas vezes as decisões são tomadas simplesmente a partir do reconhecimento de situação (Klein, 1998/2017). Nesse âmbito, as pistas que fundamentam a tomada de decisão nem sempre são conscientemente percebidas pelos sujeitos, e a decisão é descrita como uma “intuição” a respeito da decisão mais adequada.

Quando ocorrem, as simulações mentais consideram um número limitado de parâmetros, que incluem estados de coisas e elementos causais (Klein, 1998/2017; Klein & Crandall, 1995), os quais são reunidos em uma sequência de ações. Essa sequência é avaliada a partir de critérios como coerência, aplicabilidade e completude/seletividade, o que pode levar a alterações dos parâmetros inicialmente considerados. Caso seja considerada adequada, a sequência de ações avaliadas é revisada passo a passo, identificando-se possíveis problemas. Se houver problemas, estes também poderão ser avaliados através de pequenas simulações, chamadas micro-simulações. Após, a linha de ação passará por uma avaliação global para definir por sua rejeição, modificação ou implementação.

O modelo de tomada de decisão descrito acima foi desenvolvido a partir de estudos de caso com profissionais experientes em ambientes complexos, buscando explicar como a experiência pode ser utilizada para tomar boas decisões nesses ambientes (Klein, 1998/2017, 1993). Porém, há casos em que a confiança em experiências prévias pode levar ao erro. Por exemplo, uma situação pode ser equivocadamente avaliada como familiar, embora apresente características diferentes das esperadas pelo sujeito (Klein, 1998/2017). Além disso, há situações que a imprevisibilidade das tarefas dificulta o aprendizado sobre pistas relevantes, como é o caso da previsão das flutuações de preços no mercado de ações (Larrick & Feiler, 2015) e outras práticas que envolvem comportamentos humanos complexos (Shanteau, 1992).

Outro elemento que influencia o aprendizado de pistas relevantes para a tomada de decisões é o feedback recebido pelo tomador de decisões (Larrick & Feiler, 2015). Por exemplo, no campo do esporte, em que os resultados de cada movimento são experimentados pelos jogadores de maneira clara e direta, imediatamente após cada jogada, o aprendizado das pistas relevantes através da experiência é favorecido. Porém, há ambientes em que o feedback das decisões é distorcido, ambíguo ou atrasado. No campo da cirurgia, por exemplo, os resultados das ações dos profissionais só poderão ser observados após a recuperação do paciente, e também dependerão de inúmeros outros fatores (como os cuidados pós-operatórios). Isso também ocorre no campo da psicoterapia (Tracey et al., 2014), em que

o feedback da prática clínica costuma vir de relatos dos próprios pacientes durante ou imediatamente após o tratamento, raramente conhecendo-se os seus resultados a longo prazo. Nesses casos, o aprendizado, a partir da prática profissional, das pistas relevantes para a tomada de decisão é mais difícil.

Porém, para além dos desafios enfrentados pelos profissionais para tomar decisões sobre o tratamento, crescente atenção vem sendo dada à participação dos usuários dos serviços de saúde nas decisões sobre o próprio tratamento (Stiggelbout et al., 2015). Alguns autores propuseram que essa participação depende das relações entre profissionais da saúde e pacientes a partir das quais os diferentes agentes podem assumir papéis mais ativos ou passivos (Emanuel & Emanuel, 1992). Nesse sentido, o modelo da tomada de decisão compartilhada vem sendo crescentemente reconhecido, em diversas áreas da saúde (Johnson et al., 2006; Truglio-Londrigan & Slyer, 2018), incluindo a saúde mental infantil (Cheng et al., 2017), como uma forma de envolver as/os pacientes nas decisões sobre seu tratamento, possibilitando maior autonomia e consentimento com as propostas terapêuticas por parte dos pacientes (Elwyn et al., 2000).

A Tomada de Decisão Compartilhada

A tomada de decisão compartilhada (Charles et al., 1997; Elwyn et al., 2000; Makoul & Clayman, 2006) pode ser compreendida como um processo de troca de informações e comunicação de valores e/ou preferências, que ocorre entre profissionais da saúde e pacientes, podendo envolver também familiares e amigos, com o objetivo de tomar decisões a respeito de um tratamento de saúde.

Alguns estudos têm investigado o possível impacto da tomada de decisão compartilhada sobre diversas áreas da saúde. Porém, não há evidências claras a respeito desse impacto, devido à baixa qualidade das evidências e, também, aos resultados divergentes dos estudos. Nesse sentido, uma revisão da Cochrane Collaboration (Légaré et. al., 2018) a respeito da efetividade de intervenções voltadas para a promoção de tomada de decisão compartilhada apontou que, devido às múltiplas fontes de erro e aos resultados de estudos mal relatados, a efetividade desse tipo de intervenção é incerta.

Ainda, um estudo de Hughes et al. (2018), utilizando dados de auto-relato de mais de 60 mil participantes de um levantamento realizado nos Estados Unidos, revelou que baixos índices de tomada de decisão compartilhada foram associados a piores resultados de saúde, piores indicadores de qualidade do cuidado e maior utilização dos serviços de saúde. Já no

campo da diabetes tipo II (Saheb Kashaf et al., 2017), encontrou-se algumas evidências de que a tomada de decisão compartilhada poderia aumentar a confiança dos pacientes nas decisões tomadas no tratamento. Porém, os estudos incluídos apresentavam alguns problemas metodológicos, e não foram encontradas evidências de que a tomada de decisão compartilhada poderia melhorar os resultados clínicos em si.

Assim, embora alguns estudos apontem benefícios da tomada de decisão compartilhada para melhorar o processo de cuidado, ainda não há evidências seguras a esse respeito. Entretanto, a importância ética de envolver os pacientes nas decisões sobre o seu tratamento vem sendo reconhecida, tanto no Brasil quanto no exterior. No Brasil, esse reconhecimento se dá principalmente através da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2008). Essa política tem como princípios o protagonismo, a “co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos” (Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2008, p. 24), entre outros, e prevê a ampliação dos mecanismos ativos da participação do usuário e de sua rede sociofamiliar nas propostas de plano terapêutico, acompanhamento e cuidados.

Uma ênfase ainda maior nessa questão é dada pela portaria do Ministério da Saúde que trata dos direitos e deveres dos usuários (Portaria GM/MS nº 1820, 2009). Essa legislação assegura aos usuários o direito a informações sobre seu estado de saúde, bem como sobre riscos e benefícios dos procedimentos de diversos tipos, incluindo os de tratamento. Além disso, ela garante ao usuário o direito de escolha de alternativa de tratamento, quando houver, bem como a recusar tratamentos propostos pelos profissionais.

A autonomia dos usuários também está entre as diretrizes do cuidado em saúde oferecido às crianças, através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Portaria GM/MS nº 1.130, 2015). O mesmo ocorre em relação aos cuidados em saúde mental, oferecidos através da Rede de Atenção Psicossocial, que também tem a autonomia dos usuários como diretriz fundamental (Portaria GM/MS nº 3.088, 2011). Em serviços dessa área, como os Centros de Atenção Psicossocial, o tratamento dos usuários do serviço é definido através do Plano Terapêutico Singular, PTS (Portaria GM/MS nº 336, 2002), com a participação das/os usuárias/os (Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2007). Assim, no Brasil, a importância da autonomia dos usuários em seu processo de cuidado é reconhecida por diversos documentos e legislações do SUS, embora esses textos não utilizem o conceito de tomada de decisão compartilhada.

Em outros países, como Estados Unidos e Reino Unido, a tomada de decisão

compartilhada vem sendo promovida por órgãos governamentais. No Reino Unido, o National Health System incluiu a tomada de decisão compartilhada como parte do modelo compreensivo de cuidado personalizado (National Health Service, 2019), a ser implementado gradualmente ao longo da próxima década. Já nos Estados Unidos, a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, s. d.) desenvolveu uma abordagem didática para promover a tomada de decisão compartilhada, que será detalhada mais adiante.

Contudo, apesar de estar presente em diversos contextos, o conceito de tomada de decisão compartilhada tem sido definido de maneiras distintas por diferentes autores e organizações. Charles et al. (1997) descreveram esse processo como um compartilhamento de informações e preferências, envolvendo minimamente um profissional e um paciente. Para isso, seria necessário estabelecer um ambiente propício, em que o paciente sinta que suas opiniões são valorizadas pelo profissional. Além disso, seria preciso evocar as preferências desse paciente, possibilitando a discussão de opções de tratamento compatíveis com o seu estilo de vida e valores. Esse processo também envolveria a “transferência” mais didática possível de informações para o paciente sobre as opções terapêuticas, incluindo seus prováveis riscos e benefícios. A partir disso, auxiliar-se-ia o paciente a “pensar” os riscos e benefícios das diversas opções, fazendo perguntas para verificar sua compreensão a respeito das implicações de cada uma das opções. Por fim, o profissional também compartilharia suas recomendações terapêuticas, tomando cuidado para não impor seus valores a respeito de qual o melhor tratamento, ou simplesmente afirmaria as preferências de tratamento do paciente.

Já Elwyn et al. (2012) propuseram um modelo prático de tomada de decisão compartilhada, baseado em três passos. O primeiro passo, chamado “conversa de escolha” (choice talk), procura explicitar a existência de opções razoáveis de tratamento. Nele, o profissional enfatiza a importância do respeito às preferências individuais e o papel da incerteza (“risco”) no processo de decisão, demonstrando-se disposto a explicar as alternativas e auxiliar no processo de decisão.

No segundo passo, “conversa de opção” (option talk), o profissional checa os conhecimentos prévios do usuário sobre as opções de tratamento e seus riscos e benefícios. As opções de tratamento são listadas e descritas em termos práticos (ex.: uma envolve tomar medicações, a outra envolve comparecer a grupos, etc.), juntamente com seus riscos e benefícios. Nessa etapa, podem ser utilizados materiais gráficos e/ou informatizados que auxiliem na visualização e comparação das opções. Por fim, as opções são resumidas e checa-se a compreensão do paciente pedindo que ele as explique com as próprias palavras.

No terceiro e último passo do modelo de Elwyn et al. (2012), foca-se nas preferências do paciente, procurando evocar, entre os aspectos que estão em jogo, quais importam mais para ele. A partir disso, pode-se tomar uma decisão ou adiá-la e, quando aplicável, oferecer a oportunidade de rever a decisão no futuro.

A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), agência federal estadunidense dedicada a melhorar a segurança e a qualidade do sistema de saúde (AHRQ, s. d.), desenvolveu uma abordagem para a tomada de decisão compartilhada denominada SHARE (AHRQ, 2014), que envolve cinco passos: buscar a participação do paciente (Seek); auxiliar o paciente a explorar e comparar as opções de tratamento (Help); aferir os valores e preferências do paciente (Assess), chegar a uma decisão com o paciente (Reach) e, avaliar a decisão do paciente (Evaluate). Para implementar essa abordagem, a AHRQ desenvolveu um conjunto de ferramentas e um currículo para a realização de workshops, disponíveis no site da agência (<https://www.ahrq.gov/>).

Assim, através de múltiplas abordagens, como as descritas acima, o modelo de tomada de decisão compartilhada vem sendo estudado e utilizado em diversas áreas do campo da saúde. Porém, no tratamento de crianças, o processo de Tomada de Decisão Compartilhada apresenta algumas especificidades, que serão brevemente discutidas a seguir.

A Tomada de Decisão Compartilhada no Tratamento de Crianças

No contexto internacional, o envolvimento de crianças e familiares no processo de tomada de decisão é incentivado por organizações importantes, incluindo a Academia Estadunidense de Pediatria (*American Academy of Pediatrics*) e as Nações Unidas (Wyatt et al., 2015). Porém, a implementação da Tomada de Decisão Compartilhada no tratamento de crianças ainda é limitada (Boland et al., 2019, Wyatt et al., 2015), evidenciando-se a necessidade de levar em consideração as especificidades desse contexto. Entre essas especificidades, destacam-se a presença dos pais ou responsáveis como interessados no processo de tomada de decisão, e as diferenças biológicas, cognitivas e psicossociais vinculadas ao processo de desenvolvimento da criança.

Algumas especificidades da tomada de decisão compartilhada relacionadas ao desenvolvimento neurobiológico, psicológico e social foram destacadas por Krockow et al. (2019) a partir de uma revisão narrativa da literatura. Um dos aspectos apontados por esses autores é o desenvolvimento do locus de controle interno, ligado à capacidade da criança de perceber os efeitos das suas ações sobre a própria saúde. Essa capacidade tende a ser reduzida

em crianças mais jovens, demandando auxílio para compreensão do impacto futuro das decisões consideradas. Outro fator que demanda atenção é o desenvolvimento gradual da capacidade de sintetizar informações detalhadas sobre possíveis alternativas. Esse aspecto também não é dominado pelas crianças mais jovens, indicando a importância de que os profissionais forneçam informações simplificadas, que auxiliem as crianças a ver a decisão “como um todo” (Krockow et al., 2019).

Outro aspecto importante é a capacidade de tomar decisões orientadas para o futuro (Krockow et al., 2019), muito relevante no campo da saúde, em que mudanças de hábitos e tratamentos precisam levar em conta os seus efeitos de longo prazo. Porém, essa habilidade ainda não está plenamente desenvolvida até a idade adulta, demandando que profissionais e familiares auxiliem as crianças a compreender e considerar riscos e benefícios futuros implicados nas decisões sobre a sua saúde (Krockow et al., 2019).

Já outros autores discutiram aspectos filosóficos relacionados à capacidade das crianças para tomar decisões a respeito da própria saúde (Buchanan & Brock, 1989), focando na avaliação da autonomia da criança para buscar ou recusar tratamentos médicos por conta própria. No caso dos adultos, essa autonomia tem como princípios a sua capacidade de decidir sobre as próprias metas e os valores que definem o seu bem-estar (Buchanan & Brock, 1989). Porém, no caso das crianças, considera-se que a liberdade para tomar decisões deve ser limitada, uma vez que a sua competência para decidir ainda está em desenvolvimento.

Assim, especialmente no caso de crianças pequenas, a limitação de sua competência para decidir é um dos principais fundamentos para o envolvimento dos pais e responsáveis nas decisões a respeito dos tratamentos em saúde de crianças (Buchanan & Brock, 1989). Nesse contexto, espera-se que pais e responsáveis guiem-se pelo princípio do “melhor interesse”, ou seja, que tomem as decisões que melhor sirvam aos interesses da criança, priorizando os mais importantes quando necessário (Buchanan & Brock, 1989).

Apesar das limitações na competência das crianças para tomar decisões, Buchanan e Brock (1989) argumentam que, em respeito à sua dignidade, os profissionais deveriam sempre fornecer informações sobre os tratamentos propostos adequadas à sua capacidade de compreensão (Buchanan & Brock, 1989). Além disso, caberia aos profissionais avaliar a competência das crianças para tomarem decisões, levando em conta as especificidades do desenvolvimento de cada criança. A partir dessa avaliação, ao constatar que uma criança é capaz de tomar decisões a respeito da sua saúde, os profissionais deveriam auxiliar para que sua voz seja levada em conta nas decisões sobre o tratamento (Buchanan & Brock, 1989).

Tendo em vista a complexidade desse processo, diversos estudos têm abordado as barreiras e os facilitadores para a Tomada de Decisão Compartilhada no contexto do tratamento de crianças. Segundo a revisão de Boland et al. (2019), a Tomada de Decisão Compartilhada, no tratamento de crianças, é facilitada quando há relações de respeito e confiança, as decisões são de menor impacto e há ampla disponibilidade e adequação das informações ao usuário, utilizando-se ferramentas que auxiliem no processo de compartilhamento das decisões, como os *decision aids* (“apoios de decisão”). Por outro lado, esse processo é dificultado pela presença de desvantagens importantes entre as opções (ex.: quando uma das opções é considerada inaceitável), pela ausência ou inacessibilidade de informações, pelo estado emocional dos pais e da criança (ex.: quando há sentimentos de sobrecarga, ansiedade), pela presença de desníveis de poder (em especial, pela frequente exclusão das crianças do processo de decisão) e pela ausência de tempo suficiente para o compartilhamento de decisões.

Diante dessas dificuldades, diferentes abordagens têm sido utilizadas para promover a Tomada de Decisão Compartilhada no tratamento em saúde mental de crianças. Em uma revisão sistemática, Cheng et al. (2017) identificaram seis diferentes abordagens: 1) Técnicas terapêuticas para auxiliar na Tomada de Decisão Compartilhada; 2) Decision aids; 3) Informações psicoeducacionais; 4) Planejamento de ação e estabelecimento de objetivos; 5) Prompts de discussão e 6) Mobilização de pacientes (ou pais) para se engajarem. Entre essas diversas abordagens, há variações, não apenas metodológicas, mas também na abrangência e na concepção de Tomada de Decisão Compartilhada que embasa cada intervenção. Além disso, alguns tipos de intervenções, como os decision aids, já contam com padrões internacionais de avaliação, que auxiliam no seu desenvolvimento.

No Brasil, como foi explicado anteriormente, diversas legislações fundamentam a importância de ampliar a autonomia dos usuários nos processos de cuidado em saúde, incluindo legislações do campo da saúde mental (Portaria GM/MS nº 3.088, 2011) e da saúde infantojuvenil (Portaria GM/MS nº 1.130, 2015). Porém, poucos estudos têm abordado a participação das crianças e seus pais nas decisões sobre o tratamento no contexto nacional. Alguns estudos encontrados sugerem que a sua participação tem sido dificultada pela carga de trabalho excessiva das equipes de saúde (Quintanilha et al., 2017) e pela existência de concepções paternalistas de cuidado entre alguns profissionais da área (Coelho & Rodrigues, 2009). Entretanto, a escassez de pesquisas no contexto nacional pode prejudicar a construção de abordagens adequadas para promover o envolvimento das crianças e de seus familiares nas

decisões sobre o tratamento. Isso é especialmente importante em casos onde existem diferentes linhas possíveis de tratamento (Elwyn et al., 2000), como no manejo do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (National Institute for Health and Care Excellence, 2018; Wolraich et al., 2019).

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH, segundo o DSM-5, tem como principal característica “um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento” (American Psychiatric Association, 2013, p.59). A desatenção manifesta-se em problemas como a dificuldade de manter o foco em tarefas, persistir e organizar-se. A hiperatividade apresenta-se como uma atividade motora excessiva em contextos onde isso não é apropriado, podendo aparecer de formas mais sutis nos adultos. Já a impulsividade reflete-se em ações precipitadas e arriscadas, e pode se manifestar, por exemplo, em comportamentos como atravessar a rua sem olhar e interromper excessivamente outras pessoas ao conversar.

O TDAH é classificado como um transtorno do neurodesenvolvimento (American Psychiatric Association, 2013), e diversas hipóteses tem sido propostas sobre sua etiologia (Nigg & Barkley, 2014). O modelo clássico de Barkley (1997), por exemplo, tinha como foco o conceito de autorregulação, o qual é baseado na capacidade do indivíduo de inibir respostas comportamentais. Porém, a partir de pesquisas mais recentes, o transtorno vem sendo compreendido à luz de diferentes fatores neuropsicológicos, sendo que diferentes grupos de pacientes possuem características neuropsicológicas distintas (Coghill et al., 2014; Sonuga-Barke et al., 2010). A partir de uma avaliação neuropsicológica abrangente, Coghill et al. (2014) demonstraram diferenças entre grupos de crianças com TDAH e grupos de crianças sem esse diagnóstico, as quais incluem déficits na inibição de impulsos, memória de trabalho, processamento temporal e tomada de decisão, bem como um aumento na variabilidade do tempo de reação e na aversão a gratificação tardia. Porém, aproximadamente um quarto da amostra de 83 pacientes de seu estudo não apresentou déficit em nenhuma das funções avaliadas. Assim, apesar das teorias mais atuais apontarem para múltiplos caminhos possíveis para o desenvolvimento do transtorno, os mecanismos subjacentes ao TDAH ainda estão longe de ser plenamente compreendidos.

As primeiras descrições de transtornos de atenção são creditadas ao médico alemão Melchior Adam Weikard, em 1775. Os sintomas por ele descritos incluíam desatenção,

impersistência, hiperatividade e impulsividade. Diversas descrições semelhantes surgem nos Estados Unidos e na Europa, do século XIX até o início do século XX (Nigg & Barkley, 2014). Após os grandes surtos de encefalite entre 1915 e 1920, o conceito de “disfunção cerebral mínima” era eventualmente utilizado para se referir a crianças com esses sintomas. Em 1960, termos como “transtorno de impulso hipercinético” estavam em voga, e a segunda versão do DSM (de 1968) já incluía o quadro chamado “reação hipercinética da infância” (Nigg & Barkley, 2014).

No DSM-III (1980), o transtorno foi renomeado para Transtorno de Déficit de Atenção (TDA), passando-se a admitir a existência de dois subtipos (com e sem hiperatividade). Os sintomas eram então divididos em três grupos (desatenção, impulsividade e hiperatividade). Já na versão revisada do DSM-III, todos os sintomas foram agregados em uma lista única, e o transtorno passou a ser chamado de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). A possibilidade da ocorrência de TDA foi menos enfatizada, colocada no apêndice do DSM-III-R, sob o nome de “TDA indiferenciado” (Nigg & Barkley, 2014).

Com o avanço das pesquisas e a utilização de análises fatoriais, o TDAH foi novamente dividido em subtipos na quarta versão do DSM. Porém, dessa vez, os sintomas hiperativos e impulsivos foram agrupados, caracterizando o subtipo predominantemente hiperativo-impulsivo do transtorno, ou o subtipo combinado, caso também estejam presentes os sintomas de desatenção (Nigg & Barkley, 2014). Já se estiverem presentes apenas sintomas de desatenção, passa-se a chamar o quadro de predominantemente desatento. Essa divisão é considerada clinicamente útil, por ser preditora de diferentes desfechos ao longo da vida. Além disso, supõe-se que possam haver correlatos neurais distintos entre os subtipos. Por isso, o DSM-5 manteve a separação entre os subtipos, embora alterando a nomenclatura para “apresentação” (apresentação desatenta, apresentação hiperativa-impulsiva e apresentação combinada) (Nigg & Barkley, 2014).

O TDAH na infância é um dos transtornos psiquiátricos mais comumente diagnosticados, sendo sua prevalência estimada em 5,29% ao redor do mundo (Polanczyk et al., 2007). Essa prevalência é preocupante, uma vez que o transtorno está associado a resultados negativos ao longo do desenvolvimento (Willoughby, 2003), como uso abusivo de álcool e drogas, comportamento antissocial, problemas interpessoais e de autoestima, pior desempenho acadêmico e pior histórico de trabalho.

Porém, a crescente prevalência do diagnóstico de TDAH em vários países tem levado

a preocupações, por parte de alguns pesquisadores e profissionais. Alguns autores (Batstra et al. 2014) questionam a “reificação” do transtorno, pela qual ele passaria a ser considerado como uma entidade biomédica distinta, ignorando-se o caráter descritivo do diagnóstico, comum à maioria dos transtornos incluídos no DSM. Isso estaria associado a interpretações enviesadas dos resultados de estudos biomédicos e, também, à prestação de informações imprecisas para usuários, familiares e professores.

Para além do TDAH, a reificação vem sendo apontada como um problema geral dos sistemas categóricos de classificação de transtornos, incluindo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), desenvolvida e atualizada pela Organização Mundial da Saúde (Clark et al., 2017). Possíveis causas desse problema incluem elementos técnicos dos próprios manuais, como a excessiva especificidade e rigidez de seus critérios diagnósticos (nesse caso, particularmente os do DSM), além da adoção estrita desses manuais para fins de financiamento de políticas públicas, pesquisas clínicas e cobertura em planos de saúde (Clark et al., 2017).

No caso do TDAH, alguns pesquisadores têm sugerido que diferenças de gênero (Brunchmüller et al., 2012) e idade de ingresso na escola (Schwandt & Wuppermann, 2016) poderiam estar sendo equivocadamente interpretadas como sintomas do transtorno, levando a um sobrediagnóstico. Contudo, essa possibilidade é objeto de debate, apontando-se que ainda não há revisões suficientemente abrangentes a favor ou contra a hipótese de sobrediagnóstico (Kazda et al., 2019).

No Brasil, pesquisadores como Cervo e Silva (2011) têm enfatizado os aspectos sociais, históricos e culturais dos critérios utilizados para demarcar os elementos normais e patológicos na infância. Esses pesquisadores utilizam o conceito de “patologização” para se referir ao processo social pelo qual comportamentos antes considerados “normais” passam a ser diagnosticados como doenças ou transtornos. No caso do TDAH, esse conceito tem sido empregado para se referir a processos em que dificuldades escolares oriundas de fatores extrínsecos à criança passam a ser “mascarados” através do diagnóstico (Cruz et al., 2016). Em alguns casos, adota-se uma perspectiva radicalmente contrária à aplicação do diagnóstico, argumentando que o problema seria inteiramente de ordem educacional (Signor, 2013). Essa posição é conflitante com a literatura especializada que aponta os prejuízos funcionais e déficits neuropsicológicos associados ao TDAH, mencionados anteriormente. Porém, ela serve para ilustrar a diversidade de discursos existentes a respeito desse transtorno, mesmo no campo acadêmico.

Um ponto de vista intermediário sobre a questão do sobrediagnóstico de TDAH vem sendo proposto por Hinshaw e Scheffler (2018), a partir da observação da relação entre mudanças no sistema educacional estadunidense e aumentos no diagnóstico do transtorno. Em sua investigação, esses pesquisadores identificaram que, com a súbita implementação de políticas que aumentavam a tensão por melhores resultados acadêmicos, a taxa de novos diagnósticos aumentou desproporcionalmente entre crianças de baixa renda. Assim, a despeito das prováveis raízes neurobiológicas do transtorno, fatores sociais e culturais podem afetar a procura pelo diagnóstico, sendo fundamental a avaliação cuidadosa de cada caso pelos profissionais de saúde (Hinshaw & Scheffler, 2018).

Assim, sem ignorar o debate acerca do diagnóstico, é importante considerar os possíveis prejuízos associados ao não-tratamento do TDAH. Embora não seja possível, em geral, reverter completamente os problemas associados ao transtorno (Shaw et al., 2012), eles podem ser mitigados através de tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos. Porém, diretrizes divergem a respeito de qual seria a linha preferencial de intervenção voltada para o TDAH (Sayal et al., 2018), sendo as recomendações de origem europeia mais conservadoras quanto ao uso de medicação, quando comparadas às estadunidenses. Em casos como esse, onde há mais de uma alternativa razoável para conduzir o tratamento, diversos autores têm enfatizado a importância de que a tomada de decisões seja feita de maneira compartilhada com o paciente (Brinkman et al., 2013; Elwyn et al., 2000; Charles et al., 1997).

Justificativa e objetivo

A Tomada de Decisão tem sido investigada sob diversas perspectivas na literatura internacional (Galanter & Patel, 2005). Nas últimas décadas, têm se expandido os estudos a respeito do envolvimento dos pacientes na tomada de decisão sobre o seu tratamento (Makoul & Clayman, 2006), destacando-se o conceito de Tomada de Decisão Compartilhada. No Brasil, embora esse conceito seja pouco difundido, a participação dos usuários no processo de decisão sobre seu tratamento está prevista na legislação brasileira a respeito dos direitos dos usuários (Portaria GM/MS nº 1820, 2009). Além disso, diversos autores e diretrizes internacionais (Brinkman et al., 2013; Elwyn et al., 2000; Charles et al., 1997) têm enfatizado a importância dessa participação, especialmente em casos onde há mais de uma linha possível de tratamento, como no manejo de TDAH (National Institute for Health and Care Excellence, 2018; Wolraich et al., 2019). Entretanto, ainda existem poucos estudos a esse respeito no contexto nacional, os quais poderiam contribuir para promover intervenções efetivas.

Assim sendo, o objetivo deste estudo foi investigar o processo de tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH, na percepção de profissionais de saúde mental. Em particular, buscou-se conhecer em que medida a tomada de decisões é compartilhada com a criança e sua família. Isso foi investigado no contexto dos atendimentos em Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi).

CAPÍTULO II

MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo 8 profissionais de 2 CAPSi da Região Metropolitana de Porto Alegre. A equipe do CAPSi A é composta por dois psiquiatras, dos quais um aceitou participar do estudo (P1), três psicólogas, das quais uma aceitou participar do estudo (P2), além de uma assistente social, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma artesã e um músico, que preferiram não participar. Já a equipe do CAPSi B é composta por três psiquiatras, entre as quais uma aceitou participar do estudo (P8), duas psicólogas, tendo ambas aceitado participar do estudo (P6 e P7), três assistentes sociais, entre as quais todas aceitaram participar do estudo (P3, P4 e P5), além de uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e um músico, os quais preferiram não participar do estudo.

A idade das participantes variou entre 29 e 57 anos, sendo uma profissional negra e as demais brancas, um profissional homem e as demais mulheres². Duas eram psiquiatras, sendo uma identificada com a abordagem da terapia cognitivo-comportamental e a outra referiu apenas que sua abordagem é “menos medicamentosa”. Três eram psicólogas, sendo duas identificadas como psicanalistas e uma como terapeuta dos esquemas. E, por fim, três eram assistentes sociais, sendo uma identificada com a abordagem histórico-dialética e as outras duas com a sistêmica. A experiência delas na área de saúde, assim como no trabalho com crianças, variou entre 2 e 34 anos. Todas já trabalhavam no CAPSI há no mínimo 2 anos, chegando a até 6 anos de experiência no serviço. A Tabela 1 apresenta dados sociodemográficos e experiência profissional das participantes.

Delineamento e procedimento

Foi utilizado um delineamento de estudo de caso múltiplo (Stake, 2006) buscando investigar as percepções de profissionais que atuam em serviços de saúde mental infantojuvenil sobre o processo de tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Em um estudo de caso múltiplo, segundo Stake (2006), busca-se estudar como operam casos reais em seus respectivos contextos para, a partir da comparação de semelhanças e diferenças entre os casos,

² Em função da predominância de mulheres, utiliza-se a flexão de gênero feminina, ao longo deste trabalho, para fazer referência ao conjunto de profissionais participantes.

melhor compreender determinado fenômeno ou programa. Seguindo este autor, no presente estudo busca-se compreender cada caso e serviço, sem almejar a saturação.

Tabela 1.

Dados sociodemográficos, formação e experiência profissional dos participantes

Profissional	Raça/cor/ etnia	Idade¹	Formação / Referencial teórico principal	Trabalho c/ saúde¹	Trabalho c/ crianças¹	Trabalho no CAPSi¹
P1 / A	Branco	30	Psiquiatra, mestre, especialista / Cognitivo-comportamental	2	20	2
P2 / A	Branca	36	Psicóloga, especialista / Psicanálise	14	14	2
P3 / B	Branca	54	Assistente social, especialista / Sistêmica	24	18	4
P4 / B	Negra	57	Assistente social, especialista / Sistêmica	34	34	6
P5 / B	Branca	34	Assistente Social, especialista / Histórico-dialética	6	6	6
P6 / B	Branca	55	Psicóloga, mestre, especialista / Psicanálise	14	14	5
P7 / B	Branca	29	Psicóloga, mestre, especialista / Terapia do esquema	3	3	3
P8 / B	Branca	39	Psiquiatra, especialista / Não especificada, “idiográfica”*	9	3	3

¹ Em anos

Inicialmente foi feito contato telefônico com os CAPSi, solicitando-se o agendamento de uma data para apresentação do estudo às equipes, quando foram explicitados os objetivos do estudo. Após, foi feito convite às profissionais para participarem do estudo. Foi então agendado um horário individual com cada profissional, quando ela assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) e foram realizadas a *Entrevista sobre tomada de decisão no tratamento de crianças com demandas de saúde mental* (Manara & Piccinini, 2019a), a *Entrevista sobre tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH* (Manara & Piccinini, 2019b) e a *Entrevista sobre experiência e formação de profissionais de saúde* (Manara & Piccinini, 2019c). As entrevistas foram realizadas pelo autor desta dissertação nos respectivos CAPSi.

Instrumentos

- *Entrevista sobre tomada de decisão no tratamento de crianças com demandas de saúde mental* (Manara & Piccinini, 2019a). Trata-se de uma entrevista que investiga o processo de tomada de decisão no tratamento de crianças com demandas de saúde mental. Entre os tópicos a serem investigados destacam-se: (1) Atendimentos e decisões no tratamento de crianças com demandas de saúde mental no serviço; (2) Participação dos familiares nas decisões sobre o tratamento das crianças no serviço; (3) Participação dessas crianças em decisões sobre seu tratamento no serviço; (4) Atendimento de crianças com demandas de saúde mental pelo profissional; (5) Participação das crianças com demandas de saúde mental em decisões sobre seu tratamento nos atendimentos; (6) Participação dos familiares nas decisões sobre o tratamento de crianças com demandas de saúde mental nos atendimentos; (7) Participação de profissionais de outros serviços ou das escolas nas decisões sobre o tratamento da criança no serviço.

Cópia no Anexo B.

- *Entrevista sobre tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH* (Manara & Piccinini, 2019b). Trata-se de uma entrevista que investiga o processo de tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH. Entre os tópicos a serem investigados destacam-se: (1) Atendimentos e decisões no tratamento de crianças com indicadores de TDAH no serviço; (2) Participação dos familiares nas decisões sobre o tratamento das crianças no serviço; (3) Participação dessas crianças em decisões sobre seu tratamento no serviço; (4) Atendimento de crianças com indicadores de TDAH pelo profissional; (5) Participação das crianças com indicadores de TDAH em decisões sobre seu tratamento nos atendimentos; (6) Participação dos familiares nas decisões sobre o tratamento de crianças com indicadores de TDAH nos atendimentos; (7) Participação de profissionais de outros serviços ou das escolas nas decisões sobre o tratamento da criança no serviço.

Cópia no Anexo C.

- *Entrevista sobre experiência e formação de profissionais de saúde* (Manara & Piccinini, 2019c, baseado em Núcleo de Infância e Família, 2013). Trata-se de uma entrevista que investiga a formação do(a) profissional da saúde e as suas experiências pregressas e atuais de trabalho. Entre os principais tópicos abordados, destacam-se: (1) dados sociodemográficos; (2) cursos de formação realizados; (3) tempo na área e no serviço; (4) experiências anteriores;

(5) atividades realizadas no serviço; (6) satisfação com o trabalho atual; e (7) outras atividades atuais em saúde mental.

Cópia no Anexo D.

Considerações éticas

O presente estudo atende às determinações da resolução 510, de 7 de abril de 2016 (Ministério da Saúde), que versa sobre as normas éticas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. O estudo pode ser considerado como de risco mínimo e não envolveu danos e privação de benefícios por parte das participantes. O projeto referente a este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da UFRGS sob o parecer nº 3.520.229 (cópia no anexo E).

No contato com as participantes, foi enfatizada a possibilidade de interromper a participação no estudo a qualquer tempo, caso as participantes se sentissem desconfortáveis frente a qualquer das questões. Também foi assegurada a confidencialidade e a segurança dos dados da entrevista, de maneira a garantir o anonimato das participantes em todos os momentos da pesquisa, bem como na apresentação e na publicação dos resultados. Além disso, todas as participantes foram informadas a respeito do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

O objetivo do presente estudo foi investigar as percepções de profissionais de saúde mental a respeito do processo de tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH. Em particular, objetivou-se investigar as percepções dessas profissionais a respeito da participação dos usuários e familiares nas decisões sobre o tratamento de crianças com indicadores de TDAH.

Para tanto, inicialmente, realiza-se uma caracterização dos dois CAPSi incluídos na pesquisa, descrevendo os aspectos gerais do processo de acolhimento e tomada de decisão sobre os planos terapêuticos nos respectivos serviços. Após passa-se à análise específica do processo de tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH.

I. Caracterização dos CAPSi

Nesta seção apresenta-se a caracterização dos serviços incluídos no estudo, a qual foi realizada com base nas respostas das profissionais à *Entrevista sobre experiência e formação de profissionais de saúde* e à *Entrevista sobre tomada de decisão no tratamento de crianças com demandas em saúde mental*. Nessa caracterização, foram destacados os principais aspectos relatados pelas profissionais em relação à estrutura, aos atendimentos, aos processos de acolhimento e tomada de decisão sobre os planos terapêuticos nos respectivos serviços.

[As subseções 1.1 e 1.2 (pp. 24-30) foram suprimidas desta versão da dissertação por conterem informações que poderiam levar à identificação das participantes]

No que diz respeito às crianças, as profissionais expressaram dúvidas sobre a sua capacidade de participar das decisões: *“Não sei se a criança ou o adolescente, talvez o adolescente, porque o adolescente consegue falar mais, né, a criança ela expressa de outras formas, eu não sei se ela teria condições de participar de um plano”* (P4). Outra profissional supôs que, numa eventual tentativa de incluir a criança nesse diálogo, a opinião da criança acabaria não sendo considerada: *“sinceramente, acho que (...) ela taria ali mais de enfeite, que não se levaria tanto em consideração”* (P7).

A partir dos relatos destacados acima, é possível caracterizar aspectos gerais do serviço, incluindo o processo de ingresso dos usuários, as formas de tomada de decisão no tratamento e o papel desempenhado por usuários e familiares nas decisões sobre o tratamento. No que diz respeito ao ingresso dos usuários nesse serviço, este se dá através de entrevistas de acolhimento, a partir das quais são reunidas as informações relevantes a respeito de um caso para a discussão em reunião de equipe.

Porém, foram relatados problemas no processo de acolhimento nesse serviço. Por um lado, há questionamentos sobre a qualidade das avaliações feitas através dos acolhimentos. Por outro, relatou-se que algumas profissionais que realizam o acolhimento sentem-se inseguras para posicionar-se nas reuniões de equipe. Esses problemas podem estar associados à divisão de tarefas colocada no serviço, em que as profissionais da “área psi” (psicólogas e psiquiatras) não participam do acolhimento. Porém, essa divisão de tarefas teria por objetivo permitir que essas profissionais dediquem mais tempo aos atendimentos propriamente ditos, diante da demanda excessiva.

No que diz respeito à participação dos familiares nas decisões sobre o tratamento da criança, essa participação foi relatada como um avanço ainda não conquistado pelo serviço. Foi sugerido que algumas profissionais da equipe poderiam ter posições consideradas retrógradas a respeito da inclusão da família nesse processo de decisão. Entretanto, em geral, as profissionais entrevistadas manifestaram-se a favor do envolvimento da família nesse processo. Porém, no que diz respeito às crianças, foram relatadas dúvidas a respeito da possibilidade de incluí-las nesse processo de decisão, e de que, caso incluídas suas opiniões seriam levadas em consideração.

1.3 Semelhanças e particularidade dos atendimentos nos CAPSi

Examinando conjuntamente os relatos das profissionais dos CAPSi A e B, algumas semelhanças e particularidades podem ser destacadas em relação aos aspectos gerais do

processo de acolhimento e tomada de decisão sobre os planos terapêuticos nos respectivos serviços. No que diz respeito ao público, há grande semelhança entre os dois CAPSi, sendo o transtorno do espectro autista comum entre as crianças e os transtornos de humor mais frequentes entre os adolescentes. Porém, no CAPSi A foi relatada uma presença marcante de crianças com TDAH, a qual não está presente no CAPSi B, onde há mais crianças com transtorno opositor-desafiador. A faixa etária das crianças atendidas é também semelhante, incluindo poucas crianças menores de 4 anos e indo até os dezoito. Porém, no CAPSi A foi relatado que a idade máxima para permanência no serviço pode ser flexibilizada para até 21 anos.

Em geral, o processo de ingresso dos usuários no serviço se dá através do acolhimento, caracterizado por uma ou mais entrevistas onde estão presentes os usuários e seus familiares, e que podem ser complementadas por relatórios escolares ou de outros serviços. Porém, no CAPSi B, foram descritas inseguranças relativas ao processo de acolhimento. Essas inseguranças podem estar associadas à divisão de tarefas que está colocada nesse serviço, em que psicólogas e psiquiatras não participam dos acolhimentos, para que possam realizar mais atendimentos propriamente ditos. Essa forma de organização foi descrita como uma tentativa de lidar com o excesso de demandas enfrentado pelo serviço.

Em ambos os CAPSi o formato básico de tomada de decisão foi descrito de maneira semelhante. Conforme os relatos, essas decisões geralmente são realizadas em reuniões de equipe e sustentam-se nas informações trazidas pela profissional que realizou o acolhimento. Porém, os serviços diferenciam-se no que diz respeito à profissional responsável por comunicar à família as definições sobre o plano terapêutico. No CAPSi A, uma profissional da equipe é designada para esse diálogo, enquanto no CAPSi B ele costuma ser realizado pela mesma profissional que realizou o acolhimento. Sobre a participação de familiares e usuários nas decisões sobre o tratamento, ambos os serviços relataram formas não sistemáticas de participação, em que procura-se considerar eventuais opiniões de usuários e familiares a respeito do plano terapêutico.

II. Processo de tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH

Nesta seção analisou-se os relatos das profissionais à *Entrevista sobre tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH*. A análise temática proposta por Braun e Clarke (2006) foi utilizada para identificar, analisar e reportar padrões de significado (denominados temas) no conjunto de dados. Nesse tipo de análise, os temas são

compostos por segmentos básicos de informação, também denominados códigos, que são identificados pelo pesquisador a partir de sua relevância.

A análise foi realizada pelo autor dessa dissertação, utilizando-se o pacote para análise qualitativa de dados *RQDA* (Haung, 2018), baseado no software RStudio (RStudio Team, 2019; R Core Team, 2019). A análise seguiu os seis passos descritos por Braun e Clarke (2006): 1) Familiarização com os dados (leitura cuidadosa do material transcrito, fazendo-se anotações); 2) Geração de códigos iniciais (codificação sistemática de características interessantes ao longo dos dados, agrupando os dados relevantes para cada código); 3) Busca por temas (agrupando os códigos e os extratos de dados em temas potenciais); 4) Revisão dos temas (checagem da coerência entre temas e extratos de dados e entre os temas e o conjunto dos dados); 5) Definição e nomeação dos temas (análise contínua das especificidades de cada tema e do retrato dos dados feitos pela análise em geral; definição clara dos temas e de seus respectivos nomes); 6) Produção do relato (seleção de extratos marcantes para ilustrar cada tema, análise final dos extratos selecionados, articulação com a literatura e produção do relato acadêmico da análise).

Em consonância com os objetivos da pesquisa, a análise teve como foco dois eixos de análise: 1) *Tomada de decisão no tratamento*; 2) *Participação dos usuários e familiares nas decisões*. Em relação ao primeiro eixo, tomada de decisão no tratamento, a análise foi conduzida de maneira indutiva (Braun & Clarke, 2006), sem procurar acomodar os dados em um quadro teórico pré-estabelecido. Através desse processo, foram gerados dois temas: *Tratamento padrão*; e *Dificuldades diagnósticas e patologização*. Esses temas serão caracterizados na sequência.

Já em relação ao segundo eixo, participação dos usuários e familiares nas decisões sobre o tratamento, a análise foi conduzida de maneira dedutiva (Braun & Clarke, 2006). Para isso, utilizou-se o modelo de tomada de decisão compartilhada descrito por Makoul e Clayman (2006) e o conjunto de barreiras e facilitadores da tomada de decisão compartilhada no contexto pediátrico de Boland et al. (2019). Esses elementos foram utilizados como base teórica para a análise. A partir desse processo, foram gerados três temas: *Informações das profissionais* (que inclui dois subtemas, *Informações como argumentos* e *Informações como limites*); *Participação como resposta*; e *Divergências criança-família*. Esses temas serão caracterizados na sequência. Segue uma síntese dos eixos de análise, temas e subtemas propostos:

2.1 Tomada de decisão no tratamento

- *Tratamento padrão;*
- *Dificuldades diagnósticas e patologização;*

2.2 Participação dos usuários e familiares nas decisões

- *Informações das profissionais, que incluem*
 - *Informações como argumentos;*
 - *Informações como limites;*
- *Participação como resposta;*
- *Divergências criança-família;*

A seguir, apresenta-se cada um dos temas gerados, ilustrados com os relatos das participantes:

2.1 Tomada de decisão no tratamento

Em termos conceituais, a partir do ponto de vista cognitivo, a tomada de decisão é um processo de escolha entre duas ou mais alternativas (VandenBos, 2015). Esse processo pode envolver formas distintas de pensamento: tanto as mais rápidas e automáticas, quanto as mais lentas, que demandam esforço e concentração (Kahneman, 2011). Em contextos naturalísticos, onde há instabilidade e pressa para tomar decisões, as formas de pensamento mais rápidas são mais comuns (Orasanu, 2001). Nesses contextos, a tomada de decisão pode ser definida como o processo de comprometimento com um curso de ação, dentre outros possíveis, mesmo que as opções não sejam identificadas e comparadas ativamente (Klein, 2008). Nesse sentido as formas padronizadas de decisão utilizadas por profissionais experientes podem fornecer importantes insights sobre os elementos relevantes para tomar decisões adequadamente em contextos específicos.

Neste eixo de análise, Tomada de decisão no tratamento, analisou-se os relatos de profissionais a respeito do processo de tomada de decisão considerando os dois temas: *Tratamento padrão* e *Dificuldades diagnósticas e patologização*. A partir das entrevistas, os relatos das profissionais explicitaram alguns critérios utilizados para definir os planos terapêuticos, assim como dificuldades associadas à tomada de decisão nesse contexto.

Com relação ao *Tratamento padrão* foram incluídos nesse tema os relatos de profissionais de ambos os CAPSi (P1, P2, P6, P7 e P8) que indicaram as intervenções mais comuns no atendimento de crianças com indicadores de TDAH nos serviços. Em geral, esse atendimento é realizado predominantemente em grupos, oficinas terapêuticas e atendimentos psiquiátricos individuais. Foram também incluídos nesse tema os relatos que apontavam

motivos para a adoção de planos terapêuticos diferentes do “padrão”.

No CAPSi A, há dois grupos específicos voltados para crianças com TDAH e seus familiares. Os grupos ocorrem simultaneamente e tem duração de 45 minutos e periodicidade mensal. O primeiro é realizado pelo psiquiatra (P1) junto aos usuários e baseia-se principalmente em técnicas da terapia cognitivo-comportamental. Já o segundo grupo é realizado pela psicóloga (P2) junto aos pais e/ou responsáveis pelas crianças, em formato de roda de conversa. Esses grupos são a opção mais comum de atendimento das crianças com TDAH no serviço:

“O diagnóstico [de TDAH], de alguma forma, faz a gente pensar, num primeiro momento, nesses dois grupos, né, que hoje a gente tem, né? Ahm... mas como eu falei, não é restrito a isso, né, vai da necessidade mesmo do usuário, né... mas é o espaço que hoje tá, de alguma forma, mais aberto, né? Pra receber, assim, essa demanda.” (P2)

Para os usuários que participam dos grupos, os atendimentos psiquiátricos individuais têm duração reduzida:

“E eu tenho uma consulta breve com eles após [o grupo], em torno de 10 minutos, cada um dos pacientes no qual eu só ajusto a medicação, a ritalina... o metilfenidato, ou... qualquer outro estimulante que eles usem pra reavaliação no próximo mês.” (P1).

Entretanto, conforme os relatos das profissionais, há casos em que esse modelo de atendimento não é indicado, optando-se por enfatizar os atendimentos individualizados. A presença de comorbidades ou a instabilidade de um caso, por exemplo, são elementos que contribuem para que os grupos sejam substituídos por consultas individuais no plano terapêutico:

“A gente tem uma tendência de deixar [nesse grupo] os pacientes que têm diagnóstico de TDA sem comorbidades, ou que não estão instáveis. Agora, se tem um paciente que tenha transtorno de humor bipolar e TDA, geralmente fica na consulta individual porque a parte do grupo, ele é exclusivamente pra coisa ahm... pra questões de técnicas de concentração e de resolução de tarefas em etapas bem específico pro TDA” (P1)

Além de elementos estritamente diagnósticos, questões como a presença de problemas familiares também podem demandar a realização de outras consultas individuais ou grupos:

“Se tem qualquer demanda de humor, ou alguma questão de problema familiar, ou um caso mais complicado é muito difícil fazer nesse tempo [do grupo], então daí a gente deixa na consulta individual com PTS [Plano Terapêutico Singular] diferenciado. Ahm, psicoterapia, ou algum outro grupo.” (P1)

A partir do modelo de tomada de decisão naturalística, é possível descrever esse processo de tomada de decisão como uma avaliação sequencial de opções. Os relatos

destacados parecem indicar que a disponibilidade dos grupos específicos para o TDAH leva rapidamente as profissionais a considerá-los como proposta terapêutica quando um caso de TDAH é identificado. Porém, uma vez verificada a presença de outras questões relevantes, passa-se a considerar outras propostas de tratamento.

Já no CAPSi B, não há grupos terapêuticos específicos para crianças com TDAH. Porém, há grupos e oficinas que são frequentemente indicados para crianças que apresentam comportamentos agressivos e desafiadores. Entre eles há um grupo voltado para o reconhecimento das próprias emoções, incluindo atividades estruturadas, momentos de conversa e atividades lúdicas. Há também dois grupos que envolvem os familiares:

Tem o grupo de pais (...) um grupo de orientação, assim, (...) [sobre] como manejar com o seu filho [e] tem grupo de família que onde visa, assim, que vínculos sejam estreitados entre o responsável e a criança, [onde] participa a criança e o... [responsável]. (P6)

Uma vez que as crianças com TDAH atendidas pelo CAPSI B geralmente ingressam em função de comportamentos agressivos e opositores associados, as oficinas costumam fazer parte de seu plano terapêutico:

“Aqui no CAPS são crianças que têm comportamento opositor associado, são mais agressivos né, então acaba que o plano terapêutico geralmente acaba sendo mais voltado para esse grupo do rola bolinha [futebol]... e o das emoções né, tem a questão da psico também, mas eu acho que acaba sendo mais voltada para esses.” (P8)

Algumas profissionais (P8, P7) também apontaram que os atendimentos individuais com a Terapeuta Ocupacional também são utilizados com alguma frequência nesses casos: “[Se] chegar uma criança com agitação... assim... mais dificuldades na escola, hoje, vai ser pensado... imediatamente grupo... ou terapia ocupacional” (P7). Assim como no CAPSi A, porém, a gravidade do caso pode levar à utilização de outros recursos, como exemplificado no relato a seguir: “Só se for muito... urgente, muito gritante alguma coisa vai se pensar num... num atendimento psicológico” (P7). Há também aspectos de determinados casos que fazem com que não se considere adequado atendê-los em grupo. Esse é o caso de usuários que sofreram abuso sexual e/ou de crianças cujo manejo é considerado difícil:

“Até, se for olhar, assim, quem tá em atendimento em... quem tá nas listas de atendimento individual... é... geralmente, assim, são pessoas que têm uma história mais (...) Hm... uma demanda muito associada ao abuso sexual, né, questões que, às vezes, se entende que não seria tão adequado trabalhar num grupo... Ou uma pessoa que não se adapta ao grupo, enfim, não... não quer. Ou, no caso de crianças, seriam aquelas consideradas as mais... difíceis, que precisariam de mais recursos, além do grupo, assim.” (P7)

Em ambos os CAPSi, foi referida a existência de filas de espera (P1, P2, P4, P6, P7), o que pode ser um dos fatores que contribui para a valorização dos atendimentos em grupo. No CAPSi A, isso foi explicitado por alguns profissionais (P4, P7):

“Aí vai se tornando uma bola de neve, às vezes, fica com a psiquiatria, uma oficina, um grupo de pais... e a psicologia ... esperando. (...) Tá, aí consegue encaixar uma criança num grupo terapêutico e tem uma psicóloga... a gente fica até mais aliviado, porque a psicóloga tá ali, tá... tá observando e tá vendo como é que tá. Né? Tá vendo... tá, tá acompanhando de alguma forma...” (P4)

E no CAPSi B, uma das profissionais explicitou que, em alguns casos, a psicoterapia surge como primeira proposta de tratamento, supondo-se que ela poderia gerar transformações (“salvar”) para além do nível sintomático, obtido através da medicação (“acalmar”):

“Porque talvez fossem pensar inicialmente em psicoterap... (...) normalmente, assim, se tem um certo entendimento de que... ãhm... tem que medicar pra dar uma acalmada, mas o que salva é a psicologia” (P7).

Apesar do potencial de transformação que seria suposto na psicoterapia, esta acabaria não sendo incluída no plano terapêutico em função do tempo de espera associado a esses atendimentos:

“Mas, daí entra a questão, ‘ah, pra psicologia tem muita gente na lista de espera.’ E é uma lista que demora mais tempo pra ser chamada em função do tempo que a gente precisa... pra atender. (...) é uma coisa meio de ver o que que chega antes, assim... é pensado grupo pra ver essa criança num grupo e tentar intervir diretamente nesses momentos, mas... fica meio restrito ao que tem... ao que... é mais rápido, assim.” (P7)

Na situação relatada acima, a proposta da psicoterapia parece ser considerada como primeira opção, mas, ao refletir sobre sua implementação, verifica-se que elementos contextuais (a lista de espera) impedem sua execução. Nesse caso, os grupos emergem como opção mais viável para gerar uma proposta de tratamento aceitável.

Considerando os relatos destacados acima, não parece adequado interpretar o tema *Tratamento padrão* como o retrato de uma padronização completamente voluntária dos tratamentos oferecidos pelas equipes dos serviços. Através dos relatos, explicita-se algumas das formas de tratamento relatadas como mais frequentes pelas profissionais; em geral, estas consistem em grupos, oficinas e atendimentos psiquiátricos. Em alguns casos, esses tratamentos parecem ser a primeira opção a ser considerada e, em outros, a primeira opção viável ou adequada. Também foram explicitados alguns critérios que levam à consideração dessas e de outras opções terapêuticas, especialmente a psicoterapia, dadas as restrições impostas pelo excesso de demanda e/ou as demandas específicas de determinados casos.

Já o segundo tema, *Dificuldades diagnósticas e patologização* reúne os relatos de

profissionais (P1, P2 e P7) que indicam que o processo de tomada de decisão é dificultado pela complexidade envolvida no diagnóstico de TDAH. Nesse sentido, o tema inclui questões diversas e muitas vezes sobrepostas, como dificuldades na distinção de transtornos e a tendência a centralizar na criança problemas que poderiam ser de ordem familiar.

A presença de comorbidades, característica do TDAH, foi citada como um fator que pode dificultar a tomada de decisão e a definição das intervenções que poderão ser benéficas em determinado caso:

“Acontece (...) de vir [TDAH] associado com outros transtornos, né... ãhm... transtorno opositor, né, algum transtorno de conduta... que isso também é um desafio, né? A gente poder olhar o que tem pra além, né, assim e também usar isso de alguma forma, pra essa tomada de decisão, tanto em relação ao tratamento medicamentoso quanto... ãhm... pra além disso, do apoio bem psicossocial, né, do que aquele usuário vai se beneficiar, né? Então, acho que isso é desafiador, né... em relação a esse PTS [Projeto Terapêutico Singular], que a gente elabora pra esse público.” (P2)

Além disso, relatou-se que, nas discussões em reunião de equipe, as nomenclaturas dos diagnósticos seriam utilizadas de maneira pouco rigorosa, guiadas por uma visão negativa das crianças atendidas:

“Quando chega em reunião de equipe, se confunde, assim, uma coisa de ‘achismo’, assim, ‘ah, isso aqui é hiperatividade’, ‘Ah, não mas isso aqui é TOD [Transtorno Opositor-Desafiador]’.(...) Às vezes eu sinto que as crianças são meio diabolizadas, colocadas como... ãhm... parece que... criadoras, assim, do seu problema, assim. Então eu acho que tem outras formas de tentar ver isso.” (P7)

Nesse contexto, dificuldades escolares oriundas de outros domínios da vida da criança, como a falta de motivação e as crenças de sua família sobre a escolarização, poderiam ser erroneamente interpretadas como sintomas de um transtorno psiquiátrico:

“Não raro, também, a gente vai conversar com família... sei lá, como é que... é o acompanhamento dos estudos... (...) [e percebemos que] os pais não têm tempo de olhar a agenda, né, ver se o material tá ali, não se tem, assim, um acompanhamento tão constante, assim, dessa rotina escolar. Às vezes tem famílias que nem sempre faz sentido... a questão do estudo, (...) só no sentido de, ‘ai, é uma obrigação... ou o conselho tutelar vai incomodar, se não for’, mas não tem tanto, assim ‘ah, é importante estudar por isso, por isso, por aquilo’. Eu acho que também tem casos [em] (...) que a criança também pode não estar tão interessada, realmente, no estudo, tipo... não é necessariamente um adoecimento.” (P7)

Em outros casos, a presença de demandas familiares muito intensas em relação aos sintomas do transtorno poderia dificultar que outros aspectos do caso sejam levados em consideração no processo de tomada de decisão. Nesse sentido, comportamentos saudáveis e outros possíveis problemas poderiam deixar de ser considerados em função da ênfase dada ao diagnóstico:

“Às vezes, as queixas elas vêm tão intensas, né, em relação ao comportamento, né, daquela criança, aquele adolescente... que às vezes se torna difícil poder olhar o que tem pra além dele (...) pra além do diagnóstico de TDAH, né, o que, às vezes, tá também dentro da normalidade, né, o que de repente está associado com outras questões, que não necessariamente esse diagnóstico em si, né, então eu acho que isso é um pouco desafiador, né, poder... olhar, não pro diagnóstico, né, mas pro sujeito, né, que muitas vezes já vem meio que tachado, né, com o diagnóstico em si, né, então, poder olhar pra além dele, né, assim, e ver, enquanto sujeito, o que ele necessita naquele momento, né, que tipo de apoio” (P2)

Também foi apontada a influência de outros órgãos, em especial a escola, no processo de tomada de decisão, através de suposições sobre o diagnóstico e até mesmo sobre o tratamento, ao encaminhar crianças para o CAPSi:

“A própria escola envolve bastante sobre essa questão, toda hora a escola manda pra cá pacientes pedindo pra se usar ritalina, que o diagnóstico não tem nada a ver com o TDA. [Por exemplo,] é um paciente que tem uma síndrome hipercinética, mas pode ser paciente com um comprometimento cognitivo, pode ser um paciente com ansiedade.” (P1)

Algumas das dificuldades apontadas poderiam, segundo uma das profissionais, ser minimizadas se houvesse instrumentos de psicodiagnóstico disponíveis para a utilização no serviço. Atualmente, esse tipo de testagem é viabilizada através de parcerias com universidades:

“O uso, assim, de instrumentos um pouco mais estruturados, né, de escalas, enfim, de algumas testagens que... em alguns casos, assim, a gente solicita, mas a gente não tem, de fácil acesso, né, os usuários do SUS, a gente tem uma parceria com a [Universidade] que tem aqui [no município] (...). Em alguns casos, uma avaliação psicodiagnóstica, ou até alguns instrumentos que a gente pudesse usar aqui, de repente apoiariam (...) a nossa tomada de decisão nesse sentido” (P2)

Assim, destaca-se a percepção de que processo de tomada de decisão é dificultado pela complexidade do diagnóstico de TDAH. As dificuldades apontadas sugerem a necessidade de avaliar, além de possíveis comorbidades apresentadas pela criança, a sua motivação para a escolarização e as práticas familiares relativas esse processo. Além disso, ao considerar os familiares da criança como informantes, as profissionais precisariam considerar a possibilidade de que os relatos fornecidos sejam influenciados por demandas desproporcionais e não necessariamente vinculadas ao transtorno. Por fim, existiria ainda a possibilidade do uso pouco criterioso de diagnósticos, seja por parte de profissionais da própria equipe ou de outros serviços como as escolas. Todos esses elementos precisam ser considerados pela equipe para a adequada tomada de decisão sobre um plano terapêutico.

A análise relativa ao Eixo 1 possibilitou evidenciar dois elementos do processo de tomada de decisão no tratamento considerados relevantes pelas profissionais de CAPSi, ao

tratar de crianças com indicadores de TDAH. Em primeiro lugar, a avaliação da gravidade e da complexidade do caso, a qual define a necessidade ou não de uma maior personalização do plano de tratamento e de acompanhamento psicoterápico individual. Em segundo lugar, a consideração de uma grande diversidade de elementos que podem influenciar o diagnóstico do caso, correndo o risco de levar a diagnósticos equivocados ou à desconsideração de outros aspectos do caso não relacionados ao transtorno.

2.2 Participação de usuários e familiares nas decisões

A participação de usuários e familiares no processo de tomada de decisão no tratamento de crianças³ vem sendo estudada através do conceito de tomada de decisão compartilhada (Boland et al., 2019). Embora esse conceito seja retratado de maneiras bastante diversas na literatura, autores como Makoul e Clayman (2006) têm buscado definir seus componentes essenciais. Segundo eles, o processo envolveria a definição e explicação do problema, a apresentação de opções, a discussão de prós e contras de cada opção. Além disso, os valores e as preferências dos usuários teriam de ser explicitados, discutindo-se também suas habilidades e crenças de autoeficácia para implementar cada tratamento. O profissional da saúde também apresentaria seus conhecimentos e recomendações, certificando-se de que os usuários tenham compreendido suas implicações. Por fim, o processo seria finalizado com a tomada ou o explícito adiamento de uma decisão, e o agendamento de um próximo encontro para avaliar o andamento do tratamento, ou para tomar decisões que foram adiadas.

Na análise desse Eixo 2, o modelo de Makoul e Clayman (2006) foi utilizado como referencial para facilitar a identificação de elementos da participação de usuários e familiares no processo de tomada de decisão. Além disso, analisou-se os elementos que podem facilitar ou dificultar esse processo, tendo como referência as barreiras e os facilitadores já descritos por Boland et al. (2019) no contexto pediátrico. A utilização flexível desses referenciais teve como objetivo facilitar a identificação de elementos já descritos na literatura, possibilitando ainda explorar elementos contextuais específicos dos CAPSi estudados.

No primeiro tema deste eixo, *Informações das profissionais*, foram incluídos relatos de profissionais (P1, P6, P8) relativos ao uso de informações para a tomada de decisão. Esses relatos refletem aspectos implícitos ou usos explícitos das informações que, em geral, atuam a favor das recomendações das profissionais no processo de tomada de decisão. Isso ocorre de

³ A revisão de Boland et al. (2019) inclui crianças e adolescentes. Aqui, entretanto, foca-se nas crianças, sem ignorar que muitos aspectos destacados também poderiam ser estendidos aos adolescentes.

duas maneiras diferentes, representadas pelos subtemas *Informações como argumentos* e *Informações como limites* que serão apresentados descritos a seguir.

O subtema *Informações como argumentos* reúne relatos nos quais as profissionais utilizam-se explicitamente de informações sobre os tratamentos, por meio de exposições e explicações, para levar os usuários a concordar com a proposta terapêutica que está sendo recomendada. Isso ocorre, por exemplo, nos casos em que é preciso explicar aos familiares a importância de suspender a medicação em usuários de metilfenidato (psicofármaco estimulante conhecido como ritalina) estáveis, após longo período de uso da medicação. Nesses casos, é possível que o amadurecimento cerebral tenha eliminado ou reduzido os sintomas do transtorno, tornando supérfluo o uso da medicação. Essa explicação é utilizada para argumentar a respeito da recomendação terapêutica:

“Então a gente tá agora muito na fase de retirada de medicações, assim, de pacientes adolescentes que tão bem há algum tempo. A gente nota as famílias bastante resistentes a tirar a medicação, mas a gente propõe, explica por que seria interessante tirar e vários ficam bem sem a medicação, né.” (P1).

O mesmo pode ocorrer no caso inverso, quando o profissional defende o uso das medicações:

“Essa mãe, por exemplo, é (...) preocupada né, se não é muito remédio, se não vai fazer mal. E ele [a criança] ‘ah não, porque eu não vou tomar! Porque eu não quero tomar! Por que dois remédios?! Não vou tomar!!!’ (...) Então esse foi um caso, assim, mas (...) eu expliquei para a mãe que era importante realmente.” (P8)

Assim, em contextos em que os usuários e/ou seus familiares discordam ou têm receios em relação à indicação terapêutica feita pelo profissional, explicações são utilizadas para possibilitar um maior consenso em torno dessa proposta. Esse uso “argumentativo” da informação pode ser interpretado de diferentes formas, a depender da existência ou não de opções terapêuticas viáveis. Caso não exista mais de uma opção terapêutica aceitável, compreende-se que a informação é inequivocamente utilizada para descrever a importância do tratamento, seus benefícios e possíveis efeitos colaterais. Porém, nos casos em que há outras opções terapêuticas aceitáveis, o uso unicamente argumentativo da informação pode indicar que essas opções não estão sendo consideradas ou explicitadas no processo de tomada de decisão. Nesse caso, como será discutido mais adiante, estar-se-ia limitando desnecessariamente a participação dos usuários e familiares nas decisões sobre o tratamento.

Já o subtema *Informações como limites* descreve os casos nos quais as diferenças informacionais implícitas são situadas como o limite da participação dos usuários e de seus familiares nas decisões sobre o tratamento. As diferenças informacionais relatadas foram

associadas à complexidade do conhecimento técnico, no caso dos adultos, e as limitações da capacidade de compreensão dos usuários, no caso das crianças.

Por exemplo, um dos participantes (P1) relatou que as crianças não expressam suas opiniões ou preferências sobre as medicações pois *“não têm tanto esse acesso de conhecimento e não buscam tanto”*. A dificuldade na participação das crianças nas decisões sobre o seu tratamento se daria *“muito pela idade e capacidade de compreensão”* (P1). Além disso, diante de diferenças importantes na capacidade de compreensão que cada criança tem sobre o seu tratamento, haveriam dificuldades em estabelecer o nível de participação adequado a cada uma:

“É muito variável o nível cognitivo de compreensão de cada criança, né. Tem crianças que chegam a pedir a medicação. Ahm... e... a gente tende, na medida do possível, a... poder explicar o que se espera, porque que tá tomando, qual o objetivo com aquele tratamento, mas... [participar] de escolha terapêutica nem sempre é possível, né? (...) Com crianças, às vezes não é tão fácil. Esse limiar de que existe o poder de decisão e de compreensão, às vezes é um pouquinho difícil de perceber.”
(P1)

Diante desse problema, foi sugerido que a utilização de explicações mais adequadas ao público infantil poderia facilitar a participação das crianças no processo de tomada de decisão. Isso poderia ser incluído na formação de profissionais de saúde: *“Talvez, fazer algum tipo de treinamento... em como explicar de uma maneira mais lúdica os tratamentos... ahm... envolver brincadeiras ou processos que motivem eles”* (P1).

No caso dos familiares, a falta de conhecimento técnico poderia ser um limite para a sua participação nesse processo. Um dos participantes utilizou uma analogia para expressar essa ideia:

“Tipo assim, tu vai no médico, tu tem que fazer uma cirurgia... tu não tem muito como discutir, tipo... ‘não, acho que não, acho que o corte tem que ser assim’ não, tu tem um conhecimento, ali, técnico, que tu (...) não domina pra discutir aquilo com o médico, né?” (P6)

Porém, esse mesmo participante expressou que essa analogia teria limitações, pois, em suas palavras: *“Na saúde mental, tem todas as questões subjetivas, assim, né? Que dão espaço pra discutir mais o seu jeito, né, de tratar... o jeito de (...) tratar seus sintomas”* (P6). Contudo, mesmo no campo da saúde mental, tratando-se de intervenções medicamentosas, seria preciso impor alguns limites à participação dos usuários. Suas preferências de tratamento poderiam estar fundamentadas por crenças equivocadas:

“Às vezes elas querem discutir com o médico... ‘não, eu não quero esse remédio, eu quero esse aqui que a minha vizinha toma e melhorou.’ Né? Isso não dá pra discutir. Porque isso envolve um conhecimento técnico que ela não tem pra... né? Pra dizer.”

(P6)

Como no relato acima, há casos em que os limites identificados nesse subtema podem refletir critérios técnicos ou científicos cuja flexibilização não é razoável. Porém, em casos onde há alternativas aceitáveis, os limites à participação poderiam ser reduzidos através da disponibilização de informações em formato acessível para os usuários e familiares, conforme sugerido por um dos profissionais (P1). Assim, de maneira semelhante ao que foi discutido sobre o subtema anterior, quando há diferentes opções terapêuticas, a informação poderia ser utilizada didaticamente para proporcionar uma maior participação de familiares e usuários nas decisões sobre o tratamento. Mais adiante, esse aspecto será discutido em maior detalhe.

O segundo tema deste Eixo, *Participação como resposta* inclui os relatos que sugerem que a valorização das preferências dos usuários e de seus familiares a respeito do tratamento se dá “a posteriori”, ou seja, após a definição do plano terapêutico pela equipe do serviço. Nesse sentido, a participação do usuário pode ser entendida como uma “resposta” em formato de opinião, à proposta de tratamento feita pela equipe. Em outros casos, o tratamento já está em andamento, e os usuários e familiares manifestam suas percepções sobre a efetividade do tratamento e a presença de desconfortos ou efeitos colaterais:

“A principal razão de troca, ou de trazer o paciente pra dentro da decisão, é a existência de algum efeito colateral, também. Pra ver se vale a pena continuar tendo ou não efeito colateral, se preferiria trocar a medicação ou ficar sem a medicação.”
(P1)

Em alguns casos, a criança atendida não perceberia efetividade no tratamento. Considera-se interessante “*ela [a criança] poder dizer ‘olha, me senti assim com esse medicamento, não tem como trocar? Eu acho que não tá fazendo efeito’*” (P6). Em outras situações, podem haver desconfortos relacionados às intervenções ou à relação com profissionais da equipe, e a possibilidade de solicitar mudanças foi descrita como uma forma benéfica de participação: “*Poder discutir... ‘Ah, não me sinto bem em grupo...’, ‘Ah, não me sinto bem [no atendimento] individual...’, ‘Ai, (...) fulano lá daquele grupo, não gostei do jeito que ele fez. Dá pra trocar?’ Acho que isso (...) seria benéfico, ela participar.*” (P6). O seguinte exemplo foi relatado, a respeito de como esse processo tem ocorrido no CAPSi B:

“Eu tive um paciente que tinha sintomas, assim, de ser agressivo na escola e de ser muito impulsivo, de... a família também, né? De (...) muita agitação, assim, e comecei a atender ele individualmente. Pensei ‘bá, esse guri não vai render, aqui.’ (...) Ele não tinha o que dizer sobre aquilo, não tinha uma demanda pra falar sobre aquilo. E aí, ah, que eu atendi algumas vezes e (...) eu disse pra ele ‘Ai, tu sabe que aqui tem... tem uns grupos, também (...)’, ‘Ah é?’, ‘Quer ir pro grupo?’, ‘Quero’. E ele... foi pro grupo, entende? Nesse caso (...) a mãe do menino não gostou disso. Era um pedido dele (...). Atendi mais algumas vezes, conversei com ele e a mãe, então (...) ele foi

entrando enquanto tava comigo.” (P6)

No exemplo acima, a participação do usuário parece ter sido estimulada pela apresentação de uma opção terapêutica pela profissional. Essa apresentação, por sua vez, teria sido motivada pela percepção de que o usuário não estava motivado para a psicoterapia individual: *“Ele ficava tipo assim ‘Já terminou? Já terminou?’” (P6)*. Entretanto, admitindo-se que essa percepção esteja correta, cabe destacar que a mudança de modalidade terapêutica, da psicoterapia individual para o grupo, pode não refletir a defesa dos interesses da criança. Pelo contrário, como será discutido mais adiante, as preferências de um usuário podem contrariar seus próprios interesses caso não se sustentem em uma compreensão adequada dos riscos e benefícios das alternativas terapêuticas.

Outros termos utilizados para referir-se às formas de participação descritas neste subtema foram “sugestão”, “participação indireta” e “interferência”:

“Eles participam indiretamente, né, porque no momento que eles consultam (...), eu sempre converso com os pais né, então eles sugerem né, eles sugerem, eles falam o que tá acontecendo, o que acha que tá dando certo, o que acha que não tá dando certo, né, (...) em relação ao tratamento medicamentoso, em relação a questão das terapias dos grupos aqui, das intervenções que são feitas. Então, eles interferem de forma indireta, eles participam, interferem não, eles participam né do plano terapêutico não diretamente né eu acho, mas sim eles participam!” (P8)

Já no relato de outra profissional, o papel exercido pelos usuários não foi descrito como uma forma de participação, mas de opinião:

“Eles não participam, mas eles opinam, de alguma forma indireta né. A gente faz o plano terapêutico, eles não têm a participação da família. No momento que a gente monta o plano terapêutico a gente devolve pra família, esse plano [por exemplo], ‘vai ser feito isto, isto, isto’, alguns pais, às vezes [dizem] ‘Ah, mas eu não posso, eu não quero, eu não...’ sei lá, emitem a sua opinião. ‘Eu acho melhor que fosse tal coisa...’, assim né, claro, a gente leva um pouco em consideração, mas a definição não, a definição é sem a participação da família. Eles não participam.” (P4)

Como pode ser visto, os relatos incluídos no tema *Participação como resposta* referem-se a um conjunto de práticas em que as preferências dos usuários e familiares tendem a ser valorizadas “a posteriori” em relação à definição de um plano terapêutico feito pela equipe. Quando comparado ao conceito de tomada de decisão compartilhada, a *Participação como resposta* é muito menos abrangente. A partir dos relatos, observa-se que nesta última forma de participação, além de ser postergado, o envolvimento dos usuários e familiares nas decisões não é sistematicamente incentivado, e a discussão das intervenções possíveis é substituída pela discussão do plano terapêutico já elaborado pela equipe.

O terceiro tema deste eixo, *Divergências criança-família*, refere-se a relatos das

profissionais em que as preferências, preocupações e demandas expressas pela família são interpretados como não correspondentes com os interesses da criança. Na maioria das ocorrências desse tema (P4, P6, P7), relata-se que essas divergências estariam ligadas à tendência da família de recusar-se a participar do tratamento, centralizando o problema na criança. Em outras, porém, as demandas da família refletiriam sintomas dos próprios familiares (P6) ou a diferença de valores entre crianças e adultos (P1). O relato a seguir resume adequadamente os relatos relativos à centralização do problema na criança:

“A gente ouve bastante isso, assim, dito desse jeito mesmo, tipo: ‘não, mas ele que tem problema, por que que eu teria que vir [para um grupo]?’ Né, por parte da família, assim, tipo, aquela coisa toda de centralizar na criança o problema dela...” (P6)

Assim, a compreensão de que o “problema da criança” não teria relação alguma com o ambiente familiar estaria associada, em particular, à recusa, por parte dos familiares, de participar das intervenções propostas pela equipe, e à supervalorização dos tratamentos medicamentosos. Além disso, essa postura dos familiares dificultaria a sua participação nas decisões sobre o tratamento.

“Tem uma tendência, assim, das famílias, a querer só uma alopátia mesmo. Né, resolver o problema do filho acalmando ele e dando remedinho, porque é mais fácil. A resposta [risos] é imediata. (...) Na concepção de algumas famílias eu não tenho que modificar, eu não tenho que tentar conhecer meu filho melhor, ãhm, [procurar] um manejo mais adequado né, assim, [os familiares ficam] mais numa zona de conforto, tipo ‘O problema é ele, e não eu’, então isso tem muito também. Então, isso interfere muito às vezes no plano, a participação dos pais, no sentido de às vezes não querer.” (P4)

Em casos como o relatado acima, a equipe exerceria pressão sobre os familiares, condicionando a continuidade dos atendimentos no serviço a uma concepção mais integral do plano terapêutico:

“Não, se tu quer só a psiquiatria, aqui não pode. Tem que ter [risos] o combo, né? Se tu quer só a psiquiatria, só receitinha, nós vamos te re-encaminhar pra Unidade Básica de Saúde, vai ficar lá com o médico clínico ou com o médico pediatra, ou o médico da família... e tu vai lá só renovar receita.’ Aqui é tudo isto, então a gente tem, às vezes faz um pouquinho de pressão.” (P4)

Um dos relatos sugere que, de fato, muitos usuários acabam deixando o serviço quando os familiares são convocados a participar das intervenções: *“A desistência é muito alta, também, quando a pessoa é chamada a participar. Muitas vezes desistem do tratamento”* (P6). O relato a seguir exemplifica como pode ocorrer essa resistência por parte dos familiares:

“[Um] menininho de nove anos, (...) a família dele é muito resistente... (...) a se

entender como parte desse tratamento. (...) Por eles, ele teria em atendimento individual... eu já avaliei esse menino, eu pensei 'tá, não faz sentido eu ficar com ele aqui, individualmente, faz mais sentido eu ver ele num espaço coletivo e... trabalhar com essa família'. (...) Pra eles é... até a parte do espaço coletivo, eles entendem, mas a parte de eles fazerem parte disso, ou de repensarem um pouco, né, as suas formas, né, de lidar com ele... não, isso aí não faz parte. Então, acho que no pensar um plano terapêutico... isso poderia ser uma dificuldade, assim, de pais não tão... abertos a se ver nesse tratamento, assim.” (P7)

No relato acima, a profissional destacou que as resistências da família poderiam dificultar uma possível tentativa da equipe de ampliar sua participação nas decisões sobre o tratamento das crianças. Assim, ao incluir-se os familiares no processo de decisão, as preferências manifestadas por eles poderiam decorrer de suas próprias resistências, e não das suas concepções sobre os interesses da criança. Em outros casos, a forma de participação dos familiares poderia refletir seus próprios sintomas, também dificultando sua participação nas decisões sobre o tratamento. No caso relatado a seguir, a familiar demandava que a criança fosse atendida individualmente, e a profissional interpretou que isso decorria de suas próprias inseguranças, e ia contra os interesses da criança:

“Ela [a mãe] queria interferir muito no atendimento individual dele. Todas as vezes, ela tinha muita coisa pra falar, queria entrar junto, e no grupo ficar depois (...). E aí a gente entendeu, assim, que era um limite pra ela, né? É isso que eu digo, né, vai dando os limites, assim. Acho que é bem importante a família participar e ter o direito, né? De participar. É justo. Mas, em alguns casos a forma de participação diz mais dos sintomas daquela família, né, do que de algo mais assim [voltado para a criança]. Nesse caso, por exemplo era mais o sintoma da mãe. (...) A mãe tinha uma demanda de ficar o tempo todo, assim, com ele, né, e no grupo [intervenção defendida pela equipe] aquilo se perdia pra ela, mas ele [o filho] precisava muito daquele espaço.” (P6)

Em outro relato, a participação da criança nas decisões sobre seu plano terapêutico é dificultada pela sua imaturidade para avaliar a importância dos prejuízos funcionais no âmbito escolar. Essa dificuldade seria diminuída ao longo do tratamento, uma vez que a criança percebesse os benefícios a curto prazo da melhora de seu desempenho:

“Talvez achar uma forma de achar a motivação da criança pro tratamento seja algo que a gente queira aqui, só que a demanda geralmente é de terceiros. No início do tratamento, porque a criança não necessariamente quer ter notas melhores, ou quer ter um caderno completo. Mas no momento que ela se dá conta que aquilo traz benefício e é menos angustiante de estar na aula com a medicação, eles gostam de continuar tomando.” (P1)

A partir dos relatos acima, percebe-se que o tema *Divergências criança-família* reflete a percepção, por parte das profissionais, de divergências entre as preferências, preocupações e demandas dos familiares, quando comparadas às das crianças atendidas. Essas divergências

estariam associadas, principalmente, à dificuldade dos familiares em perceber a própria importância para a manutenção e/ou modificação dos sintomas da criança. Além disso, podem estar associadas a sintomas dos próprios familiares ou à imaturidade das crianças para compreender a importância de determinados domínios da vida, como o escolar. Nesse contexto, as profissionais percebem barreiras ao tentar dialogar a respeito do plano terapêutico, as quais também dificultariam um maior envolvimento dos usuários e familiares nas decisões sobre o tratamento.

Em conjunto, a análise dos três temas gerados no Eixo 2 possibilitou explicitar as percepções de profissionais de saúde mental sobre o envolvimento das crianças com indicadores de TDAH e seus familiares nas decisões sobre seu tratamento no CAPSi. O primeiro tema, *Informações das profissionais*, evidenciou que essas profissionais consideram o compartilhamento de informações como um instrumento facilitador para produzir consensos em torno de suas recomendações terapêuticas. Por outro lado, as informações podem ser inacessíveis e demarcar um limite para participação dos usuários. Já o segundo tema, *Participação como resposta* explicitou formas de participação dos usuários e familiares nas decisões sobre o tratamento que ocorrem atualmente nos CAPSi estudados. Essas formas de participação ocorrem, em geral, após a elaboração do plano terapêutico pela equipe do serviço, sendo menos abrangentes quando comparados ao conceito de tomada de decisão compartilhada. Por fim, o terceiro tema, *Divergências criança-família*, explicitou desafios inerentes às diferenças de preferências, preocupações e demandas entre as crianças atendidas e suas famílias, gerando dificuldades no envolvimento desses agentes nas decisões sobre o tratamento.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo revelaram que as decisões sobre o plano terapêutico das crianças atendidas pelos CAPSi estudados costumam ser tomadas nas reuniões de equipe, a partir das informações reunidas no processo de acolhimento, sem a sistemática participação de usuários e familiares. Em particular, no que diz respeito ao atendimento de crianças com indicadores de TDAH nesses serviços, foi identificado um padrão de tratamento, alguns critérios que levam a equipe a modificá-lo, e as dificuldades diagnósticas envolvidas nas decisões sobre esse processo. Também foram identificadas algumas formas de participação dessas crianças e de seus familiares nas decisões sobre o tratamento; usos da informação que legitimam as recomendações terapêuticas das profissionais no diálogo com os usuários; e divergências de interesses entre essas crianças e seus familiares, que podem tornar mais complexa sua inclusão no processo de decisão sobre o tratamento nos CAPSi.

Como destacado no capítulo anterior, as demandas principais atendidas pelas equipes, conforme o relato das participantes, são o transtorno do espectro autista e os transtornos de humor, bem como o TDAH (CAPSi A) e o transtorno opositor-desafiador (CPASi B). Essa característica condiz com os resultados de alguns estudos sobre as populações atendidas em CAPSi (Delfni et al., 2009; Garcia et al., 2015), que indicam que a principal demanda nesses serviços tem sido os transtornos de comportamento e os transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância e na adolescência (F90-98), entre os quais estão o TDAH e o TOD (Organização Mundial da Saúde, 1993). Na sequência, aparecem os transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-88), entre os quais está o autismo. Por fim, no que diz respeito aos transtornos de humor, estes estiveram menos presentes no estudo realizado em São Paulo (Delfni et al., 2009), e apareceram como especialmente prevalentes na região Sul, em estudo nacional (Garcia et al., 2015).

Ainda sobre as demandas atendidas, cabe destacar que, em ambos os CAPSi, foi relatada a existência de filas de espera e excessos de demanda. No caso da psicoterapia individual, o tempo de espera previsto era de oito meses, em um dos serviços. Esse problema foi relatado em outros estudos realizados em CAPSi (Leal & Antoni, 2013; Scandolara et al., 2009), e parece refletir a necessidade de ampliação dos serviços voltados para a infância e adolescência da Rede de Atenção Psicossocial.

Quanto ao ingresso dos usuários nos serviços estudados, este foi descrito como um

processo de acolhimento, em que uma profissional da equipe entrevista o usuário e seus familiares, buscando conhecer as informações relevantes sobre o caso. Esse processo pode envolver mais de um encontro e a solicitação de pareceres a outros serviços, como as escolas. A avaliação resultante dos acolhimentos é utilizada para tomada de decisões sobre o plano terapêutico, porém, em um dos serviços (CAPSi B), foram relatadas inseguranças sobre a qualidade dessas avaliações. Essas inseguranças foram associadas à divisão de tarefas em que as “*profissionais psi*” (psicólogas e psiquiatras) não participam do acolhimento.

Essas inseguranças relatadas convergem com os achados do estudo etnográfico realizado por Moreira et al. (2018) a respeito do processo de acolhimento em um CAPSi no município de Salvador (BA). Esse estudo sugeriu que a falta de conhecimentos teóricos sobre psicopatologia poderia repercutir negativamente nas decisões sobre o plano terapêutico decorrentes do acolhimento. Porém, como assinalaram esses pesquisadores, e de acordo com o previsto pelo Projeto Terapêutico Singular (Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2007), cabe ressaltar que os elementos a serem investigados no acolhimento não se limitam aos aspectos psicopatológicos propriamente ditos. Assim, no que diz respeito à avaliação do contexto social e familiar dos usuários, é possível que as profissionais que atualmente realizam o acolhimento no serviço tenham desempenho mais relevante que o dos “*profissionais psi*”.

Nesse sentido, dada a complexidade de elementos a serem considerados na avaliação, é provável que a escolha das profissionais que participarão do acolhimento implique sempre em diferentes benefícios e prejuízos. Porém, a divisão de tarefas mencionada pelas profissionais foi associada aos excessos de demanda por atendimento, que impediriam a realocação de psiquiatras e psicólogas para o acolhimento e a realização do acolhimento em duplas. Assim, as possibilidades de divisão de tarefas nesse serviço parecem ser limitadas pelas pressões do excesso de demanda, dificultando a consideração de outras alternativas.

Também foi relatada pelas profissionais a dificuldade de comunicação nos espaços de reunião de equipe, em que as profissionais que realizam o acolhimento não se sentiriam apoiadas pelas colegas para defender suas opiniões sobre o plano terapêutico. Nesse caso, o que está em jogo não parece ser a qualidade ou a especificidade das avaliações feitas por cada profissional, mas sim a possibilidade de um diálogo aberto, o qual pode ser considerado um elemento central para o trabalho em equipe na saúde (D’amour et al., 2005).

Passando-se para a discussão do processo geral de tomada de decisão no tratamento nos CAPSi, os achados deste estudo indicam que esse processo tem como espaço central as

reuniões de equipe dos serviços. Nessas reuniões, os membros da equipe avaliam um caso a partir das informações trazidas pela profissional que entrevistou a criança e seus familiares no acolhimento. A partir dessa discussão do caso, define-se um conjunto de atividades que farão parte do tratamento da criança. Em um dos serviços (CAPSi A), essa discussão também determina quem será a profissional responsável por repassar esse plano de tratamento aos familiares da criança. No outro (CAPSi B), essa tarefa é assumida pela mesma profissional que realizou o acolhimento.

De maneira geral, o processo mencionado acima parece refletir a proposta do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é previsto pela legislação que regulamenta o funcionamento dos CAPSi (Portaria GM/MS nº 336, 2002; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2007). Assim, como relatado por Leal e Antoni (2013), em estudo na Região Metropolitana de Porto Alegre, esse processo vem sendo utilizado pela maioria dos CAPS (incluindo CAPSi) para a organização do plano terapêutico dos usuários. O PTS é definido como o conjunto de condutas terapêuticas propostas por uma equipe interdisciplinar voltadas para um usuário, grupo ou família (Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2007). A construção de um PTS deve levar em consideração os diversos aspectos contextuais dos usuários, não se limitando a avaliação de seus sintomas.

Ainda em relação à construção dos PTS, em um estudo anterior realizado por Silva et al. (2019), identificou-se uma baixa participação dos profissionais médicos nesse processo. No presente estudo, esse fator não foi mencionado entre os desafios para a tomada de decisões em reuniões de equipe. Por outro lado, alguns relatos apresentados sugerem que a constituição de um plano terapêutico adequado às características de cada caso é relativamente limitada pelo excesso de demanda nos serviços. Como destacado a seguir, esse excesso de demanda foi associado a um certo nível de “padronização” dos planos terapêuticos.

A análise dos relatos das profissionais acerca do tratamento das crianças com indicadores de TDAH nos CAPSi possibilitou distinguir alguns elementos percebidos como comuns no tratamento dessas crianças, a saber, as oficinas, os grupos terapêuticos e os atendimentos psiquiátricos. Essa “padronização” do tratamento pode ser interpretada a partir do modelo da tomada de decisão naturalística RPD (“recognition-primed decision”; Klein, 1993, 2008), já descrito na introdução. Esse modelo pressupõe que, em diversos contextos complexos, em que as decisões são tomadas sob pressão, as opções são consideradas sequencial e não analiticamente. Nesses contextos, profissionais experientes costumam reconhecer as características de uma dada situação rapidamente e, a partir de suas

experiências prévias, gerar respostas adequadas (Klein, 1993, 2008). O reconhecimento da situação é testado através da satisfação de expectativas, que funcionam como hipóteses sobre o fenômeno. Já a qualidade das respostas é testada através de simulações mentais, em que procura-se prever como uma conduta vai agir em determinado contexto específico.

A partir disso, o tema “*Tratamento padrão*” pode ser interpretado como um padrão de condutas diante de um conjunto de “pistas” (os indicadores de TDAH) reconhecidas pelos profissionais. Em alguns casos, o diagnóstico ou a presença de indicadores de TDAH levaria as profissionais a considerarem as oficinas, os grupos terapêuticos e o atendimento psiquiátrico como conduta adequada. Porém, no caso da identificação de outras pistas relevantes (comorbidades, problemas familiares, instabilidade do caso), essa conduta seria reavaliada, pensando-se em novas opções (psicoterapia individual, outros grupos). Em outros casos, a psicoterapia individual seria a primeira opção considerada, mas, ao simular os efeitos dessa conduta, a presença da fila de espera levaria à consideração de outros tratamentos, como grupos e oficinas terapêuticas.

Ainda no quadro interpretativo da tomada de decisão naturalística, o tema “*Dificuldades diagnósticas e patologização*” pode ser situado como um conjunto de elementos que desafiam a utilização de um modelo simples de tomada de decisões. Por exemplo, a presença de comorbidades foi mencionada no presente estudo como um desafio para a tomada de decisões no contexto das crianças com indicadores de TDAH, exigindo, por exemplo, a consideração de um número maior de pistas para a tomada de decisão. O mesmo ocorre quando há a necessidade de distinguir demandas excessivas por parte da família e outros agentes (como as escolas).

É importante destacar, entretanto, que a “consideração de um número maior de pistas”, bem como outros elementos incluídos no modelo (RPD) de tomada de decisão naturalística, partem do pressuposto de que os elementos relevantes serão reconhecidos pelos tomadores de decisões. Mas, em algumas circunstâncias, é possível que elementos relevantes não sejam considerados devido ao fenômeno do “entrenchment” (entrenchment), no qual estímulos pouco usuais tendem a ser ignorados por pessoas experientes em determinada área (Larrick & Feiler, 2015). Porém, esse processo pode ser revertido, caso as profissionais recebam pistas sobre a presença de novos elementos nas situações avaliadas. Assim, denota-se a importância de que os elementos contidos no tema “*Dificuldades diagnósticas e patologização*” sejam percebidos e considerados pelas profissionais no processo de tomada de decisão.

Além dos temas relativos à tomada de decisão em sentido amplo, este estudo procurou

analisar as percepções das profissionais de saúde mental entrevistadas a respeito da participação das crianças com indicadores de TDAH e de seus familiares nas decisões sobre tratamento. Nesse sentido, foram identificados três temas: *Informações das profissionais*, *Participação como resposta* e *Divergências criança-família*. Esses temas auxiliam a compreender as percepções das profissionais a respeito do envolvimento atual de familiares e crianças no processo de decisão, além de barreiras e facilitadores para a expansão dessa participação.

O primeiro tema, *Informações das profissionais*, foi dividido em dois subtemas, que serão primeiro discutidos individualmente. As *Informações como argumentos* refletem situações em que as profissionais expõem seus conhecimentos a respeito da condição clínica ou do tratamento fora de um contexto de tomada de decisão ou avaliação de opções. Nesse contexto, as informações adquirem o papel de convencimento, e não de compartilhamento do poder de decisão com o usuário. Esse aspecto também foi relatado por Boland et al. (2019), como uma barreira para a tomada de decisão em que os profissionais compartilham informações apenas sobre as alternativas de tratamento preferidas por eles.

Um achado semelhante foi relatado por Fiks et al. (2011), a partir de entrevistas com pediatras e familiares no contexto do tratamento de TDAH. Conforme relataram esses pesquisadores, em contraste com a perspectiva dos familiares, os médicos entendiam o compartilhamento de informações como um processo de convencimento, e não de comparação de alternativas. Em comparação, no modelo de tomada de decisão compartilhada, os profissionais compartilham suas perspectivas e recomendações com os usuários no contexto de uma decisão a ser feita (Makoul & Clayman, 2006). As informações discutidas no contexto das diversas opções de tratamento possíveis, descrevendo-as e considerando seus respectivos riscos e benefícios (Elwyn et al., 2012).

No que diz respeito às *Informações como limites*, esse subtema reuniu relatos nos quais as diferenças cognitivas das crianças e a falta de conhecimentos técnicos por parte de seus familiares foram citados como barreiras para o seu envolvimento nas decisões sobre o tratamento. No caso das crianças, a importância da adequação das informações sobre saúde a seu estágio do desenvolvimento vem sendo apontada, tanto na literatura em psicologia do desenvolvimento (Connell & Javenic, 2003) quanto no campo da tomada de decisão compartilhada (Krockow et al. 2019). Porém, a maioria das intervenções para promover a tomada de decisão compartilhada está voltada apenas para a participação dos familiares, tanto no contexto pediátrico (Wyatt et al., 2015) quando no domínio específico da saúde mental

infantojuvenil (Cheng et al., 2017). Assim, embora a possibilidade de auxiliar a criança na compreensão sobre a sua saúde venha sendo crescentemente reconhecida, critérios e ferramentas para colocar isso em prática ainda são escassos.

Tratando-se da participação dos familiares, os relatos trazidos ilustraram a presença de concepções equivocadas a respeito da eficácia das medicações. Ao mesmo tempo, o fato de que equívocos como esses foram relatados como limites, e não como oportunidades para troca de informações, poderia indicar dificuldades na comunicação entre profissionais e usuários. Nesse sentido, diversas estratégias para melhorar a comunicação entre profissionais, familiares e usuários vêm sendo estudadas (Kodjebacheva et al., 2016), obtendo-se resultados interessantes em aspectos como relação profissional-paciente e satisfação dos usuários.

A troca de informações com os usuários também poderia se beneficiar do uso de instrumentos específicos para esse fim. Por exemplo, Brinkman et al. (2013) desenvolveram cartões informativos destinados a explicar aspectos como os efeitos esperados e adversos das medicações, em linguagem adequada para familiares de crianças com TDAH. Outro exemplo é a lista de perguntas desenvolvida por Ahmed et al. (2016), destinada a encorajar os familiares de crianças com TDAH a solicitar informações durante as consultas clínicas. Esse é um campo que demanda atenção de pesquisadores brasileiros, pois não são conhecidos materiais como esses em português e adequados aos tratamentos disponíveis no Sistema Único de Saúde.

Nos CAPSi estudados, foram também identificadas práticas em que as preferências dos usuários e familiares tendem a ser valorizadas “a posteriori”, ou seja, após a definição do plano terapêutico pela equipe do serviço. O conjunto de relatos relacionados a essas práticas foi agrupado no tema “*Participação como resposta*”. Comparando-as com o modelo de tomada de decisão compartilhada de Makoul e Clayman (2006), percebe-se grandes diferenças. Os problemas a respeito dos quais uma decisão precisa ser tomada não são definidos explicitamente e as opções não são apresentadas em termos de seus prós e contras. As informações e recomendações apresentadas pelos profissionais respondem a uma queixa ou reação do usuário diante do tratamento ou do plano terapêutico. Nesse sentido, a “*Participação como resposta*” pode ser resumida como a expressão de uma preferência por parte de usuários e familiares. Porém, na tomada de decisão compartilhada, pressupõe-se que as preferências do usuário precisam ser complementadas por um processo de troca de informações com o profissional de saúde. Assim, as preferências a serem consideradas devem estar baseadas num diálogo a respeito dos principais aspectos que estão em jogo em uma

decisão, sendo assim chamadas de “preferências informadas” (Elwyn et al., 2012).

Neste estudo, também foram identificadas “*Divergências criança-família*”, em que são percebidas divergências entre as preferências manifestadas pela família e as preferências da criança. A respeito desse tema, cabe explicitar que as divergências em questão são baseadas em inferências implícitas, por parte das profissionais entrevistadas, sobre quais seriam os interesses da criança. Nesse sentido, o tema não reúne relatos de discordâncias explícitas entre as crianças e suas famílias, em discussões durante os atendimentos. Em suma, o que esse tema inclui são relatos de divergências entre os interesses da criança, conforme supostos pelas profissionais de saúde, e os interesses que teriam sido expressados pelos familiares.

Entre os elementos incluídos em “*Divergência criança-família*”, um refere-se aos casos em que a criança ainda não teria maturidade para avaliar propriamente os próprios interesses. Nesse sentido, estudos (Krockow et al., 2019) têm demonstrado que as crianças têm maior dificuldade em tomar decisões orientadas para o futuro. No caso do TDAH, isso estaria associado à dificuldade das crianças em avaliar adequadamente a importância do prejuízo em seu desempenho escolar. Assim, a “demanda” por atendimento não seria compreendida adequadamente pela criança, levando a um desafio para incluí-la no processo de tomada de decisão. As dificuldades de compreensão da criança também foram apontadas por outros estudos como barreiras para a participação das crianças no processo de decisão (Boland et al., 2019).

Outros elementos incluídos nesse mesmo tema representam casos em que os familiares das crianças com TDAH resistiriam a participar do tratamento, centralizando o problema na própria criança e, assim, preferindo tratamentos farmacológicos. Em outros casos, os familiares teriam preferências por determinados tratamentos (por exemplo, psicoterapia individual) em função de demandas próprias pela atenção dos profissionais, e não em função das demandas das crianças. Em casos como esses, parece contradizer-se a premissa de que os familiares são representantes adequados dos interesses das crianças. Esse questão foi levantada por Gabe et al. (2004), porém ainda é pouco discutida na literatura sobre tomada de decisão compartilhada.

Antes de encerrar a presente discussão, é importante destacar algumas limitações deste estudo. Em primeiro lugar, por contar com os relatos das profissionais como única fonte de informações, a validade das inferências a respeito do funcionamento dos serviços é passível de limitações. Soma-se a isso o fato de se constituir em um estudo de casos, e as inferências

feitas a partir dos relatos para outros CAPSi precisa ser feita com cautela.

Além disso, o estudo contou com um número relativamente reduzido de participantes, especialmente no CAPSi A, com apenas duas participantes, possibilitando uma perspectiva limitada acerca desse serviço. De modo geral, foi difícil a adesão de CAPSi e de profissionais ao presente estudo, o que pode ser um retrato da dificuldade envolvida na tarefa de falar sobre as práticas profissionais e as tomadas de decisão nos respectivos serviços. Além disso, ao tratar de crianças com indicadores de TDAH, não houve controle sobre os casos evocados pelas profissionais como exemplos desses quadros, o que pode ter levado a informações equivocadas, em especial ao entrevistar-se algumas profissionais cuja formação não enfatiza a identificação de transtornos psicológicos.

Contudo, apesar das limitações destacadas, os achados deste estudo permitiram conhecer a perspectiva de profissionais de CAPSi a respeito das decisões envolvidas no tratamento de crianças com indicadores de TDAH. Foram identificados alguns padrões de tomada de decisão percebidos pelas profissionais, bem como desafios envolvidos nesse processo. Além disso, investigou-se a participação de crianças com indicadores de TDAH e seus familiares nas decisões sobre o tratamento em CAPSi, identificando dificuldades específicas desse contexto que podem ser abordadas em pesquisas e intervenções futuras. Cabe destacar que o contexto estudado diferencia-se grandemente de outros contextos onde o conceito de tomada de decisão compartilhada foi estudado a nível internacional (por exemplo, Elwyn et al., 2000; Fiks et al., 2011), pela discussão ainda incipiente a respeito desse conceito no Brasil. Nesse contexto, a abertura das profissionais que participaram dessa pesquisa para discutir o tema é considerada, em si mesma, um indicativo de que há espaço para construir abordagens em saúde mental que valorizem, cada vez mais, as preferências dos usuários.

Considerações finais

O presente estudo investigou as percepções de profissionais de CAPSi a respeito do processo de tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH. Em especial, investigou-se a participação de usuários e seus familiares nas decisões sobre o seu tratamento.

Os resultados deste estudo permitiram conhecer alguns padrões recorrentes de tratamento para as crianças com indicadores de TDAH em CAPSi, destacando-se os grupos e oficinas terapêuticas e os atendimentos psiquiátricos. Além disso, identificou-se a presença de dificuldades diagnósticas, associadas, em alguns casos, à patologização, que dificultam a

avaliação dos casos acolhidos pelo serviço e, conseqüentemente, tornam-se desafios para a tomada de decisões no tratamento. Além disso, foram identificados aspectos relativos à troca e à compreensão de informações que podem dificultar a participação de crianças com indicadores de TDAH e seus familiares nas decisões sobre o tratamento. Também foram descritas formas de participação distintas das previstas pelo conceito de tomada de decisão compartilhada, bem como divergências de interesses entre crianças e seus familiares que podem dificultar o seu envolvimento nas decisões sobre o tratamento. Os achados do estudo também explicitaram a necessidade da expansão da Rede de Atenção Psicossocial voltada para crianças adolescentes, dado o excesso de demanda e a existência de filas de espera em ambos os serviços incluídos na pesquisa.

O estudo realizado constitui-se como um passo inicial na popularização do conceito de tomada de decisão compartilhada no contexto brasileiro. A aplicação desse modelo, entretanto, demandará investimentos em formação e pesquisa, dada a presença de desafios como os identificados neste trabalho. Pesquisas futuras poderão abordar as percepções de outros atores, como as crianças e seus familiares, a respeito da tomada de decisões, e incluir métodos observacionais que possibilitem uma avaliação mais direta do processo de tomada de decisão. Além disso, o desenvolvimento de intervenções, junto aos profissionais, para qualificar a troca de informações entre profissional e usuário, é um passo importante para a ampliação da participação de usuários e familiares nas decisões sobre o tratamento. Essa participação é fundamental para a construção de Projetos Terapêuticos realmente adequados às singularidades de usuários, famílias e comunidades.

REFERÊNCIAS

- Ahmed, R., McCaffery, K. J., & Aslani, P. (2016). Development and validation of a question prompt list for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a Delphi study. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 19(2), 234–252. <https://doi.org/10.1111/hex.12341>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (s. d.). About AHRQ. <https://www.ahrq.gov/cpi/about/index.html>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2014). The SHARE Approach – essential steps of shared decisionmaking: Quick reference guide. <https://www.ahrq.gov/health-literacy/curriculum-tools/shareddecisionmaking/tools/tool-1/index.html>
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Artmed.
- Barkley R. A. (1997). Attention-deficit/hyperactivity disorder, self-regulation, and time: toward a more comprehensive theory. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP*, 18(4), 271–279.
- Baron, J. (2004). Normative models of judgement and decision making. In D. J. Koehler & N. Harvey (Eds.), *Blackwell handbook of judgement and decision making* (Cap. 2, pp. 19-36). Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9780470752937.ch2>
- Batstra, L., Nieweg, E. H., & Hadders-Algra, M. (2014). Exploring five common assumptions on Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 103(7), 696–700. <https://doi.org/10.1111/apa.12642>
- Boland, L., Graham, I. D., Légaré, F., Lewis, K., Jull, J., Shephard, A., Lawson, M. L., Davis, A., Yameogo, A. & Stacey, D. (2019). Barriers and facilitators of pediatric shared-decision making: a systematic review. *Implementation science*, 14(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0851-5>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brinkman, W. B., Hartl Majcher, J., Poling, L. M., Shi, G., Zender, M., Sucharew, H., Britto, M. T., & Epstein, J. N. (2013). Shared decision-making to improve attention-deficit hyperactivity disorder care. *Patient education and counseling*, 93(1), 95–101. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.04.009>
- Bruchmüller, K., Margraf, J., & Schneider, S. (2012). Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(1), 128–138. <https://doi.org/10.1037/a0026582>
- Buchanan, A. E., & Brock, D. W. (1989). *Deciding for others: the ethics of surrogate decision making*. Cambridge University Press.
- Cervo, M. R., & Silva, R. A. N. (2014). Um olhar sobre a patologização da infância a partir

do CAPSI. *Revista Subjetividades*, 14(3), 442-453.

- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared Decision-Making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Soc. Sci. Med.*, 44(5), 681-692. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(96)00221-3)
- Cheng, H., Hayes, D., Edbrooke-Childs, J., Martin, K., Chapman, L., & Wolpert, M. (2017). What approaches for promoting shared decision-making are used in child mental health? A scoping review. *Clin. Psychol. Psychother.*, 24(6), 1495-1511. <https://doi.org/10.1002/cpp.2106>
- Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W. E., & Reed, G. M. (2017). Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological science in the public interest : a journal of the American Psychological Society*, 18(2), 72-145. <https://doi.org/10.1177/1529100617727266>
- Coelho, L. P. & Rodrigues, B. M. R. D. (2009). O cuidar da criança na perspectiva bioética. *Rev. enferm. UERJ*, 17(2), 188-193.
- Coghill, D. R., Seth, S., & Matthews, K. (2014). A comprehensive assessment of memory, delay aversion, timing, inhibition, decision making and variability in attention deficit hyperactivity disorder: advancing beyond the three-pathway models. *Psychological medicine*, 44(9), 1989-2001. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002547>
- Connell, C. M., & Javenic, M. R. (2003). Health and human development. In R. M. Lerner, M. A. Easterbrooksc, J. Mistry & I. B. Weiner (Eds.). *Handbook of psychology: Vol. 6. Developmental psychology* (Cap. 24, pp. 579-600). Wiley.
- Cruz, M. G. A., Okamoto, M. Y., & Ferrazza, D. A. (2016). O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(58), 703-714. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0575>
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, 19 Suppl 1, 116-131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
- Delfini, P. S., Dombi-Barbosa, C., Fonseca, F. L., Tavares, C. M., & Reis, A. O. A. (2009). Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil. *Journal of Human Growth and Development*, 19(2), 226-236.
- Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P., & Grol, R. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract*, 50(460), 892-899.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, 27(10), 1361-1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship.

Jama, 267(16), 2221-2226. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>

- Fiks, A. G., Hughes, C. C., Gafen, A., Guevara, J. P., & Barg, F. K. (2011). Contrasting parents' and pediatricians' perspectives on shared decision-making in ADHD. *Pediatrics*, 127(1), e188–e196. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1510>
- Gabe, J., Olumide, G., & Bury, M. (2004). 'It takes three to tango': a framework for understanding patient partnership in paediatric clinics. *Social science & medicine* (1982), 59(5), 1071–1079. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.09.035>
- Galanter, C. A. & Patel, V. L. (2005). Medical decision making: a selective review for child psychiatrists and psychologists. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 675-689. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01452.x>
- Garcia, G. Y. C., Santos, D. N., & Machado, D. B. (2015). Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 2649-2654. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00053515>
- Goldstein, W. M. (2004). Social judgment theory: applying and extending Brunswik's probabilistic functionalism. In D. J. Koehler & N. Harvey (Eds.), *Blackwell handbook of judgement and decision making* (Cap. 3, pp. 37-61). Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9780470752937.ch3>
- Haug, R. (2018). *RQDA: R-based Qualitative Data Analysis* (versão 0.3-1) [Programa de computador]. <http://rqda.r-forge.r-project.org>
- Heckerling P. S., & Verp, M. S. (1991). Amniocentesis or chorionic villus sampling for prenatal genetic testing: a decision analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44(7), 657-670. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(91\)90027-7](https://doi.org/10.1016/0895-4356(91)90027-7)
- Hinshaw, S. P., & Scheffler, R. M. (2018). ADHD in the twenty-first century. In T. Banaschewski, D. Coghill, & A. Zuddas (Eds.), *Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (Cap. 2, pp. 9-15). Oxford Univ. Press.
- Hughes, T. M., Merath, K., Chen, Q., Sun, S., Palmer, E., Idrees, J. J., Okunrintemi, V., Squires, M., Beal, E. W., & Pawlik, T. M. (2018). Association of shared decision-making on patient-reported health outcomes and healthcare utilization. *American journal of surgery*, 216(1), 7–12. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.01.011>
- Johnson, B. R., Schwartz, A., Goldberg, J., & Koerber, A. (2006). A chairside aid for shared decision making in dentistry: a randomized controlled trial. *Journal of Dental Education*, 70(2), 133-141. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2006.70.2.tb04069.x>
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Farrar, Straus and Giroux.
- Karni, E. (2009). A theory of medical decision making under uncertainty. *Journal of Risk and Uncertainty*, 39, 1-16. <https://doi.org/10.1007/s11166-009-9071-3>
- Kazda, L., Bell, K., Thomas, R., McGeechan, K., & Barratt, A. (2019). Evidence of potential overdiagnosis and overtreatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents: protocol for a scoping review. *BMJ open*, 9(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032327>

- Keren, G. & Teigen, K. H. (2004). Yet another look at the heuristics and biases approach. In D. J. Koehler & N. Harvey (Eds.), *Blackwell handbook of judgement and decision making* (Cap. 5, pp. 89-109). Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9780470752937.ch5>
- Klein, G. A. (1993). A Recognition-Primed Decision (RPD) Model of Rapid Decision Making. In G. A. Klein, J. Orasanu, R. Calderwood & C. E. Zsombok (Eds.), *Decision making in action: models and methods* (Cap. 6, pp. 138-147). Ablex Publishing Corporation.
- Klein, G. A. (2008). Naturalistic Decision Making. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 50(3), 456–460. <https://doi.org/10.1518/001872008X288385>
- Klein, G. A. (2017). *Sources of power: how people make decisions*. MIT Press. (Obra original publicada em 1998)
- Klein, G. A., & Crandall, B. W. (1995). The role of mental simulation in problem solving and decision making. P. Hancock, J. Flach, J. Caird & K. Vicente (Eds.), *Local applications of the ecological approach to human-machine systems* (vol. 2, Cap. 11, pp. 324-358). Erlbaum.
- Kodjebacheva, G. D., Sabo, T., & Xiong, J. (2016). Interventions to improve child-parent-medical provider communication: A systematic review. *Social science & medicine* (1982), 166, 120–127. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.08.003>
- Krockow, E. M., Riviere, E., & Frosch, C. A. (2019). Improving shared health decision making for children and adolescents with chronic illness: A narrative literature review. *Patient education and counseling*, 102(4), 623-630. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.017>
- Larrick, R. P. & Feiler, D. C. (2015). Expertise in decision making. In G. Keren & G. Wu (Eds.), *The Wiley Blackwell handbook of judgement and decision making* (Cap. 24, pp. 696-722). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118468333.ch24>
- Leal, B. M., & Antoni, C. (2013). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Revista Aletheia*, (40), 87-102.
- Légaré, F., Adekpedjou, R., Stacey, D., Turcotte, S., Kryworuchko, J., Graham, I. D., Lyddiatt, A., Politi, M. C., Thomson, R., Elwyn, G., & Donner-Banzhoff, N. (2018). Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pub4>
- Makoul, G., & Clayman, M. L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient education and counseling*, 60(3), 301-312. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.06.010>
- Manara & Piccinini (2019a). *Entrevista sobre tomada de decisão no tratamento de crianças com demandas em saúde mental* [Instrumento não publicado]. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Manara & Piccinini (2019b). *Entrevista sobre tomada de decisão no tratamento de crianças*

- com indicadores de TDAH* [Instrumento não publicado]. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Manara & Piccinini (2019c). *Entrevista sobre experiência e formação de profissionais de saúde* [Instrumento não publicado]. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Moreira, C. P., Torrenté, M. O. N., & Jucá, V. J. S. (2018). Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 22, 1123-1134. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0500>
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management*. (NICE Clinical Guideline CG87). NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
- National Health Service. (2019). Universal personalised care: implementing the comprehensive model. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/universal-personalised-care.pdf>
- Nigg, J. T. & Barkley, R. A. (2014). Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. In E. J. Mash & R. A. Barkley, *Child Psychopathology* (3rd ed., pp. 75-144). The Guilford Press.
- Núcleo de Infância e Família (2013). Questionário sobre a experiência e formação das educadoras [Instrumento não publicado]. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2007). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2a ed.). Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Autor. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf
- Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2008). *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS* (4a ed. ID: mis-940). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Autor. <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-940>
- Orasanu, J. M. (2001). Psychology of (naturalistic) decision making. In N. J. Smelser, P. B. Baltes (Eds.), *International encyclopedia of social & behavioral sciences* (pp. 3300-3304). Pergamon Press.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. <https://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf?ua=1>
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American journal of psychiatry*, 164(6), 942-948. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
- Portaria GM/MS 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html
- Portaria GM/MS 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html
- Portaria GM/MS 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III e outras providências.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Quintanilha, B. C., Belotti, M., Tristão, K. G. & Avellar, L. Z. (2017). A produção do cuidado em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil. *Mental*, 11(20), 261-278.
- R Core Team. (2019). *R: A language and environment for statistical computing* (versão 3.6.3) [Programa de computador]. R Foundation for Statistical Computing.
<https://www.r-project.org/>
- Rapaport, S., Leshno, M., & Fink, L. (2014). A design process for using normative models in shared decision making: a case study in the context of prenatal testing. *Health Expectations*, 17(6), 863-875. <https://doi.org/10.1111/hex.12004>
- Rodrigues, D. R. (2017). *Tomada de decisão na gestão de fundos de investimento de renda variável sob a perspectiva naturalística* [Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul]. TEDE.
<http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/7522>
- RStudio Team. (2019). *Rstudio: integrated development for R* (versão '1.2.5033') [Programa de computador]. RStudio, inc. <http://www.rstudio.com/>
- Saheb Kashaf, M., McGill, E. T., & Berger, Z. D. (2017). Shared decision-making and outcomes in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Patient education and counseling*, 100(12), 2159–2171. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.030>
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The lancet. Psychiatry*, 5(2), 175–186. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0)
- Scandolara, A. S., Rockenbach, A., Sgarbossa, E. A., Linke, L. R., & Tonini, N. S. (2009). Avaliação do centro de atenção psicossocial infantil de Cascavel-PR. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), 334-342. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000300006>
- Schwandt, H., & Wuppermann, A. (2016). The youngest get the pill: ADHD misdiagnosis in Germany, its regional correlates and international comparison. *Labour Economics*, 43, 72-86. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2016.05.018>
- Scott, I. A., Soon, J., Elshaug, A. G., & Lindner, R. (2017). Countering cognitive biases in minimising low value care. *Medical Journal of Australia*, 206(9), 407-411.

<https://doi.org/10.5694/mja16.00999>

Shanteau, J. (1992). Competence in experts: The role of task characteristics. *Organizational behavior and human decision processes*, 53(2), 252-266.
[https://doi.org/10.1016/0749-5978\(92\)90064-E](https://doi.org/10.1016/0749-5978(92)90064-E)

Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A. G., & Arnold, L. E. (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC medicine*, 10, 99.
<https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-99>

Shortliffe, E. H. (1987). Computer programs to support clinical decision making. *Jama*, 258(1), 61-66.

Signor, R. (2013). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: uma análise histórica e social. *Revista brasileira de linguística aplicada*, 13(4), 1145-1166.
<http://doi.org/10.1590/S1984-63982013005000022>

Silva, J. R., Guazina, F. M. N., Pizzinato, A., & Rocha, K. B. (2019). O “singular” do projeto terapêutico:(im) possibilidades de construções no CAPSi. *Revista Polis e Psique*, 9(1), 127-146. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.83043>

Sonuga-Barke, E., Bitsakou, P., & Thompson, M. (2010). Beyond the dual pathway model: Evidence for the dissociation of timing, inhibitory, and delay-related impairments in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 345–355.
<https://doi.org/10.1097/00004583-201004000-00009>

Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York: The Guilford Press.

Stiggelbout, A. M., Vries, M., & Scherer, L. (2015). Medical decision making. In G. Keren & G. Wu (Eds.), *The Wiley Blackwell handbook of judgement and decision making* (Cap. 27, pp. 775-799). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118468333.ch27>

Tracey, T. J., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal?. *American Psychologist*, 69(3), 218-229.
<https://doi.org/10.1037/a0035099>

Truglio-Londrigan, M. & Slyer, J. T. (2018). Shared decision-making for nursing practice: an integrative review. *The Open Nursing Journal*, 12, 1-14.
<https://doi.org/10.2174/1874434601812010001>

Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*, 185(4157), 1124-1131. <https://doi.org/10.1126/science.185.4157.1124>

VandenBos, G. R. (Ed.). (2015). *APA dictionary of psychology* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14646-000>

Willoughby M. T. (2003). Developmental course of ADHD symptomatology during the transition from childhood to adolescence: a review with recommendations. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 44(1), 88–106.
<https://doi.org/10.1111/1469-7610.t01-1-00104>

- Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Jr, Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S. W., Flinn, S. K., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J. R., Lehmann, C. U., Lessin, H. R., Okechukwu, K., Pierce, K. L., Winner, J. D., Zurhellen, W., & Subcommittee on children and adolescents with attention-deficit/hyperactive disorder (2019). Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, *144*(4), e20192528. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>
- Wyatt, K. D., List, B., Brinkman, W. B., Prutsky Lopez, G., Asi, N., Erwin, P., Wang, Z., Domecq Garces, J. P., Montori, V. M., & LeBlanc, A. (2015). Shared Decision Making in Pediatrics: A Systematic Review and Meta-analysis. *Academic pediatrics*, *15*(6), 573–583. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.03.011>

ANEXO A

Número do projeto CAAE 05357719.3.0000.5334

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DO SUS (1)

Breve informação: Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, de cunho acadêmico, que visa conhecer a sua percepção a respeito da tomada de decisões no tratamento de crianças com indicadores de TDAH. Essa pesquisa está sendo realizada pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com a coparticipação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Título: O processo de tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH.

Objetivo: investigar o processo de tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH, na percepção de profissionais de saúde mental.

Justificativa: conhecer a perspectiva das/os profissionais sobre o processo de tomada de decisão no tratamento é importante para desenvolver conhecimentos que auxiliem a superar os desafios envolvidos nessas decisões.

Equipe de pesquisa: O trabalho está sendo realizado pelo estudante de mestrado Kalil Maihub Manara (Psicologia/UFRGS), sob a orientação do Prof. Dr. César Augusto Piccinini (coordenador do Núcleo de Infância e Família/ UFRGS).

Descrição dos procedimentos: Com o seu consentimento, serão realizadas três entrevistas, que serão gravadas em áudio. A primeira entrevista é sobre a sua formação, experiência e vivência enquanto profissional da saúde, incluindo aspectos como experiências de trabalho anteriores, atividades realizadas no trabalho atual e satisfação com o salário e com as condições do serviço em que você trabalha. A segunda entrevista é sobre o processo de tratamento de crianças com demandas em saúde mental, focando-se mais especificamente em como as decisões sobre o tratamento são tomadas e compartilhadas com os usuários. Inclui questões sobre as demandas mais frequentes no serviço, as intervenções realizadas, e a participação dos usuários nas decisões sobre as intervenções. A terceira entrevista é semelhante à segunda, porém foca-se no atendimento de crianças com indicadores de TDAH. O tempo total de duração das entrevistas é de aproximadamente uma hora.

Benefícios: A participação na pesquisa não trará benefícios diretos a você, porém, ao participar desta pesquisa, você estará contribuindo para um estudo que poderá ajudar a gerar melhorias para os serviços de saúde.

Riscos e desconfortos: Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Porém, é possível que você se sinta desconfortável com alguma questão da entrevista, ou devido ao tempo de sua realização. Caso você não se sinta bem com a entrevista, ela poderá ser encerrada. Ainda, se percebermos que há necessidade, e com o seu consentimento, realizaremos o encaminhamento para a Clínica de Atendimento Psicológico do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Possibilidade de desistência: Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Você terá plena liberdade de autorizar ou recusar sua participação, assim como para desistir de participar, solicitar o encerramento da entrevista e a retirada de seu consentimento a qualquer momento. Caso você recuse ou desista de participar, isso não acarretará em nenhum custo ou qualquer prejuízo para seu vínculo institucional com seu local de trabalho. Caso você solicite explicações sobre a pesquisa ou sobre as entrevistas, o pesquisador lhe dará informações a qualquer momento.

Informações adicionais: Os dados coletados serão confidenciais e o seu nome não será divulgado em momento algum. Caso necessário, será atribuído um nome fictício às suas falas, de modo que nunca serão vinculadas a você. Após a conclusão, serão publicados artigos científicos com as informações decorrentes desta pesquisa, sempre mantendo a confidencialidade das identidades dos participantes em todas as fases da pesquisa.

Considero-me igualmente informado:

- Da garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- Da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionado à privacidade, sendo que os dados relativos à entrevista serão usados para obter informações relacionadas à pesquisa e, após, serão arquivadas pelos pesquisadores para posteriores trabalhos na área da Psicologia, sempre preservando o sigilo sobre a identidade dos participantes;
- Os dados serão armazenados na sala 217 do Instituto de Psicologia, campus saúde da UFRGS (Rua Ramiro Barcelos, nº 2600, Bairro Santa Cecília, Porto Alegre – RS), por um período de 5 anos, após, serão incinerados;
- Do compromisso dos pesquisadores de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que essa possa afetar a minha vontade de continuar participando;

Rubrica do Participante _____

Rubrica do Pesquisador _____

Página 1 de 2

- De que não terei gastos com a participação nesta pesquisa, de maneira que eventuais despesas com deslocamento até o local de entrevista (caso opte por realiza-la fora do meu local de trabalho) serão ressarcidas, de acordo com os valores vigentes de passagens de ônibus no município de Porto Alegre e Região Metropolitana;
- De que receberei uma cópia deste documento;
- De que, se tiver qualquer dúvida ou precisar de algum esclarecimento, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável, Prof. Dr. Cesar Augusto Piccinini , pelo seguinte telefone (51) 3308-5058, e-mail piccinini@portoweb.com.br, e endereço Rua Ramiro Barcelos, 2600, Sala 217, 2º andar, Bairro Santa Cecília – Porto Alegre.
- De que, se tiver qualquer dúvida ou precisar de algum esclarecimento quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com
 - O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, na Rua Ramiro Barcelos, 2600, Bairro Santa Cecília, Porto Alegre. Telefone (51) 3308-5698. CEP 90035003.
 - O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, na Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar, Bairro Centro Histórico, Porto Alegre. Horário de atendimento das 8h até às 14h, sem intervalo. Telefone (51)3289-5517. E-mail: cep_sms@hotmail.com.br e cep-sms@sms.prefpoa.com.br
- De que, caso aceite a participação, este documento deverá ser assinado, junto com o acadêmico responsável pela pesquisa, e rubricado em todas as páginas.

Mediante esclarecimentos recebidos pelos pesquisadores, eu _____ (nome completo), portador do documento de identidade número _____, estou ciente de minha participação na pesquisa acima referida. Afirmo que estou ciente de que os dados deste estudo serão divulgados em meio científico, sem a minha identificação.

Assinatura do participante _____

Assinatura do pesquisador responsável _____

Local e Data: _____

Rubrica do Participante _____

Rubrica do Pesquisador _____

Página 2 de 2

ANEXO B

Entrevista sobre tomada de decisão no tratamento de crianças com demandas de saúde mental (Manara & Piccinini, 2019)

1. Eu gostaria de conversar um pouco a respeito dos atendimentos de crianças com demandas de saúde mental neste serviço.

- Qual a faixa etária das crianças atendidas pelo serviço?
- Quais as principais demandas de crianças atendidas pelo serviço?
- Que tipos de intervenções são usadas no tratamento dessas crianças?
- Que tipos de decisões estão envolvidas na definição de como será o tratamento?
- Como ocorrem essas decisões?
- O que tu achas desse processo de decisão?
- Quais os prós e contras desse processo?
- O que poderia melhorar esse processo?

2. Os familiares participam das decisões sobre como será o tratamento da criança no serviço?

- (*Se sim*) - Como essa participação tem ocorrido?
 - Tu poderias me relatar uma situação em que isto ocorreu na última semana? (*Ou recentemente*)
- O que tu achas da participação de familiares na tomada de decisão sobre o tratamento das crianças?
- Que fatores facilitam esse processo? E quais dificultam?
- Quais as vantagens disso? E quais as desvantagens?
- Em que casos tu achas que isso deve ocorrer? E em que casos isso não deve ocorrer?

3. As crianças participam das decisões sobre como será o seu tratamento no serviço?

- (*Se sim*) - Como essa participação tem ocorrido?
 - Tu poderias me dar algum exemplo em que isto ocorreu na última semana? (*Ou recentemente*)
- O que tu achas da participação das crianças nas decisões sobre o seu tratamento?
- Que fatores facilitam esse processo? E quais dificultam?
- Quais as vantagens disso? E quais as desvantagens?
- Em que casos tu achas que isso deve ocorrer? E em que casos isso não deve ocorrer?

4. Eu gostaria de conversar um pouco sobre os teus atendimentos de crianças com demandas de saúde mental.

- Quais dessas demandas tu atendes com mais frequência?
- E quais intervenções tu tens utilizado no tratamento dessas crianças?
- Como tu decides quais intervenções farão parte do tratamento de uma criança?
- Quais os prós e contras desse processo?
- O que poderia melhorar esse processo?

5. Os familiares da criança participam das decisões sobre as intervenções que tu realizas?

- (*Se sim*) - Como tem ocorrido a participação dos familiares nas decisões sobre essas intervenções?
 - Tu poderias me dar algum exemplo em que isto ocorreu na última semana? (*Ou recentemente*)
- O que tu achas da participação das crianças nas decisões sobre as intervenções realizadas por ti?
- Que fatores facilitam esse processo? E quais dificultam?
- Quais as vantagens disso? E quais as desvantagens?
- Em que casos tu achas que isso deve ocorrer? E em que casos isso não deve ocorrer?

6. Agora, eu gostaria de falar com você a respeito da participação da criança com demandas em saúde mental na tomada de decisões sobre o seu tratamento.

- (*Se sim*) - Como tem ocorrido a participação da criança na decisão sobre essas intervenções?
 - Tu poderias me dar algum exemplo em que isto ocorreu na última semana? (*Ou recentemente*)
- O que tu achas da participação da criança nas decisões sobre as intervenções realizadas por ti?
- Que fatores facilitam esse processo? E quais dificultam?
- Quais as vantagens disso? E quais as desvantagens?
- Em que casos tu achas que isso deve ocorrer? E em que casos isso não deve ocorrer?

7. Profissionais de outros serviços ou da escola têm participado do tratamento de crianças com demandas em saúde mental?

- (*Se sim*) - Quem tem participado do tratamento?
 - Qual a participação desses profissionais?
 - O que tu achas da participação desses outros profissionais no tratamento da criança?
 - Eles participam ou influenciam na tomada de decisões sobre o tratamento?
- (*Se sim*) - Como isso ocorre?
 - Quais as vantagens dessa participação (ou influência)? E quais as desvantagens?

8. Tu gostarias de acrescentar alguma coisa a tudo isso que a gente conversou?

ANEXO C

Entrevista sobre tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH

(Manara & Piccinini, 2019)

1. Eu gostaria e conversar sobre o atendimento de crianças com indicadores de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) neste serviço.

- O serviço tem recebido crianças com indicadores de TDAH?
(*Se não*) - Por que o serviço não tem recebido essas crianças? (*Encerrar entrevista*)
(*Se sim*) - Com que frequência são recebidos casos de crianças com indicadores de TDAH?
 - O serviço realiza o tratamento dessas crianças?
(*Se não*) - Por que o serviço não realiza o tratamento de crianças com indicadores de TDAH?
 - Que encaminhamento é dado a esses casos? (*Encerrar entrevista*)
 - (*Se sim*) - Que tipos de intervenções são usadas no tratamento dessas crianças?
 - Que tipos de decisões estão envolvidas na definição de como será o tratamento?
 - Como ocorrem essas decisões?
 - O que tu achas desse processo de decisão?
 - Quais os prós e contras desse processo?
 - O que poderia melhorar esse processo?

2. Os familiares participam das decisões sobre como será o tratamento da criança no serviço?

- (*Se sim*) - Como essa participação tem ocorrido?
 - Tu poderias me dar algum exemplo em que isto ocorreu na última semana? (*Ou recentemente*)
- O que tu achas da participação dos familiares nas decisões sobre o tratamento das crianças?
- Que fatores facilitam esse processo? E quais dificultam?
- Quais as vantagens disso? E quais as desvantagens?
- Em que casos tu achas que isso deve ocorrer? E em que casos isso não deve ocorrer?

3. As crianças com indicadores de TDAH participam das decisões sobre será o seu tratamento no serviço?

- (*Se sim*) - Como tem ocorrido a participação da criança na decisão sobre o tratamento?
 - Tu poderias me dar algum exemplo em que isto ocorreu na última semana? (*Ou recentemente*)
- O que tu achas da participação da criança nas decisões sobre o seu tratamento?
- Que fatores facilitam esse processo? E quais dificultam?
- Quais as vantagens disso? E quais as desvantagens?
- Em que casos tu achas que isso deve ocorrer? E em que casos isso não deve ocorrer?

4. Agora, eu gostaria de focar um pouco no teu atendimento a crianças com indicadores de TDAH.

- Tu participas do tratamento de crianças com indicadores de TDAH neste serviço?
(*Se não*) - Por que tu não participas? (*Encerrar entrevista*)
(*Se sim*) - Quais intervenções tu tens usado no tratamento dessas crianças?
 - Que decisões estão envolvidas na definição de como será a tua intervenção?
 - Como ocorrem essas decisões?
 - O que tu achas desse processo de decisão?
 - Quais os prós e contras desse processo?
 - O que poderia melhorar esse processo?

5. Os familiares da criança participam das decisões sobre as intervenções que tu realizas?

- (*Se sim*) - Como tem ocorrido a participação dos familiares nas decisões sobre essas intervenções?
 - Tu poderias me dar algum exemplo em que isto ocorreu na última semana? (*Ou recentemente*)
- O que tu achas da participação das crianças nas decisões sobre as intervenções realizadas por ti?
- Que fatores facilitam esse processo? E quais dificultam?
- Quais as vantagens disso? E quais as desvantagens?
- Em que casos tu achas que isso deve ocorrer? E em que casos isso não deve ocorrer?

6. As crianças com indicadores de TDAH participam das decisões sobre as intervenções que tu realizas?

- (*Se sim*) - Como tem ocorrido a participação da criança na decisão sobre essas intervenções?
 - Tu poderias me dar algum exemplo em que isto ocorreu na última semana? (*Ou recentemente*)
- O que tu achas da participação da criança nas decisões sobre as intervenções realizadas por ti?
- Que fatores facilitam esse processo? E quais dificultam?
- Quais as vantagens disso? E quais as desvantagens?

- Em que casos tu achas que isso deve ocorrer? E em que casos isso não deve ocorrer?

7. Profissionais de outros serviços ou da escola têm participado do tratamento de crianças com indicadores de TDAH?

(Se sim) - Quem tem participado do tratamento?

- Qual a participação desses profissionais?

- O que tu achas da participação desses outros profissionais no tratamento da criança?

- Eles participam ou influenciam na tomada de decisões sobre o tratamento?

(Se sim) - Como isso ocorre?

- Quais as vantagens dessa participação (ou influência)? E quais as desvantagens?

8. Tu gostarias de acrescentar alguma coisa a tudo isso que a gente conversou?

ANEXO D

Entrevista sobre formação e experiência de profissionais de saúde

(Manara & Piccinini, 2019)

1. Eu gostaria de conversar um pouco sobre a tua formação profissional.

- Qual é a tua profissão?
- E qual a tua formação na área?
(*Caso não tenha dito*) - Tu fizeste algum outro curso ou formação posterior, como especialização ou outra pós-graduação?
- Eu gostaria de saber um pouco sobre a tua escolha pela área da saúde.
- Na tua prática profissional, tu te identificas com algum modelo teórico ou escola de pensamento específica?
(*Se sim*) - Tu encontras algum desafio para aplicar esse modelo em sua prática profissional neste serviço?
 - Quais as vantagens de aplicar esse modelo aqui no serviço?

2. Agora vamos falar sobre tua experiência como profissional da área de saúde mental de crianças.

- Há quanto tempo tu trabalhas na área de saúde?
- E há quanto tempo tu trabalhas especificamente na área da saúde mental infantil?
- Tu já trabalhaste com crianças de que faixas etárias?
- Tu já tiveste de lidar com que tipo de problemas de saúde mental envolvendo as crianças?
- E tu já trabalhaste em outros serviços além deste?
(*Se sim*) - E algum dos outros serviços onde tu trabalhaste era voltado para crianças e adolescentes?
- E atualmente, tu trabalhas em algum outro lugar além deste serviço?
(*Se sim*) - Quantas horas por semana tu trabalhas neste local?
 - E qual a tua função?
 - Na tua percepção, existe alguma relação entre as tuas experiências nestes locais?
- Como tu te descreverias, enquanto profissional da saúde?

3. Agora vamos falar sobre tua atividade neste serviço.

- Há quanto tempo tu trabalhas neste serviço?
- Como é o teu dia a dia neste serviço?
- Além de ti, quantas pessoas trabalham neste serviço?
- O serviço tende a priorizar o trabalho individual ou em equipe?
(*Se individual*) - E como é, para ti, trabalhar individualmente?
(*Se equipe*) - E como é, para ti, trabalhar em equipe?
- Quais as vantagens disso para o teu trabalho?
- E quais as limitações?

4. Agora vamos falar sobre os desafios de tua atuação profissional neste serviço, no atendimento das demandas em saúde mental de crianças.

- Quais os aspectos positivos do atendimento prestado pelo serviço às crianças?
- Quais os principais desafios do trabalho com crianças neste serviço?
- Tu achas que as tuas formações universitárias (graduação e/ou pós-graduação) dão conta das demandas que tu encontras no teu dia a dia neste serviço?
(*Se sim*) - Quais aspectos dessa formação tu destacarias como mais importantes?
(*Se não*) - Que aspectos da tua formação poderiam ser atualizados para dar conta dessas demandas?
- O que tu achas das condições de trabalho oferecidas por este serviço para o atendimento das crianças?
- Tu achas que o salário é condizente com o trabalho que é demandado de ti pelo serviço?

5. Antes de encerrar, só mais algumas informações:

- Tu poderias me dizer tua idade?
- Com que raça, cor ou etnia tu te identificas?
- Qual o teu gênero?

6. Tu gostarias de acrescentar alguma coisa a tudo isso que a gente conversou?

ANEXO E

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O processo de tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH.

Pesquisador: CESAR AUGUSTO PICCININI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05357719.3.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.520.229

Apresentação do Projeto:

Bem apresentado, no formato de dois estudos:

ESTUDO 1: 12 profissionais de nível superior de 2 serviços de saúde mental infantojuvenil de Porto Alegre (RS) e Região Metropolitana, buscando-se abarcar profissionais com variadas formações (medicina, psicologia, enfermagem, serviço social, etc.). O estudo será apresentado às equipes dos serviços e entrevistas individuais serão agendadas com os profissionais. As entrevistas abordarão aspectos sobre a formação e a vida profissional, e sobre a tomada de decisões no tratamento, focando-se no tratamento de crianças de 6 a 8 anos de idade com indicadores de TDAH. O estudo atende às determinações da resolução 510 de 7 de abril de 2016 (Ministério da Saúde), e não envolve danos nem privação de benefícios por parte dos participantes. Os dados serão divididos em dois conjuntos e analisados através de análise temática (Barun e Clarke, 2006). O primeiro conjunto se refere às respostas a respeito da experiência e vida profissional e à tomada de decisões no tratamento, e será analisado através de análise temática indutiva. O segundo conjunto se refere às respostas a respeito do compartilhamento das decisões de tratamento com as crianças e familiares, e será analisado através de análise temática dedutiva, utilizando-se as categorias detalhadas no corpo do projeto. ESTUDO 2: 4 crianças de 6 a 8 anos que estejam iniciando tratamento em serviços de saúde mental infantojuvenil por apresentarem indicadores de TDAH. Serão incluídos no estudo os familiares da criança e os profissionais que participarem dos

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 3.520.229

atendimentos. Com o consentimento e assentimento dos participantes, o pesquisador acompanhará de três a cinco atendimentos das crianças, fazendo anotações sobre os principais tópicos tratados no atendimento, e entrevistando os/as profissionais ao fim do último atendimento. O pesquisador também acessará o prontuário da criança e entrevistará um familiar que acompanhe os atendimentos para obter dados clínicos e sociodemográficos. As entrevistas e os atendimentos serão gravados em áudio e transcritos para análise.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar o processo de tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH em serviços de saúde mental infantojuvenil.

Objetivo Secundário:

1) Investigar as percepções de profissionais de saúde mental de nível superior a respeito do processo de tomada de decisão no tratamento de crianças de 6 a 8 anos com indicadores de TDAH; 2) Investigar o processo de tomada de decisão nos atendimentos iniciais do tratamento de crianças de 6 a 8 anos com indicadores de TDAH.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Presente, mas deve ressaltar os riscos mínimos e não ausência de risco no material síntese na sessão desenho (no demais do projeto está de acordo)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atende às exigências acadêmicas e institucionais. Diferentes relações são estabelecidas entre profissionais e pacientes para tomar decisões no contexto de um tratamento, nas diferentes áreas da saúde e também em saúde mental. No caso do Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH, as diferenças entre as diretrizes de tratamento existentes, e as escolhas sobre qual tratamento implementar, podem ter importantes repercussões na vida das/os pacientes e de familiares. Algumas diretrizes têm reconhecido a importância de envolver as/os pacientes e seus/suas familiares nas tomadas de decisão sobre seu tratamento, de maneira a respeitar suas preferências e sua autonomia. Assim, o estudo busca investigar o processo de tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH em serviços públicos de saúde mental infantojuvenil. Inicialmente, apresenta e discute a literatura sobre tomada de decisão em tratamento, mais desenvolvida no campo medicina. Em um segundo momento discute os principais aspectos da tomada de decisão compartilhada e, ao final, a tomada de decisão frente ao TDAH.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-5698

Fax: (51)3308-5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 3.520.229

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos de acordo com o previsto em termos institucionais e legais

Recomendações:

Sem recomendações específicas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende às exigências éticas formais e, portanto pode ser aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1341486_E1.pdf	22/07/2019 16:12:28		Aceito
Outros	Termo_de_ciencia_e_autorizacao_SMS_POA.PDF	22/07/2019 15:36:37	CESAR AUGUSTO PICCININI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Completo_PlatBR_AGHUse.pdf	22/07/2019 14:50:34	CESAR AUGUSTO PICCININI	Aceito
Outros	Termo_de_Delegacao_de_funcoes.pdf	22/07/2019 14:49:20	CESAR AUGUSTO PICCININI	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	17/07/2019 18:01:26	CESAR AUGUSTO PICCININI	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	17/07/2019 18:00:27	CESAR AUGUSTO PICCININI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SMS_R_E2.pdf	17/07/2019 17:56:58	CESAR AUGUSTO PICCININI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SMS_P_E2.pdf	17/07/2019 17:56:48	CESAR AUGUSTO PICCININI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SMS_P_E1.pdf	17/07/2019 17:56:30	CESAR AUGUSTO PICCININI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SMS_C_E2.pdf	17/07/2019 17:56:10	CESAR AUGUSTO PICCININI	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-5698

Fax: (51)3308-5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL



Continuação do Parecer: 3.520.229

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_SMS_C_E2.pdf	17/07/2019 17:56:01	CESAR AUGUSTO PICCININI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HCPA_R_E2.pdf	17/07/2019 17:55:31	CESAR AUGUSTO PICCININI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HCPA_P_E2.pdf	17/07/2019 17:55:07	CESAR AUGUSTO PICCININI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HCPA_P_E1.pdf	17/07/2019 17:55:00	CESAR AUGUSTO PICCININI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HCPA_C_E2.pdf	17/07/2019 17:54:47	CESAR AUGUSTO PICCININI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_HCPA_C_E2.pdf	17/07/2019 17:54:21	CESAR AUGUSTO PICCININI	Aceito
Folha de Rosto	cesar_Piccini_1.pdf	05/01/2019 17:39:39	CESAR AUGUSTO PICCININI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 20 de Agosto de 2019

Assinado por:
Milena da Rosa Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br