



2ml e **Quetiapina 25mg** a noite, **Sertralina 50mg/manhã** **Metifenidato 54mg/manhã**, para melhora do quadro comportamental, redução de riscos de prejudicar terceiros, aumento da concentração.

O Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), também chamado de transtorno hipercinetico, é um tipo de distúrbio considerado a **desordem neurocomportamental mais comum na infância que ocorre no desenvolvimento do sistema nervoso. 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), porém com o tempo, pode haver mudança na forma de apresentação dessa condição clínica. 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. 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). A desordem é marcada pela falta de persistência na realização de tarefas que exigem envolvimento cognitivo, com déficit cognitivo, comprometimento no desenvolvimento da motricidade e linguagem e uma tendência a mudar de uma para outra tarefa sem completar nenhuma, junto com atividade excessiva e desorganizada.**

**Embora seja mais comum na infância, pode estar presente na idade adulta. Os sintomas tendem a persistir na vida adulta, sendo 4 vezes mais frequente nos meninos. A literatura aponta dados clínicos e/ou**

epidemiologicos informando que as crianças e adolescentes com TDAH podem denotar riscos de comorbidades psiquiatricas, como depressao, ansiedade, transtorno bipolar, transtornos disruptivos do comportamento: transtorno de conduta e opositor desafiante, tiques, 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 neurobiologicos, geneticos, ambientais e sociais. De acordo com os especialistas, esse problema relaciona-se com alterações no neurodesenvolvimento baseado em uma predisposição. Alguns estudos indicam a existencia de marcadores fenotipicos familiares, bem como marcadores geneticos de recorrências familiares, revelando, assim, elevado indice de influencia hereditaria, em torno de 76% contra 4,6% da população em geral. Vale ressaltar o fato de que os estudos geneticos 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 cerebro, no entanto, sugerem que a disfunção das regiões cingulada, frontal e parietais corticais com de desequilibrio dos sistemas dopaminergicos e noradrenergicos contribuam para esse mecanismo. Parece haver um consenso neuroquimico que tanto a dopamina e a noradrenalina participam de maneira predominante e exercem intensa influencia nos centros motores e na atenção, respectivamente.

Seu diagnostico é essencialmente clinico, sem necessidade de recorrer a exames laboratoriais ou de imagem, sendo conveniente a associação de uma avaliação de carater psicossocial à investigação clinica. 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.

**O transtorno opositivo desafiador (TOD) é um transtorno que se caracteriza por um padrão recorrente de comportamento negativo, desafiante e desobediente com frequência direcionado contra figuras de autoridade. O atributo essencial desse transtorno é um estilo interpessoal caracterizado por irritabilidade e desafio. A prevalência em crianças e adolescentes pode chegar a 15%. Antes da puberdade o número de meninos afetados é maior do que o das meninas, e após a puberdade esta diferença fica menor. É diagnosticado somente se os comportamentos persistirem por seis meses ou mais e forem suficientemente sérios a ponto de interferir no desempenho social ou acadêmico. As causas são desconhecidas, entretanto, este transtorno indica a presença de problemas subjacentes que podem exigir mais investigação e tratamento como disfunção familiar ou TDAH.**

**Sua etiologia é complexa e muitas vezes resulta de uma interação entre fatores genéticos, ambientais e psicossociais. É provavelmente mais comum em crianças de famílias cujos adultos se envolvem em conflitos estridentes, controvertidos e interpessoais.**

**O diagnóstico de TOD não deve ser visto como um distúrbio circunscrito, mas sim como um indicador de problemas de base que**

podem precisar, no futuro, de investigação e tratamento. Os sintomas são comumente vistos inicialmente durante os anos pré-escolares. **Considera-se TOD** se a criança tiver durante **pelo menos 6 meses,  $\geq 4$  dos seguintes sintomas:**

- **Impacientar-se fácil e repetidamente**
- **Argumentar com os adultos e desafiá-los**
- **Recusam-se a obedecer regras**
- **Deliberadamente aborrecem as pessoas**
- **Culpam os outros pelos seus próprios erros ou mau comportamento**
- **Aborrecem-se e zangam-se facilmente**
- **São rancorosas e vingativas**

Os sintomas devem ser graves e desagregadores. A gravidade do TOD é leve se os sintomas estiverem confinados a apenas 1 configuração, moderado se pelo menos 2 configurações e grave se os sintomas estiverem presentes em 3 ou mais configurações.

Sua abordagem é multimodal e deve envolver o paciente, a família, a escola e a comunidade. Identificar e tratar comorbidades (como TDAH, depressão e ansiedade) e fatores de risco modificáveis (como bullying e dificuldades de aprendizagem). Também **pode variar com base no fato do comportamento de oposição ocorrer principalmente em contextos específicos ou se é generalizado e, portanto, requer um tratamento mais intensivo. A primeira linha são as intervenções psicossociais. Às vezes, os medicamentos são utilizados para tratar transtornos de agressividade, depressivos ou de ansiedade. Sem tratamento, a criança tem uma chance maior de desenvolver um distúrbio comportamental mais grave o transtorno de conduta. Assim, agir sobre os sintomas quando eles aparecem pela primeira vez pode minimizar o sofrimento para o paciente e para a família, além de evitar problemas associados ao transtorno. Mesmo sem tratamento, a maioria das crianças melhora aos poucos com o passar do tempo.**

O tratamento destas condições tem como um de seus objetivos principais habilitar as pessoas a participar de modo ativo e independente nas atividades de vida diária dada à complexidade dessas condições, preconiza-se a intervenção multimodal, com intervenções não medicamentosas (intervenções cognitivas e comportamentais) para melhora dos sintomas deste transtorno, no controle executivo e no funcionamento ocupacional e social. Os possíveis eventos adversos da farmacoterapia, somados à busca por opções terapêuticas que corrijam as anormalidades do TDHA e do neurodesenvolvimento no TEA, levaram ao aumento do interesse por terapias não farmacológicas. Entre as intervenções dessa categoria aplicadas no tratamento do TOD e TDHA estão: Terapia cognitivo comportamentais (TCC), intervenções comportamentais que envolvem familiares ou responsáveis, terapia em grupo, intervenções com foco na reforço de habilidades, comunicação, musicoterapia, terapias ABA e o programa de TEACCH. Não existe evidencia científica de superioridade de uma técnica em relação a outra. Assim a escolha do método a ser utilizado deve ser feita de modo conjunto entre equipe e família do paciente, garantindo informações adequadas quanto ao alcance e benefícios do mesmo, favorecendo a implicação e corresponsabilidade pelo cuidado. No TOD técnicas de controle do comportamento, que incluem uma abordagem disciplinar consistente e reforço adequado do comportamento desejado (com recompensas). Pais e professores podem ser instruídos nessas técnicas pelo conselheiro ou terapeuta da criança. Terapia de família e em grupo podem ajudar crianças a melhorar suas habilidades sociais.

A terapia cognitivo comportamental (TCC) é um termo genérico que contempla várias abordagens do modelo cognitivo comportamental. As técnicas da TCC possibilitam que o paciente (criança ou adulto) 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, conseqüentemente, suas sensações. Com isso, espera-se desenvolver habilidades comportamentais que podem perdurar por toda a vida. As técnicas utilizadas para o tratamento do TDAH podem ser divididas didaticamente em cognitivas e comportamentais, embora na prática, ambas sejam utilizadas de forma complementar. 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. O gerenciamento de contingências ocorre por meio da análise funcional do comportamento, que possibilita ao paciente dar sentido aos seus sintomas por meio da identificação dos estímulos que mantêm a frequência desses comportamentos. 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. No SUS é ofertada em psicoterapia, individual ou em grupo. 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. Na vida adulta e na fase infanto-juvenil, a literatura atual mostra que a TCC associada a medicamentos quando comparada ao uso de medicamentos isolados é superior ao**

controle de sintomas de TDAH autorreferidos, assim como diminuição nos níveis de ansiedade autorrelatados e uma tendência a ter menor depressão autorreferida. Esses dados apoiam a hipótese de que a TCC para adultos com TDAH com sintomas residuais é uma abordagem de tratamento da próxima etapa viável, aceitável e potencialmente eficaz, digna de mais testes. Terapia de família e em grupo podem ajudar crianças a melhorar suas habilidades sociais. Entretanto, no gerenciamento do TDAH, dada à complexidade dessa condição, preconiza-se a intervenção multimodal, com intervenções não medicamentosas (intervenções cognitivas e comportamentais) para melhora dos sintomas deste transtorno, no controle executivo e no funcionamento ocupacional e social. O tratamento deve sempre envolver abordagens psicoterápicas e de cunho educativo e social. Conforme as agências internacionais crianças e adultos com TDAH devem ser avaliados por médicos especialistas para melhor direcionamento do tratamento, que consiste em intervenção psicossocial e tratamento medicamentoso. A escolha do tratamento mais adequado deve considerar comorbidades, como epilepsia, síndrome de Tourette e outras desordens, o perfil de efeito adverso, potencial para abuso de drogas e preferências da criança e dos cuidadores. Estudos relatam que a terapia medicamentosa associada a intervenções psicossociais é a maneira mais eficaz de lidar com os sintomas e prejuízos do TDAH.

O tratamento farmacológico é eletivo, sintomático, sem caracter de urgência emergência e não curativo. O balanço de riscos e benefícios do tratamento farmacológico deve ser considerado e discutido com o indivíduo, pais ou responsáveis, para que a decisão sobre a melhor estratégia terapêutica seja compartilhada. No comportamento agressivo (autoagressão ou agressão a outras pessoas), os antipsicóticos demonstram benefício quando houver baixa resposta ou não adesão às intervenções não-farmacológicas.

O **tratamento farmacológico no TDAH**, quando necessário baseia-se principalmente **na administração de substâncias psicoestimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC) de curta, média e longa duração**, como **as anfetaminas**, o cloridrato de metilfenidato (**MPH**) (**concerta**, ritalina®) e o dimesilato de lisdexanfetamina (**LDX**) que atuam como **agonistas indiretos desses neurotransmissores**. Entretanto, **não deve ser indicado para todos os pacientes**, uma vez que os **estimulantes não são destinados para indivíduos que exibem sintomas secundários a fatores ambientais e/ou outros transtornos psiquiátricos primários**, incluindo psicose. 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 para TDAH, devido ao maior número de estudos clínicos**. Na persistência dos sintomas, outras drogas como atomoxetina, desipramina ou bupropiona; **antidepressivos** (imipramina, nortriptilina), nesta ordem, e **antipsicóticos**: tioridazina ou risperidona, são úteis somente **em casos específicos para controle do comportamento, especialmente no retardo mental**. No **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**.

. **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**, evitar **polifarmácia e tratar com bupropiona** com evidência de eficácia tanto no TDAH quanto na depressão.

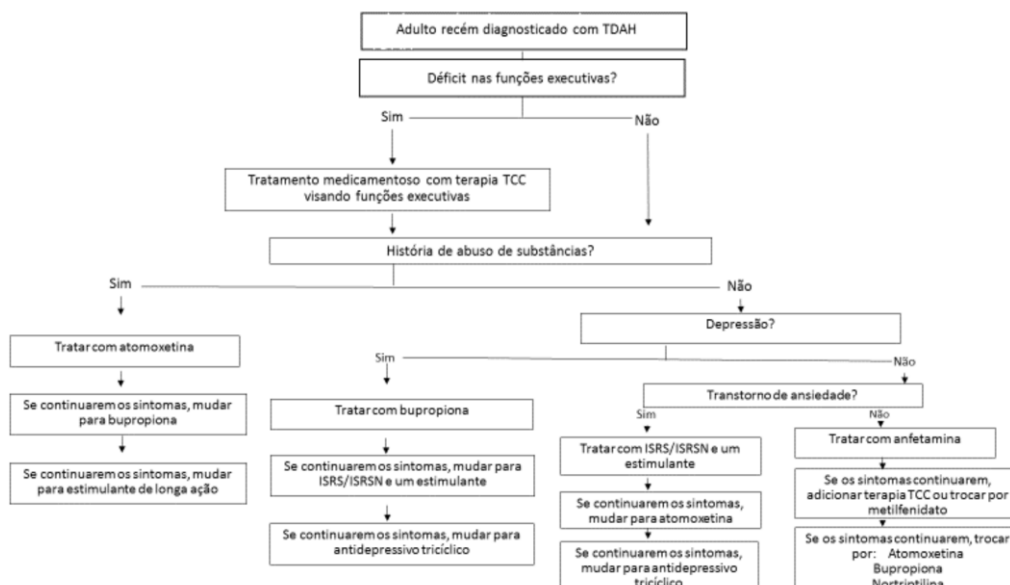
. **transtornos de ansiedade generalizada ou social concomitantes**, o tratar com a **combinação de estimulante e um inibidor seletivo da recaptação da serotonina (ISRS – sertralina, paroxetina, citalopram**,

fluoxetina). **Iniciar primeiro o ISRS, e após melhora da ansiedade adicionar o estimulante.** Monitorar a síndrome da serotonina (condição potencialmente fatal por aumento da atividade serotoninérgica do sistema nervoso central cujos sintomas podem incluir mudanças no estado mental, hipertermia e hiperatividade autonômica e neuromuscular).

. **déficits proeminentes no funcionamento executivo**, ou seja ações autodirecionadas necessárias para escolher e executar metas ações para cumprir essas metas, como memória de trabalho, mudança de tarefa, automonitoramento, iniciar uma atividade e autoinibição), **tratamento medicamentoso com anfetaminas complementado pela TCC visando o funcionamento executivo.** TCC realizada como monoterapia em pacientes internados, nos quais 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.

O fluxograma abaixo resume a abordagem terapêutica



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 são supressão do apetite, baixo crescimento, perda de peso na infância, distúrbios do sono, nervosismo, habilidade emocional e retraimento social. 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 e persistem como drogas de primeiras escolha, pois possibilitam a diminuição dos sintomas motores, impulsividade, desatenção, melhoria das interações sociais e desempenho acadêmico. O MPH é recomendado como 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, especialmente quando há retardo mental.

No TOD, os agentes farmacológicos são normalmente reservados para casos em que comportamentos agressivos e perturbadores não podem ser gerenciados apenas pelas intervenções psicossociais. O tratamento de comorbidades é primordial e deve ser a primeira opção considerada, e a carga potencial dos efeitos colaterais deve ser cuidadosamente considerada. Objetivos claros de tratamento devem ser identificados antes do início da farmacoterapia, e os efeitos adversos devem ser discutidos com o paciente (se aplicável) e membros da família e avaliados regularmente no acompanhamento. Agentes

**farmacológicos no ambiente agudo devem ser avaliados caso a caso após cuidados a consideração pelo clínico. Em casos de desregulação emocional comorbidade grave ou agressão grave, um antipsicótico atípico pode ser adicionado. A risperidona tem a melhor evidência de controle de comportamentos agressivos, seguida pelo aripiprazol. Embora tenha sido observado que a quetiapina alivia a agressão, sua ampla gama de efeitos colaterais a torna uma escolha menos favorável do que outros antipsicóticos atípicos. Se a agressão continuar sem ser controlada, um estabilizador de humor pode ser considerado após uma avaliação completa. No entanto, as evidências para o uso de lítio, carbamazepina e lamotrigina não são robustas. Estimulantes, incluindo o MPH, são úteis em casos de TDAH comorbido, e não estimulantes como atomoxetina, guanfacina e clonidina também têm efeitos benéficos.**

**No SUS os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para orientar o diagnóstico e tratamento do TDAH ainda está em fase de definição.** 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 a 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, assim como o TOD. 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, Alcool 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 as 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) preve 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 psicicamente, 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 a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Sofrimento Mental (TDHA e TOD) na 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 as 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 será avaliado 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).**

O MPH (Ritalina LA®) 54mg está aprovada pela ANVISA no tratamento do TDHA. Tem como principais efeitos colaterais diminuição do apetite, insônia, cefaleia, boca seca, náusea, infecções, tontura insônia, febre, tosse. É formulado para liberar 100% do seu princípio ativo, o cloridrato de metilfenidato, de uma maneira controlada, por um período de 10 horas. A diferença entre os tempos de ação dos medicamentos de ação imediata e de liberação lenta pode ser corrigida pela posologia diária da medicação. Assim há a necessidade de um maior número de doses do medicamento quanto menor o tempo de ação da droga, gerando necessidade de uso de até 3 vezes/dia para a mesma duração do efeito, uma vez que metilfenidato de 10mg, após administração oral, é rápido e quase completamente absorvido. Sua biodisponibilidade absoluta com concentração plasmática máxima de aproximadamente 40 nmol/L (11 ng/mL) são obtidas em média com picos de 1 a 2 horas após a administração. Os efeitos colaterais de ambas as apresentações são os mesmos já que se trata da mesma droga, não podendo ser dito que há prejuízo do uso da apresentação liberação imediata duração no que diz respeito a eficácia e efeitos colaterais em relação as apresentações de longa ação. 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. O MPH não está listado na RENAME. 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 à 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 apontado na análise de impacto orçamentário bem como a baixa/muito baixa qualidade das evidências científicas relacionadas à eficácia e a segurança dos medicamentos em questão de liberação imediata duração. Entretanto alguns Estados e Municípios, como Belo Horizonte e Ipatinga dispensam o MPH de liberação imediata, conforme protocolos específicos nos CAPSi, para tratamento da esquizofrenia CEPAl, unidade da FHEMIG. Em 2024 a Câmara dos Deputados aprovou o projeto de lei 3642/2023, que incorpora o medicamento MTF no SUS, que agora tramita para apreciação pelo Senado para votação.**

O aripiprazol® é um medicamento da classe dos antipsicóticos atípicos que atua no tratamento de esquizofrenia e transtorno bipolar. É um antagonista parcial dos receptores dopaminérgicos que, dependendo da concentração plasmática, age ou como agonista ou como antagonista serotoninérgico. Embora já se saiba que a ação dos antipsicóticos de uma forma envolva o bloqueio de receptores dopaminérgicos (principalmente D2) e também de serotonina, ainda não se sabe ao certo qual a ação do aripiprazol no organismo. **Apesar de observações de pesquisas mostrarem que o aripiprazol pode ajudar a conter sintomas do autismo e do TDAH como a agressividade; hiperatividade; irritabilidade; impulsividade, seu uso nesse sentido ainda não consta na bula, sendo este uso off label e não isento de complicações. Os efeitos adversos incluem ganho de peso, desenvolvimento de diabetes, sedação, sintomas extrapiramidais,**

aumento dos níveis de prolactina, distonia e aumento do intervalo QT e distúrbios gastrointestinais. As crianças são mais vulneráveis do que os adultos a desenvolver efeitos adversos frequentemente prejudiciais. Também, conforme sua bula não há indicação aprovada para o seu uso em pacientes pediátricos e não é disponibilizado no SUS, estando disponível a risperidona, medicamento da mesma classe, como alternativa terapêutica.

**CONCLUSÃO:** trata-se de adolescente de 13 anos, com TDHA, TOD e suspeita de TEA. Apresenta deficiência intelectual, prejuízo importante da escolaridade, em atividades da vida diária, com alteração de comportamento grave que coloca sua vida em risco. Fez uso de imipramina, clonidina, topiramato, escitalopran, fluoxetina, sertralina, risperidona, e ritalina de curta duração, tendo se esgotado todas possibilidades terapêuticas. Piora comportamental com a ritalina de curta duração e sem bom controle dos sintomas e efeitos paradoxais com a clonidina, imipramina, risperidona e aripiprazol. Melhor controle dos sintomas com psicoestimulantes de longa duração. Necessita do uso de Aripiprazol 2ml e Quetiapina 25mg/noite, Sertralina 50mg/manhã Metifenidato 54mg/manhã, para melhora do quadro comportamental, redução de riscos de prejudicar terceiros, aumento da concentração.

O TDAH, é uma desordem neurocomportamental mais comum na infância. Caracterizam-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. 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.**

**O TOD é um transtorno que se caracteriza por um padrão recorrente de comportamento negativo, desafiante e desobediente com frequência direcionado contra figuras de autoridade. O atributo essencial desse transtorno é um estilo interpessoal caracterizado por irritabilidade e desafio. A prevalência em crianças e adolescentes pode chegar a 15%. Antes da puberdade o número de meninos afetados é maior do que o das meninas, e após a puberdade esta diferença fica menor. É diagnosticado somente se os comportamentos persistirem por seis meses ou mais e forem suficientemente sérios a ponto de interferir no desempenho social ou acadêmico. As causas são desconhecidas, entretanto, este transtorno indica a presença de problemas subjacentes que podem exigir mais investigação e tratamento como disfunção familiar ou TDAH.**

**O tratamento destas condições é eletivo, sem caracter de urgência, sintomático e não curativo e deve sempre envolver abordagens psicoterápicas, de cunho educativo e social. A escolha do tratamento mais adequado deve considerar comorbidades. A TCC possibilita que o paciente (criança ou adulto) 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 sensações. Com isso, espera-se desenvolver habilidades comportamentais que podem perdurar por toda a vida. Na vida adulta e na fase infanto-juvenil, a literatura atual mostra que a TCC associada a medicamentos no TDHA quando comparada ao uso de medicamentos isolados é superior ao controle de sintomas de TDAH autorreferidos, na diminuição nos níveis**

**de ansiedade autorrelatados e uma tendência a ter menor depressão autorreferida. Já no TOD a intervenção comportamental é considerada primeira linha de tratamento. Assim, as técnicas de controle do comportamento, que incluem uma abordagem disciplinar consistente e reforço adequado do comportamento desejado (com recompensas). Terapia de família e em grupo podem ajudar crianças a melhorar suas habilidades sociais.**

**No SUS a TCC é termo generico que contempla varias abordagens do modelo cognitivo comportamental. É ofertada em psicoterapia, individual ou em grupo, presente na rede de atenção psicossocial.**

**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, quando necessário, baseia-se principalmente na administração de substâncias psicoestimulantes do SNC de curta, média e longa duração, como as anfetaminas, MPH e o LDX, agonistas indiretos desses neurotransmissores. Assim, para a maioria dos pacientes 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, nem todos ainda testados pela paciente. Pacientes com TDHA e condições clínicas específicas são recomendadas as seguintes alternativas como tratamento de primeira linha no TDHA associado ao abuso atomoxetina; transtorno ativo por uso de estimulantes, o transtorno deve ser tratado primeiro; depressão concomitante, tratamento com bupropiona; transtornos de ansiedade generalizada ou social concomitantes, a combinação de estimulante e um ISRS – sertralina, paroxetina, citalopram, fluoxetina, como no caso em tela. O ISRS deve ser iniciado primeiro e o estimulante adicionado após melhora dos sintomas de ansiedade. Não deve ser indicado para todos**

**os pacientes**, especialmente os com sintomas secundários a fatores ambientais e/ou outros transtornos psiquiátricos primários. **No TOD, os agentes farmacológicos são normalmente reservados para casos em que comportamentos agressivos e perturbadores não podem ser gerenciados apenas pelas intervenções psicossociais.** O tratamento de comorbidades é primordial e deve ser a primeira opção considerada, e a carga potencial dos **efeitos colaterais deve ser cuidadosamente considerada.** **Objetivos claros de tratamento devem ser identificados antes do início da farmacoterapia, e os efeitos adversos devem ser discutidos com o paciente** (se aplicável) e membros da família e avaliados regularmente no acompanhamento. Em casos de **desregulação emocional comorbidade grave ou agressão grave, um antipsicótico atípico pode ser adicionado.** A risperidona tem a melhor evidência de **controle de comportamentos agressivos**, seguida pelo aripiprazol. Embora tenha sido observado que a **quetiapina alivia a agressão, sua ampla gama de efeitos colaterais a torna uma escolha menos favorável** do que outros antipsicóticos atípicos. **Se a agressão continuar sem ser controlada, um estabilizador de humor pode ser considerado.** As evidências para o lítio, carbamazepina e lamotrigina não são robustas. Estimulantes, incluindo o MTF, são úteis em casos de TDAH comorbido, e não estimulantes como atomoxetina, guanfacina e clonidina também têm efeitos benéficos.

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, amitriptilina, imipramina 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 antipsicóticos como a risperidona são úteis somente em casos específicos para controle do comportamento, especialmente quando há retardo mental. Alguns estados e municípios, dispensam o MPH, conforme protocolos específicos nos CAPSi, na esquizofrenia como no CEPAl, da FHEMIG em Belo Horizonte e na Policlínica Municipal de Ipatinga.

O aripiprazol® é um medicamento da classe dos antipsicóticos atípicos que atua no tratamento de esquizofrenia e transtorno bipolar. É um antagonista parcial dos receptores dopaminérgicos que, dependendo da concentração plasmática, age ou como agonista ou como antagonista serotoninérgico. Embora já se saiba que a ação dos antipsicóticos de uma forma envolva o bloqueio de receptores dopaminérgicos (principalmente D2) e também de serotonina, ainda não se sabe ao certo qual a ação do aripiprazol no organismo. **Apesar de observações de pesquisas mostrarem que o aripiprazol pode ajudar a conter sintomas do autismo e do TDAH como a agressividade; hiperatividade; irritabilidade; impulsividade, seu uso nesse sentido ainda não consta na bula, sendo este uso off label e não isento de complicações. Os efeitos adversos incluem ganho de peso, desenvolvimento de diabetes, sedação, sintomas extrapiramidais, aumento dos níveis de prolactina, distonia e aumento do intervalo QT e distúrbios gastrointestinais. As crianças são mais vulneráveis do que os adultos a desenvolver efeitos adversos frequentemente prejudiciais. Também, conforme sua bula não há indicação aprovada para o seu uso em pacientes pediátricos não está disponível no SUS, estando disponível a risperidona, medicamento da mesma classe, como alternativa terapêutica.**

O MPH (Ritalina LA®) 54mg está aprovada pela ANVISA no tratamento do TDHA. Tem como principais efeitos colaterais diminuição do apetite, insônia, cefaleia, boca seca, náusea, infecções, tontura insônia, febre, tosse. É formulado para liberar 100% do seu princípio

**ativo**, o cloridrato de **metilfenidato**, de uma maneira controlada, **por um período de 10 horas**. A diferença entre os tempos de ação dos medicamentos de ação imediata e de liberação lenta pode ser corrigida pela posologia diária da medicação. Assim há a necessidade de um maior número de doses do medicamento quanto menor o tempo de ação da droga, gerando necessidade de uso de até 3 vezes/dia para a mesma duração do efeito, uma vez que metilfenidato de 10mg, após administração oral, é rápido e quase completamente absorvido. Sua biodisponibilidade absoluta com concentração plasmática máxima de aproximadamente 40 nmol/L (11 ng/mL) são obtidas em média com picos de 1 a 2 horas após a administração. Os efeitos colaterais de ambas as apresentações são os mesmos já que se trata da mesma droga, não podendo ser dito que há prejuízo do uso da apresentação liberação imediata duração no que diz respeito a eficácia e efeitos colaterais em relação as apresentações de longa ação. 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. O MPH não está listado na RENAME. 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, tendo pertinência a patologia indicada. 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 e a baixa/muito baixa qualidade das evidências científicas relacionadas à eficácia e a segurança dos medicamentos em questão. Assim não há competência administrativa para sua realização já que não está incluído no SUS. Entretanto no estado de Minas Gerais o MPH de liberação imediata, é dispensado, conforme protocolos específicos em

diversos municípios no CAPSi por competência municipal como Ipatinga e, em Belo Horizonte também no CEPAl unidade da FHEMIG. Em 2024 a Câmara dos Deputados aprovou o projeto de lei 3642/2023, que incorpora o medicamento MPH no SUS, que agora tramita para apreciação pelo Senado para votação.

#### **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](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](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20210104_Relatorio_Metilfenidato_Lisdexanfetamina_TDAH_CP_69.pdf)

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](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/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp61/proposta\\_anexo\\_ii\\_dut\\_rol\\_2018\\_final\\_com\\_marcacoes\\_26-06-2017.pdf/view](https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp61/proposta_anexo_ii_dut_rol_2018_final_com_marcacoes_26-06-2017.pdf/view).

5) Ministério da Saúde. MinSaude. Linhas de Cuidado. Transtorno do espectro autista (TEA) na criança. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista>

6) Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde - SCTIE. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde - DGITIS. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - CPCDT. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo. Brasília, 2021. 104p Disponível em: [http://antigo-conitec.saude.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2021/20211207\\_PCDT\\_Comportamento\\_Agressivo\\_no\\_TEA\\_CP\\_107.pdf](http://antigo-conitec.saude.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2021/20211207_PCDT_Comportamento_Agressivo_no_TEA_CP_107.pdf).

7) Bula da medicação Venvanse® (dimesilato de lisdexanfetamina) Shire. Farmacêutica Brasil Ltda. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_clinicas\\_cuidado\\_paciente\\_renal.pdf7](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf7).

8) 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>.

9) 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>.

10) 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.googleusercontent.com/u/0/uptodate/show/1232?\\_x\\_r\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=pt&\\_x\\_tr\\_hl=pt-BR&\\_x\\_tr\\_pto=sc](https://www-medilib.ir.translate.googleusercontent.com/u/0/uptodate/show/1232?_x_r_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt-BR&_x_tr_pto=sc).

11) 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>.

12) 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>.

13) 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.cochrane.library.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009996.pub2/epdf/full>.

14) Governo do Ceará. Secretaria de Saúde do Ceará. Secretaria Executiva da Atenção Primária e Políticas de Saúde. Coordenação de Políticas de Assistência Farmacêutica e Tecnologias em Saúde. Parecer técnico 17/05/2024 Aripiprazol - Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp->

<content/uploads/sites/9/2018/06/ARIPRAZOL-TDAH-1.pdf>

15) Shafiq S, Pringsheim T. Using antipsychotics for behavioral problems in children. **Expert Opin Pharmacother**. 2018;19(13):1475-88. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14656566.2018.1509069>

16) Serra-Pinheiro MA, Schmitz M, Mattos, Souza I. O Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. **J. Psychiatry** 2004;26(4):273-6.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbp/a/7S44bNFFLpKBzTzVzXkSJDG/?format=pdf&lang=pt>

**V – DATA:**

04/10/2025