

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Unidade Jurisdicional do Juizado Especial

COMARCA: Contagem

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2025.0008415

IDADE: 19 anos

Sexo: Masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: F90

PEDIDO DA AÇÃO: Medicamento: Atomexetina 40mg

FINALIDADE / INDICAÇÃO: TDAH e glaucoma

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 72.841

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

i) observância, pela Conitec, dos prazos e critérios previstos nos arts. 19-Q e 19-R da Lei n. 8.080, de 1990, e no Decreto n. 7.646, de 2011, quanto à decisão de não incorporação do medicamento em tela; ii) à impossibilidade de substituição do fármaco pretendido por outro constante das listas do SUS e dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; iii) à demonstração, à luz da medicina baseada em evidências, da eficácia, acurácia, efetividade e segurança do fármaco, necessariamente respaldadas por evidências científicas de alto nível, ou seja, unicamente ensaios clínicos randomizados e revisão sistemática ou meta-análise; e iv) à imprescindibilidade clínica do tratamento, comprovada por laudo médico fundamentado, descrevendo inclusive qual o tratamento já realizado.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatórios médicos datados de 15/04/2025, 19/08/2025, 15/08/2025, trata-se de paciente de **19 anos, em tratamento neurológico, para Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) fenótipo desatento**. Apresenta com **prejuízos da concentração/atenção e grande impacto na aprendizagem, capacidade de aquisição de novas habilidades. Sintomas inchados na idade escolar, que persistem na adolescência. Submetido a acompanhamento multidisciplinar, suporte**

psicopedagógico e terapia cognitivo comportamental. Não fez uso de metilfenidato (ritalina) e venvanse pelo risco de aumento da pressão intra-ocular, já que tem glaucoma. Necessita de atomoxerina 40mg 30 cápsulas/mês para melhora da atenção.

O **TDAH**, também chamado de transtorno hipercinético, é um tipo de **distúrbio** considerado a **desordem neurocomportamental** mais comum na infância que ocorre no desenvolvimento do sistema nervoso. É uma **comorbidade bastante frequente** em criança com **TEA**. Embora seja mais comum na infância, pode estar presente na idade adulta, e tem como características mais comuns a **apresentação de falta de persistência em tarefas que exigem envolvimento cognitivo, com déficit cognitivo e comprometimento no desenvolvimento da motricidade e da linguagem**. Há uma **tendência a mudar de uma para outra atividade sem completar nenhuma, junto com uma atividade excessiva e desorganizada**. A tríade sintomática caracteriza-se por: **sintomas de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade, que é mais frequente e grave do que o normal para a idade dessa criança ou adolescente**, em diferentes contextos (casa, escola, trabalho, com amigos, familiares ou em outras atividades), promovendo um **prejuízo funcional significativo no desempenho escolar, ou no trabalho e dificuldades afetivas nas interações sociais e atividades cotidianas, com impacto na qualidade de vida**. As complicações secundárias incluem comportamento dissocial e uma perda de autoestima.

O **TDAH** pode se apresentar de três maneiras: com predomínio de **desatenção** (20% a 30% dos casos); de hiperatividade-impulsividade (cerca de 15% dos indivíduos com TDAH); ou em apresentação combinada (entre 50% e 75% dos casos). **Com o tempo, pode haver mudança na forma de apresentação dessa condição clínica**. Geralmente os **sintomas de hiperatividade e impulsividade aparecem mais cedo (aos 3-4 anos de idade)** enquanto a **desatenção se torna mais evidente ao iniciar o período escolar (5-7 anos)**. Esses sintomas **tendem a persistir na vida adulta**,

sendo 4 vezes mais frequente nos meninos. A literatura aponta **dados clínicos e/ou epidemiológicos** informando que as crianças e adolescentes com TDAH podem denotar riscos de comorbidades psiquiátricas, como depressão, ansiedade, transtorno bipolar, **transtornos disruptivos do comportamento**: transtorno de conduta e opositor desafiante, tíques, insônia e abuso de drogas.

A etiologia do TDAH continua sendo alvo de muitas pesquisas. Há um consenso de que as causas do TDAH **podem resultar de uma complexa combinação multifatorial de fatores neurobiológicos, genéticos, ambientais e sociais.** De acordo com os especialistas, esse problema relaciona-se com alterações no neurodesenvolvimento baseado em **uma predisposição.** Alguns estudos indicam a existência de **marcadores fenotípicos familiares**, bem como **marcadores genéticos** de recorrências familiares, revelando, assim, **elevado índice de influência hereditária, em torno de 76%** contra 4,6% da população em geral. Vale ressaltar o fato de que os estudos genéticos envolvendo TDAH não excluem as influências culturais, familiares e exposições a eventos estressantes (por exemplo, tabagismo materno durante a gravidez ou exposição ambiental ao chumbo. **Estudos** de imagem estruturais e funcionais do cérebro, no entanto, **sugerem que a disfunção das regiões cingelada, frontal e parietais corticais com de desequilíbrio dos sistemas dopaminérgicos e noradrenérgicos contribuem para esse mecanismo.** Parece haver um consenso neuroquímico que tanto a dopamina e a noradrenalina participam de maneira predominante e exercem intensa influência nos centros motores e na atenção, respectivamente.

Seu diagnóstico é essencialmente clínico, sem necessidade de recorrer a exames laboratoriais ou de imagem, sendo conveniente a associação de uma avaliação de caráter psicossocial à investigação clínica. **Baseia-se na história e avaliação funcional completa da criança,** não apenas em uma ou mais características evidentes da doença, bem como em **critérios operacionais clínicos claros e bem definidos. Para que os tipos**

de comportamento sejam considerados sintomas, eles devem, entre outras coisas, ser atípicos para a faixa etária do paciente, ou seja, o indivíduo precisa ser muito mais inquieto ou desatento do que o esperado para sua idade. Além disso, de acordo com os critérios do Manual de Estatística e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatra (DSM-5), o indivíduo também deve apresentar tais comportamentos antes dos 12 anos de idade, por um período mínimo de seis meses e em, pelo menos, dois dos contextos e a ocorrência de pelo menos seis dos nove sintomas em um ou em ambos os domínios: desatenção e hiperatividade-impulsividade. Os procedimentos adotados atualmente pelos neuropediatras entrevistados em um estudo são semelhantes entre si e, embora pautados nos critérios do DSM-IV, expandem a investigação e incluem fatores físicos, sensoriais, funcionamento cognitivo, entre outros.

Seu tratamento possui como um de seus objetivos principais capacitar as pessoas com TDHA, para a vida diária, sem possibilitar a cura, porém é fundamental para maximizar o desenvolvimento, a autonomia e a inclusão social. Assim intervenções não farmacológicas e farmacológicas são propostas. Entre as não farmacológicas estão: Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), intervenções comportamentais que envolvem familiares ou responsáveis, intervenções com foco na comunicação (verbal e/ou comunicação alternativa e aumentativa), musicoterapia, Análise do Comportamento Aplicada (Applied Behavioral Analysis – ABA) e o programa de Tratamento e Educação para Crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children – TEACCH). Apesar de algumas terapias e técnicas terem sido mais exploradas na literatura científica, revisões sistemáticas reconhecem os benefícios de diversas intervenções, sem sugerir superioridade de qualquer modelo. Assim, a escolha do método a ser utilizado no tratamento do TDHA deve ser feita de modo conjunto entre a equipe e a família do paciente, garantindo informações adequadas quanto ao alcance e aos benefícios

do mesmo, favorecendo a implicação e corresponsabilidade pelo cuidado. As agências internacionais recomendam que crianças e adultos com TDAH devem ser avaliados por médicos especialistas para melhor direcionamento do tratamento.

No SUS a **TCC** é termo genérico que contempla várias abordagens do modelo cognitivo comportamental. **É ofertada em psicoterapia, individual ou em grupo. As técnicas da TCC possibilitam que o paciente seja capaz de reestruturar suas crenças a partir de perspectivas mais adaptativas, suprimindo ou amenizando os comportamentos condicionados, mal adaptativos e modificando suas crenças, pensamentos, emoções e, suas sensações.** Dentre as técnicas cognitivas mais utilizadas, destacam-se: reestruturação cognitiva, solução de problemas, diálogo interno, treinamento de autocontrole, autorreforço e treino de autoinstrução. Já dentre as técnicas comportamentais, destacam-se: automonitoramento e autoavaliação, sistema de recompensas, sistema de fichas, custo de resposta, punições, tarefas de casa, modelagem, dramatizações, além de treinamento de comunicação social, planejamento e cronogramas. **As intervenções comportamentais são a forma de tratamento psicológico mais bem estabelecido, recomendado e amplamente utilizado.** A psicoeducação visa proporcionar, tanto ao paciente quanto à família, informações compartilhadas de maneira compreensível sobre o diagnóstico do TDAH, os sintomas, tratamento e o ensino de estratégias compensatórias, capacitando-os a lidar com o transtorno, facilitando assim o processo de mudanças comportamentais. Essa aprendizagem é efetiva e se estende para além do período de tratamento.

No SUS o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para orientar o diagnóstico e tratamento do TDAH ainda está em fase de definição. A psicoterapia, individual ou em grupo é ofertada. Diante da complexidade que envolve a problemática de saúde do TDAH, são necessários o envolvimento e a **articulação dos entes federados na**

organização dos serviços, a fim de ofertar cuidado multidisciplinar adequado, integral e longitudinal, por meio de abordagens individuais e coletivas. Essas abordagens devem envolver **ações direcionadas tanto para o usuário quanto para a família, o que exige a organização do processo de trabalho em toda a rede de atenção à saúde**, assim como nos demais setores envolvidos (educação e assistência social, por exemplo). Os serviços de saúde devem ser compostos por equipes multidisciplinares especializadas em TDAH para que possam fornecer diagnóstico, tratamento e acompanhamento para pacientes com essa condição clínica. Atualmente, **existem políticas governamentais que apoiam pacientes que necessitam de cuidados relacionados a saúde mental.** A **Política Nacional de Saúde Mental** é uma ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, que define as diretrizes adotadas pelo Ministério da Saúde para organizar de forma interfederativa com municípios e estados, a promoção do cuidado integral e longitudinal às pessoas com transtornos mentais ou com problemas e necessidades em decorrência do uso de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas. A Rede de Atenção Psicossocial (**RAPS**) **prevê a porta de entrada para o cuidado em saúde mental pela Atenção Primária à Saúde, os CAPS** e os serviços de urgência e emergência, onde as pessoas são acolhidas, sejam elas referenciadas ou por demanda espontânea. **O cuidado de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, como os pacientes com TDAH, autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial, é realizado gratuitamente nos serviços especializados** Centros de Atenção Psicossocial infantil (**CAPSi**). O Ministério da Saúde **em 2015**, definiu que na **RAPS a articulação entre os componentes e seus pontos de atenção é central para a garantia da integralidade do cuidado e do acesso regulado**

a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, **observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção de seus usuários. Cabe a esta rede desenvolver estratégias terapêuticas direcionadas ao desenvolvimento de funcionalidades e à compensação de limitações funcionais, assim como à prevenção ou ao retardo de possível deterioração das capacidades funcionais. Nos locais especializados, o paciente passará por avaliação biopsicossocial com equipe multiprofissional a fim de estabelecer o diagnóstico funcional, identificar as potencialidades e necessidades do paciente, de sua família e seu contexto de vida. Todos estes fatores servem de base para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que deverá se estabelecido e seguido pelos familiares e paciente, sob coordenação desta rede**

No TDAH, estudos relatam que a terapia medicamentosa associada a intervenções psicossociais é a maneira mais eficaz de lidar com seus sintomas e prejuízos. Porém o tratamento farmacológico, é eletivo, sem característica de urgência emergência, sintomático e não curativo. Quando necessário o tratamento medicamentoso baseia-se principalmente no uso de substâncias psicoestimulantes do SNC de curta, média e longa duração como as anfetaminas, metilfenidato (MPH) e lisddexanfetamina (LDX) são agonistas indiretos destes neurotransmissores. Assim, para a maioria dos adultos com TDAH sem comorbidades, a primeira linha de tratamento são as anfetaminas, em vez de outros medicamentos ou TCC. Na persistência dos sintomas substituir por MPH, constituindo a segunda linha, atomoxetina, bupropiona, ou antidepressivos tricíclicos (como nortriptilina), nesta ordem de opções. Pacientes com TDHA e condições clínicas específicas são recomendadas as seguintes alternativas como tratamento de primeira linha:

- **histórico de transtorno (abuso) por uso de estimulantes, o tratamento recomendado seria com atomoxetina que é eficaz para o TDAH e tem**

pouco ou nenhum potencial de abuso, usado como 3ª linha.

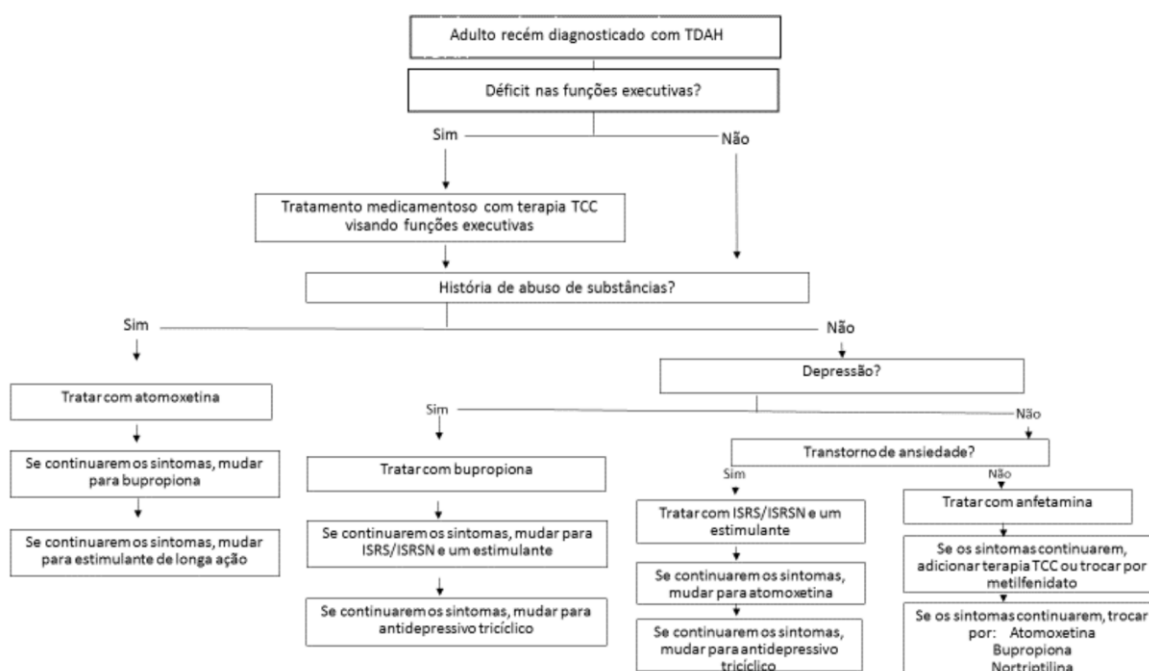
- **transtorno ativo por uso de estimulantes, o transtorno deve ser tratado primeiro**, e a estabilização aguda deve ser alcançada antes do início da farmacoterapia para TDAH.
- **depressão concomitante, tratamento com bupropiona** tem evidência de eficácia tanto em pacientes com TDAH quanto nos com depressão e **a polifarmácia pode ser evitada ou limitada.**
- **transtornos de ansiedade generalizada ou social concomitantes**, o tratamento consiste na **combinação de estimulante** e um inibidor seletivo da recaptação da serotonina (**ISRS – sertralina, paroxetina, citalopram, fluoxetina**). **O ISRS deve ser iniciado primeiro, e o estimulante adicionado após melhora dos sintomas de ansiedade.** Monitorar os pacientes para a síndrome da serotonina (condição potencialmente fatal por aumento da atividade serotoninérgica do sistema nervoso central que normalmente está relacionada a fármacos. Os sintomas podem incluir mudanças no estado mental, hipertermia e hiperatividade autonômica e neuromuscular).
- **déficits proeminentes no funcionamento executivo** (definido como ações autodirecionadas necessárias para escolher metas e executar ações para o cumprimento dessas metas, por exemplo: memória de trabalho, mudança de tarefa, automonitoramento, iniciar uma atividade e autoinibição), **o tratamento medicamentoso com anfetaminas é complementado pela TCC visando o funcionamento executivo.** A TCC pode ser usada como monoterapia em pacientes internados para os quais os medicamentos são contraindicados ou psicoterapia.

Como os efeitos negativos do TDAH diferem entre os adultos, o médico deve ajudar o paciente a determinar quando o medicamento é necessário. Alguns adultos podem precisar de medicamentos para atividades profissionais, outros para atividades educacionais e outros para todas as atividades, ou de estimulantes por um período limitado de tempo, enquanto outros podem precisar deles indefinidamente.

Os psicoestimulantes apresentam efeitos colaterais, mas em sua maioria são leves, de curta duração e reversíveis com ajustes na dose ou no seu intervalo, sendo semelhante com MPH e LDX. Os mais comuns incluem supressão do apetite, baixo crescimento ou perda de peso na infância, distúrbios do sono, nervosismo, habilidade emocional e retraimento social. Como possuem ação simpatomimética que pode influenciar a pressão intraocular e provocar midríase, não sendo recomendado seu uso neste casos. O risco de psicose é maior com LDX do que com MPH e de tiques maior com MPH, mas nenhum destes efeitos são considerados contra-indicação absoluta ao uso destas drogas. O MPH e o LDX são consideradas como drogas de primeiras escolha que possibilitam a diminuição dos sintomas motores, impulsividade e desatenção, bem como melhoria das interações sociais e desempenho acadêmico. O MPH é recomendado como tratamento de primeira escolha para TDAH, devido ao maior número de estudos clínicos. Outras drogas como **antidepressivo**: imipramina, nortriptilina, **atomoxetina**, desipramina ou bupropiona e **antipsicóticos**: tioridazina ou risperidona, são úteis em casos específicos para controle do comportamento.

O fluxograma abaixo resume a abordagem terapêutica

TDAH = transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; TCC = terapia cognitivo-comportamental; ISRS = inibidor seletivo de recaptação da serotonina; ISRSN = inibidor seletivo de recaptação da serotonina-norepinefrina



O MPH e a LDX estão aprovadas pela ANVISA no tratamento do TDHA, usados como parte integrante de um programa total de tratamento, que pode incluir outras medidas (psicológicas, educacionais e sociais) para pacientes com este transtorno. O MPH tem como principais efeitos colaterais diminuição do apetite, insônia, cefaleia, boca seca, náusea, infecções, tontura insônia, febre, tosse. Devem ser evitados em pacientes com glaucoma. Seu uso prolongado por mais de 4 semanas não foi sistematicamente avaliado em estudos controlados, estando relacionado a redução no crescimento (ganho ponderal e/ou estatural) e início ou exacerbação de tiques verbais e motores. Já os eventos adversos mais comumente relatados em crianças, adolescentes e adultos com LXD foram a diminuição do apetite e insônia, sendo de gravidade leve a moderada. Devido aos efeitos simpaticomiméticos podem ocorrer pequenas elevações na pressão arterial e na frequência de pulso dos pacientes, o que indica a necessidade de acompanhamento regular dos pacientes. Além disso, LDX não deve ser utilizada em pacientes com sérios problemas cardíacos. Não estão listados na RENAME, não existindo ente responsável pela distribuição dos mesmos. A Aliança

Canadense de Pesquisa do TDAH, considera os agentes estimulantes do SNC, dentre os quais estão o MPH, o LDX e o sal misto de anfetamina como de primeira linha. Revisão da literatura em relação as MPH e LXD mostraram que há maior risco de eventos adversos gerais com a LDX, porém, quanto a eficácia, as evidências disponíveis sugeriram que os dois medicamentos não apresentam diferenças significativas. Cabe ressaltar, entretanto, que a qualidade geral das evidências foi considerada baixa para o desfecho de melhora clínica e muito baixa para eventos adversos gerais. Assim concluiu que são necessários estudos mais bem desenhados e com duração maiores para se compreender os efeitos reais das anfetaminas no tratamento do TDAH. **A Conitec recomendou a não incorporação no SUS do MPH e da LDX para o tratamento do TDAH. Como a análise não apontou diferença significativa entre as duas substâncias em termos de melhora clínica, optou-se por considerar apenas a dimensão econômica para estabelecer a opção mais vantajosa para o SUS. A recomendação do Plenário considerou o elevado aporte de recursos financeiros na análise de impacto orçamentário bem como a baixa/muito baixa qualidade das evidências científicas relacionadas à eficácia e segurança dos medicamentos em questão. Entretanto alguns Estados e Municípios, como Belo Horizonte e Itabira, dispensam o MPH de liberação imediata duração, conforme protocolos específicos nos CAPSi, e no CEPAl da FHEMIG.**

○ Cloridrato de atomoxetina, Atentah®, é um inibidor seletivo da recaptação de norepinefrina, que ajuda a melhorar a concentração, a atenção e o controle dos impulsos nos pacientes com TDAH. Atua aumentando a noradrenalina nas sinapses ao se ligar ao transportador de noradrenalina, sendo considerada uma medicação inibidora da recaptação de noradrenalina. Ela também aumenta a dopamina no córtex pré-frontal, uma vez que nessa região a noradrenalina é responsável pela regulação dos receptores de dopamina. Ao contrário de medicamentos estimulantes, a atomoxetina possui menos riscos de abuso e

dependência química, explicada porque não aumenta a dopamina no sistema límbico. Assim, as recomendações de uso para atomoxetina são em pacientes que não obtiveram boa resposta com ou possuem comorbidades que contraindicam o uso de estimulantes, como no caso, não constituindo terapia de primeira linha e sim de terceira linha. Os efeitos colaterais mais observados são boca seca, insônia, náusea, diminuição do apetite, constipação, diminuição da libido, disfunção erétil, hesitação urinária, tontura e sudorese. Em crianças e adolescentes observa-se um risco aumentado de suicídio durante o tratamento com atomoxetina e risco de alteração grave nos batimentos cardíacos, que pode ser potencialmente fatal (morte súbita). Esta droga foi aprovada pela ANVISA, mas não está listada na RENAME e assim não está disponível no SUS. Em sua bula está indicado para o tratamento do TDAH em pacientes adultos, adolescentes ou pediátricos com idade superior a 6 anos.

No SUS o PCDT para orientar o diagnóstico e tratamento do TDAH recomenda TCC e medicamentos, mas não recomenda a LDX ou MPH. Quanto às alternativas integrantes da RENAME 2022 e disponíveis no SUS, estão disponíveis antidepressivos tricíclicos, especialmente a nortriptilina e a amitriptilina e antipsicóticos como a risperidona. Estudos controlados confirmam a superioridade de antidepressivos tricíclicos, especialmente a desipramina e em menor grau, a imipramina, a nortriptilina e a amitriptilina no tratamento do TDAH, apesar de sua eficácia ser inferior àquela observada com as medicações de primeira linha. No TDHA e TEA antipsicóticos como a risperidona são úteis somente em casos específicos.

CONCLUSÃO: trata-se de paciente de 19 anos, em tratamento neurológico, para TDA) fenótipo desatento. Apresenta com prejuízos da concentração/atenção e grande impacto na aprendizagem, capacidade de aquisição de novas habilidades. Sintomas inchados na idade escolar, que persistem na adolescência. Submetido a acompanhamento

multidisciplinar, suporte psicopedagógico e terapia cognitivo comportamental. Não fez uso de metilfenidato (ritalina) e venvanse pelo risco de aumento da pressão intra-ocular, já que tem glaucoma. Necessita de atomoxerina 40mg 30 cápsulas/mês para melhora da atenção.

O TDAH, é uma desordem neurocomportamental mais comum na infância. Caracteriza-se por: sintomas de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade, em diferentes contextos promovendo um prejuízo funcional significativo no desempenho escolar, ou no trabalho e dificuldades afetivas nas interações sociais e atividades cotidianas, com impacto na qualidade de vida. Seu diagnóstico é essencialmente clínico e o tratamento requer abordagem multidisciplinar, com intervenções intersetoriais, incluindo também profissionais das áreas de saúde e educação, os pais, membros familiares e o paciente. Por isso, o tratamento deve sempre envolver abordagens psicoterápicas e de cunho educativo e social, é eletivo e não de urgência. A escolha do tratamento mais adequado deve considerar comorbidades.

Seu tratamento é eletivo, sem característica de urgência emergência, sintomático e não curativo, mas com grande melhora se as devidas terapias adequadas são instituídas precocemente. Possui como um de seus objetivos principais habilitar as pessoas a participar de modo ativo e independente nas atividades de vida diária. A abordagem ideal combina o intervenções não medicamentosas as medicamentosas. Entre as intervenções não farmacológicas estão: TCC, intervenções comportamentais; com foco na comunicação; musicoterapia; terapias ABA e o programa de TEACCH. As revisões sistemáticas reconhecem os benefícios das diversas intervenções, sem sugerir superioridade de qualquer modelo. A escolha do método a ser utilizado deve ser feita de modo conjunto entre equipe e família, garantindo informações adequadas quanto ao seu alcance e benefício, favorecendo a implicação e corresponsabilidade pelo cuidado.

No SUS os PCDT para orientar o diagnóstico e tratamento do TDAH ainda está em fase de definição. A psicoterapia, individual ou em grupo é ofertada. Diante da complexidade que envolve a problemática de saúde do TEA/TDAH, são necessários o envolvimento e a **articulação dos entes federados na organização dos serviços, a fim de ofertar cuidado multidisciplinar adequado, integral e longitudinal, por meio de abordagens individuais e coletivas.** Essas abordagens devem envolver ações direcionadas tanto para o usuário quanto para a família, o que exige a organização do processo de trabalho em toda a rede de atenção a saúde, assim como nos demais setores envolvidos.

Estudos relatam que a terapia medicamentosa associada a intervenções psicossociais é a maneira mais eficaz de lidar com os sintomas de TDAH e seus prejuízos. O tratamento farmacológico, do TDHA, quando necessário, baseia-se principalmente na administração de substâncias psicoestimulantes do SNC. Não deve ser indicado para todos os pacientes, especialmente os com sintomas secundários a fatores ambientais e/ou outros transtornos psiquiátricos primários. O uso de substâncias psicoestimulantes do SNC de curta, média e longa duração, como as anfetaminas, MPH e o LDX que atuam como agonistas indiretos desses neurotransmissores é a primeira linha de tratamento, para a maioria dos adultos com TDAH sem comorbidades. Na persistência dos sintomas substituir por MPH, constituindo a 2ª linha, e depois atomoxetina, bupropiona, ou antidepressivos tricíclicos (como nortriptilina), nesta ordem de opções, nem todos ainda testados pela paciente. Pacientes com TDHA e condições clínicas específicas são recomendadas as seguintes alternativas como primeira linha sendo atomoxetina usado no TDHA associado ao abuso ou contra-indicação as anfetaminas; no transtorno ativo por uso de estimulantes, o transtorno deve ser tratado primeiro; bupropiona na depressão concomitante e nos transtornos de ansiedade generalizada ou social concomitantes a combinação de estimulante e um ISRS – sertralina,

paroxetina, citalopram, fluoxetina.

O MPH e a lisdexanfetamina estão aprovadas pela ANVISA no tratamento do TDHA, usados como parte integrante de um programa total de tratamento, que pode incluir outras medidas (psicológicas, educacionais e sociais) para pacientes com este transtorno. O MPH tem como principais efeitos colaterais diminuição do apetite, insônia, cefaleia, boca seca, náusea, infecções, tontura insônia, febre, tosse. Seu uso prolongado por mais de 4 semanas não foi sistematicamente avaliado em estudos controlados, estando relacionado a redução no crescimento (ganho ponderal e/ou estatural) e início ou exacerbação de tiques verbais e motores. Já os eventos adversos mais comumente relatados em crianças, adolescentes e adultos com LXD foram a diminuição do apetite e insônia, sendo de gravidade leve a moderada. Devido aos efeitos simpaticomiméticos podem ocorrer pequenas elevações na pressão arterial e na frequência de pulso dos pacientes, o que indica a necessidade de acompanhamento regular dos pacientes. Além disso, LDX não deve ser utilizada em pacientes com sérios problemas cardíacos. Ambos não estão recomendados a pacientes com glaucoma devido a possibilidade de aumento da pressão intraocular e midriase. Não estão listados na RENAME, não existindo ente responsável pela distribuição dos mesmos, já que a Conitec recomendou a não incorporação no SUS do MPH e da LDX para o tratamento do TDAH. Entretanto alguns Estados e Municípios, como Belo Horizonte e Itabira, dispensam o MPH de liberação imediata duração, conforme protocolos específicos nos CAPSi, e no CEPAl da FHEMIG.

Cloridrato de atomoxetina, Atentah®, é um inibidor seletivo da recaptação de norepinefrina, que ajuda a melhorar a concentração, a atenção e o controle dos impulsos nos pacientes com TDAH. Ao contrário de medicamentos estimulantes, a atomoxetina possui menos riscos de abuso e dependência química. Está recomendada em pacientes que não obtiveram boa resposta com ou que possuem

comorbidades que contraindicam o uso de estimulantes, como o caso em tela, sendo 3ª linha de tratamento no TDAH. Os efeitos colaterais mais observados são boca seca, insônia, náusea, diminuição do apetite, constipação, diminuição da libido, disfunção erétil, hesitação urinária, tontura e sudorese. Em crianças e adolescentes observa-se um risco aumentado de suicídio durante o tratamento com atomoxetina e risco de alteração grave nos batimentos cardíacos, potencialmente fatal (morte súbita). Esta droga foi aprovada pela ANVISA, mas não está listada na RENAME e assim não está disponível no SUS. Em sua bula está indicado para o tratamento do TDAH de adultos, adolescentes ou pediátricos com idade superior a 6 anos.

No SUS, para abordagem destas condições estão disponíveis outras drogas como antidepressivos tricíclicos, especialmente a nortriptilina e a amitriptilina e antipsicóticos como a risperidona.

Vale ressaltar que não foram apresentados justificativa para o não uso das alternativas disponíveis no SUS, como eventos adversos, intolerância ou contra-indicações absolutas e as mesmas se quer tiveram seu uso tentado a despeito de não representarem a primeira linha de tratamento.

IV - REFERÊNCIAS:

- 1) Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE) Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS) Coordenação-Geral de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (CGPCDT). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Brasília 2022. 195p. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20220804_Relatorio_733_PCDT_TDAH.pdf.
- 2) Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde Coordenação-Geral de Gestão de

Tecnologias em Saúde. Relatório de recomendação Metilfenidato e lisdexanfetamina para indivíduos com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. Brasília, dezembro de 2020. 128p. Disponível em:

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20210104_Relatorio_Metilfenidato_Lisdexanfetamina_TDAH_CP_69.pdf

3) Punja S, Shamseer L, Hartling L, Urichuk L, Vandermeer B, Nikles J, Vohra S. Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art.No.: CD 009996. Disponível em <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009996.pub2/epdf/full>.

3) Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde Coordenação-Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Relatório de recomendação Nº 610 Maio/2021 Dimesilato de lisdexanfetamina para indivíduos adultos com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. Brasília, 2021 71p. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/20210602_relatori_610_lisdexanfetamina_tdah_p_20-1.pdf:

4) Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria Colegiada, Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, Diretoria Adjunta da DIPRO, Diretoria de Regulação Assistencial, Gerência Geral de Assistência à Saúde. Processo Nº: 33910.035910/2018-37. Nota Técnica Nº 3/2021/GEAS/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp61/proposta_anexo_ii_dut_rol_2018_final_com_marcacoes_26-06-2017.pdf/view.

5) Padilha SCOS, Virtuoso S, Tonin FS, Borba HHL, Pontarolo R. Efficacy and safety of drugs for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. **Eur Child Adolesc Psychiatry**. 2018 27:1335–45. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29460165/>.

6) Brown KS, Samuel S, Patel DR. Pharmacologic management of attention

deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a review for practitioners. **Transl Pediatr.** 2018;7(1):36-47. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5803014/pdf/tp-07-01-36.pdf>.

6) Catala-Lopez F, Hutton B, Nuñez-Beltran. A, Page MJ, Ridao M, Saint-Gerons DM, Catalá MA. The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. **PLoS ONE.** 2017;12(7): e0180355. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0180355>.

7) Bukstein O. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical features, course, assessment, and diagnosis. Up-To-date. Literature review: Mar 2023. This topic last updated: Apr 07, 2022. Disponível em: https://www-medilib.ir.translate.google.com/uptodate/show/1232?_x_r_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt-BR&_x_tr_pto=sc.

8) Krull RK, Chan E. Pharmacology of drugs used to treat attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. Up-To-Date. Literature review: Mar 2023. This topic last updated: Mar 09, 2023. Disponível em: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/621>.

9) Hennissen L, Bakker MJ, Banaschewski T, Carucci S, Coghill D, Danckaerts M, Dittmann RW, Hollis C, Kovshoff H, McCarthy S, Nagy P, Sonuga-Barke E, Wong IC, Zuddas A, Rosenthal E, Buitelaar JK; ADDUCE consortium. Cardiovascular effects of stimulant and non-stimulant medication for children and adolescents with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of trials of methylphenidate, amphetamines and atomoxetine. **CNS Drugs.** 2017;31(3):199-215. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5336546/pdf/40263_2017_Article_410.pdf

10) Taipale H, Bergström J, Gêmes K, Tanskanen A, Ekselius L, Mittendorfer-Rutz E, Helgesson M. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medications and Work Disability and Mental Health Outcomes. **JAMA Netw Open.** 2024;7(3):e242859. Disponível em

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10955386/?report=printable>

11) Maneeton B, Maneeton N, Likhitsathian S, Suttajit S, Narkpongphun A, Srisurapanont M, Woottiluk P. Comparative efficacy, acceptability, and tolerability of lisdexamfetamine in child and adolescent aDhD: a meta-analysis of randomized, controlled trials. **Drug Des Devel Ther.** 2015;9: 1927-36.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4389815/pdf/dddt-9-1927.pdf>.

12) Punja S, Shamseer L, Hartling L, Urichuk L, Vandermeer B, Nikles J, Vohra S. Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2016, Issue 2. Art.No:CD009996. Disponível em <https://www.cochrane.library.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009996.pub2/epdf/full>.

13) Lemos JR, de Assis SKS. Revisão de literatura: o uso da atomoxetina e do metilfenidato no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). **JMBR.** 2024;(2):255-69. Disponível em: <https://journalmbr.com.br/index.php/jmbr/article/view/40?articlesBySimilarityPage=1>

14) Sousa CA, Cavalcante LS, Lima CPV. O uso da atomoxetina e metilfenidato na terapêutica do TDAH. **BJHR.** 2024;7(3): e69855. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/69855>

15) Nascimento MHF, Fernandes RM, Barbosa AM. Lisdexanfetamina comparada a metilfenidato ou antidepressivos no tratamento de TDAH em crianças e adolescentes: revisão rápida de evidências. **Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública de Goiás “Candido Santiago”.** 2022;8(e80011): 1-17. Disponível em:

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/04/1367185/lisdexanfetamina-comparada-a-metilfenidato-ou-antidepressivos-_D4NV_gUr.pdf

V – DATA:

30/07/2026

NATJUS – TJMG