

ocupacional com integração sensorial, fonoaudióloga, atendimento psicopedagógico, orientação parental, assistente de sala de aula, planejamento psicopedagógico e lisdexanfetamina (Venvanse), por tempo indeterminado contínuo, para melhorar da concentração, dispersividade controle dos impulsos. Em 2022, teve negativas das Secretarias Municipal de Saúde de Ipatinga e Estadual de Saúde sob alegação que este medicamento não é compõe a REMUNE, não faz parte do CESAF ou CEAF, não estando padronizado no SUS. O município oferece como alternativa disponível pelo SUS, o medicamento Metilfenidato 10mg comprimido para Transtorno de Déficit da Atenção e Hiperatividade (CID90.0, 90.8 e 90.9) na Farmácia da Policlínica Municipal.

O transtorno do espectro autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento, mais comum em pacientes masculinos. Sua etiologia permanece desconhecida. Evidências científicas apontam que não há uma causa única, mas sim a interação de fatores genéticos e ambientais. Caracteriza-se por desenvolvimento atípico, manifestações comportamentais, déficits na comunicação e na interação social, padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados, podendo apresentar um repertório restrito de interesses e atividades. Seu diagnóstico é essencialmente clínico, feito a partir das observações da criança, entrevistas com os pais e aplicação de instrumentos específicos. Instrumentos de vigilância do desenvolvimento infantil são sensíveis para detecção de alterações sugestivas de TEA, devendo ser devidamente aplicados durante as consultas de puericultura na Atenção Primária à Saúde, assim como valorizar o relato/queixa da família. A identificação de atrasos no desenvolvimento, o diagnóstico oportuno e encaminhamento para intervenções comportamentais e apoio educacional na idade mais precoce possível, pode levar a melhores resultados a longo prazo, considerando a neuroplasticidade cerebral. Ressalta-se que o tratamento oportuno com estimulação precoce deve

ser preconizado em qualquer caso de suspeita de TEA ou desenvolvimento atípico da criança, independentemente de confirmação diagnóstica. Embora ainda não tenha cura, o TEA pode ser tratado de inúmeras formas. Com o apoio de uma equipe multidisciplinar, a criança pode desenvolver formas de se comunicar socialmente e de ter maior estabilidade emocional.

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), ou transtorno hiperativo, é um tipo de distúrbio considerado a desordem neurocomportamental mais comum na infância. 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, 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, 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 outras atividades), promovendo prejuízo funcional significativo no desempenho escolar, ou 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 clinicos e/ou epidemiologicos informando que crianças e adolescentes com TDAH podem denotar riscos de comorbidades psiquiatricas, como depressao, ansiedade, transtorno bipolar, disruptivo, comportamento (transtorno de conduta e opositor desafiante, tiques, insônia e abuso de drogas)**.

A etiologia do TDAH continua sendo alvo de muitas pesquisas. Há consenso de que as causas do TDAH podem resultar de 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 estudos geneticos envolvendo TDAH nao excluem as influencias culturais, familiares e exposições a eventos estressantes (tabagismo materno na gravidez ou exposição ambiental ao chumbo). Estudos de imagens estruturais e funcionais do cerebro, sugerem que a disfunção das regioes cingulada, frontal e parietais corticais com desequilibrio dos sistemas dopaminergicos e noradrenergicos contribuam para esse mecanismo. Parece haver consenso neuroquimico que 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 exames laboratoriais ou de imagem, sendo conveniente a associação de uma avaliação de carater psicossocial a investigação clinica. Baseia-se na historia e avaliação funcional completa da criança, não apenas em uma ou mais características evidentes da doença, bem como em critérios operacionais clinicos 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: inquietação ou desatenção maior que a esperada para sua idade. Além disso, de acordo com os critérios do Manual de Estatística e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-5), **o indivíduo também deve apresentar tais comportamentos antes dos 12 anos de idade, por período mínimo de 06 meses e em, pelo menos, dois dos contextos e a ocorrência de pelo menos 6 dos 9 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, incluem também fatores físicos, sensoriais, funcionamento cognitivo, entre outros.

O tratamento desta condição tem como um de seus objetivos principais habilitar as pessoas a participar de modo ativo e independente nas atividades de vida diária. 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 da TDAH deve sempre envolver abordagens psicoterápicas e de cunho educativo e social. 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. 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. Estudos relatam que a terapia medicamentosa associada a intervenções psicossociais e a maneira mais eficaz de lidar com os sintomas e prejuízos do TDAH. A abordagem ideal combina o intervenções não medicamentosas as medicamentosas. Entre as

intervenções dessa categoria aplicadas no tratamento do TEA/TDHA 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 TEA ou 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.**

No gerenciamento do TDAH, dada à complexidade dessa condição, preconiza-se a intervenção multimodal, incluindo intervenções não medicamentosas (precisamente intervenções cognitivas e comportamentais) para melhora dos sintomas deste transtorno, no controle executivo e no funcionamento ocupacional e social. O tratamento da TDAH deve sempre envolver abordagens psicoterapicas e de cunho educativo e social. 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 preferencias da criança e dos cuidadores. Conforme as agencias internacionais crianças e adultos com TDAH devem ser avaliados por medicos especialistas para melhor direcionamento do tratamento, que consiste em intervenção psicossocial e tratamento medicamentoso. Estudos relatam que a terapia medicamentosa associada a intervenções psicossociais e a maneira mais eficaz de lidar com os sintomas e

prejuízos do TDAH no adolescente e adulto.

No SUS os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para orientar o diagnóstico e tratamento do TDAH e do TEA ainda estão 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 à saúde,** assim como nos demais setores envolvidos (como educação e assistência social). Os serviços de saúde devem ser compostos por equipes multidisciplinares especializadas em TEA/TDAH 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** 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 pelo 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 a Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (**CAPS**) e serviços de urgência e emergência, onde os pacientes são acolhidos. **O cuidado de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, como os com TDAH,** autismo, psicoses, neuroses graves e todos que, por sua condição psíquica, sejam 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 CAPS** incluindo o infantil. Cabe a rede **articulação entre componentes e seus pontos de atenção, de modo a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado** a cada ponto e/ou serviços de apoio, **observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção de seus usuários;** assim como **desenvolver as estratégias terapêuticas direcionadas ao desenvolvimento de funcionalidades e à compensação de limitações funcionais; à prevenção ou 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.

A TCC é termo genérico que contempla várias abordagens do modelo cognitivo comportamental, sendo **ofertada em psicoterapia, individual ou em grupo no SUS.** 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 TEA/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.

O tratamento farmacológico do TDHA é eletivo, sem característica de urgência emergência, sintomático e não curativo. Quando necessário, baseia-se principalmente no uso de substâncias psicoestimulantes do SNC de curta, média e longa duração, como as anfetaminas, o MPH e o 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. 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. Os psicoestimulantes apresentam efeitos colaterais, 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 ou 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. 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, especialmente quando há retardo mental, das crises de irritação, agressividade e agitação.**

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 recomendado é **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, tratamento com bupropiona,** tem evidência de eficácia tanto em pacientes com TDAH quanto na depressão. Evitar ou limitar a **polifarmácia.**

- **transtornos de ansiedade generalizada ou social concomitantes, combinar estimulante e um inibidor seletivo da recaptação da serotonina (ISRS: sertralina, paroxetina, citalopram, fluoxetina).** Iniciar o **ISRS primeiro, e adicionar o estimulante 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. Os sintomas podem incluir mudanças no estado mental, hipertermia e hiperatividade autonômica e neuromuscular).

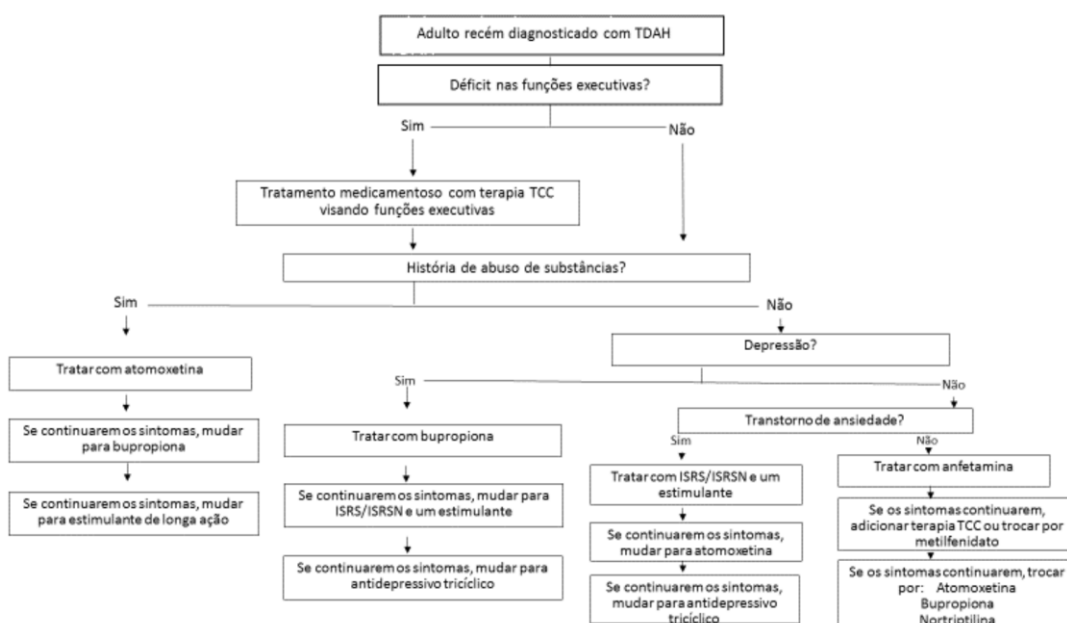
- **déficits proeminentes no funcionamento executivo** (ações autodirecionadas necessárias para escolher metas e executar ações para o cumprimento dessas metas, como memória de trabalho, mudança de tarefa, automonitoramento, iniciar atividade e autoinibição), **o tratamento medicamentoso com anfetaminas é complementado pela TCC visando**

o funcionamento executivo. A TCC pode ser usada como monoterapia.

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,

O fluxograma abaixo resume a abordagem terapêutica

enquanto outros podem precisar deles indefinidamente.



O LDX, produzido pela Pharmaceuticals Takeda, é um pró-fármaco e necessita de uma transformação enzimática no organismo para liberar a droga ativa, a dexanfetamina. Pode ser apresentado nas seguintes dosagens 30, 50 e 70mg. O seu mecanismo de ação caracteriza-se pelo bloqueio da recaptção da dopamina e pelo aumento da liberação de dopamina e noradrenalina, estimulando o SNC e favorecendo o aumento da atenção e a diminuição da impulsividade e da hiperatividade em pacientes com TDAH. Conforme bula de registro na ANVISA está indicado para o tratamento do TDAH e deve ser usada como parte integrante de um programa total de tratamento, que pode incluir outras medidas (psicológicas, educacionais e sociais) para pacientes com este

transtorno. Os **eventos adversos mais comumente** relatados em crianças, adolescentes e adultos **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 está listada na **RENAME**, e não é a **medicação de melhor custo-efetividade para o tratamento desse transtorno**, não sendo, portanto, **dispensada pelo SUS**. 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. Como já referido, **a Conitec não recomendou a sua incorporação no SUS para o tratamento do TDAH**. 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**. Os **resultados de estudos encontrados mostram que o LDX é mais eficaz do que o placebo para o tratamento de curto prazo de TDAH**. Na revisão sistemática utilizada como base para este parecer os resultados foram consistentes em todas as análises que foram realizadas usando diferentes definições de eficácia e modelos estatísticos. **As evidências foram avaliadas como de baixa qualidade**. **A maioria dos estudos tem um número pequeno de**

participantes e o período de acompanhamento da maior parte é curto. Diante disso, a possibilidade de que a eficácia do LDX em adultos com TDAH seja menor após o tratamento a longo prazo não pode ser descartada e deve ser estudada por meio de ensaios clínicos com um longo período de acompanhamento. O LDX não melhora a retenção no tratamento. Revisão sistemática concluiu que a tecnologia é menos eficaz e menos bem tolerada em adultos do que em crianças e adolescentes. Em uma metanálise em rede para o desfecho abandono por eventos adversos em adultos os autores concluíram que a tolerabilidade das anfetaminas é menor do que placebo.

No SUS o PCDT para orientar o diagnóstico e tratamento do TDAH recomenda TCC e medicamentos, e não recomenda a LDX ou MPH. Quanto às alternativas integrantes da RENAME 2022 e disponíveis no SUS por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), 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 antipsicóticos como a risperidona são úteis somente em casos específicos para controle do comportamento, especialmente quando há retardo mental. Alguns Estados e Municípios, como Belo Horizonte, Ipatinga e Itabira, dispensam o MPH de liberação imediata, conforme protocolos específicos nos CAPSi. Em 2024 a Câmara dos Deputados aprovou o projeto de lei 3642/2023, que incorpora o medicamento MPH ao SUS, que agora tramita para apreciação pelo Senado para votação, não havendo projetos para LDX.

CONCLUSÃO: trata-se de paciente de paciente de 15 anos, em tratamento por TDHA em apresentação combinada, transtorno de ansiedade e TEA nível 1 de suporte. Apresenta padrões de interesse restritos, repetitivos

e rigorosos, dificuldade na reciprocidade social no julgamento das intenções alheias e na regulação comportamental, diante de pistas sociais sutis, dificuldade de lidar com mudanças de rotina ou quebra de expectativas, episódios de irritabilidade e desorganização comportamental. Quadro de natureza evolutiva e irreversível, mas com grande potencial de melhora funcional com o tratamento adequado. Fez uso de metilfenidato e imipramina sem sucesso. Em uso de lisdexanfetamina dimesilato com excelente resposta controle da atenção e na modulação da impulsividade. Necessita de 2 sessões semanais de com base na ABA terapia comportamental ABA, ocupacional com integração sensorial, fonoaudióloga, atendimento psicopedagógico, orientação parental, assistente de sala de aula, planejamento psicopedagógico e lisdexanfetamina (Venvanse), por tempo indeterminado contínuo, para melhorar da concentração, dispersividade controle dos impulsos. Em 2022, teve negativas das Secretarias Municipal de Saúde de Ipatinga e Estadual de Saúde, sob alegação que este medicamento não é compõe a REMUNE, não faz parte do CESA ou CEAF, não estando padronizado no SUS. O município oferece como alternativa disponível, Metilfenidato 10mg comprimido para TDAH na Farmácia da Policlínica Municipal.

O TDAH, é uma desordem neurocomportamental, mais comum da infância, que pode se associar ao TEA. Caracteriza-se por sintomas de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade, em diferentes contextos promovendo prejuízo funcional significativo no desempenho escolar, no trabalho com dificuldades afetivas nas interações sociais e atividades cotidianas, impactando a 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, familiares e o paciente. Assim, o tratamento deve sempre envolver abordagens psicoterápicas e de cunho educativo e social. A escolha do tratamento mais adequado

deve considerar comorbidades e particularidades do caso.

Um dos objetivos principais do tratamento é habilitar as pessoas a participar de modo ativo e independente nas atividades de vida diária. A abordagem ideal combina intervenções não medicamentosas e medicamentosas. Os possíveis eventos adversos da farmacoterapia, somados à busca por terapêuticas que corrijam as anormalidades do TDHA, levaram ao aumento do interesse por terapias não farmacológicas. Entre as intervenções dessa categoria estão: TCC, intervenções comportamentais envolvendo familiares/responsáveis, intervenções focadas na comunicação, musicoterapia, terapias ABA e programa de 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. Deste modo, a escolha do método a ser utilizado no tratamento do TEA ou TDHA deve ser feita em conjunto entre equipe e família, garantindo informações adequadas quanto ao alcance e benefícios dos mesmos, favorecendo a implicação e corresponsabilidade pelo cuidado.

O tratamento não é curativo ou imprescindível, já que o transtorno têm características evolutivas e irreversíveis, mas gera grande melhora se as devidas terapias são instituídas precocemente, como referido pelo seu médico assistente. 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 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, exigindo organização do processo de trabalho em toda a rede de atenção à saúde, como nos demais setores envolvidos (educação e

assistência social).

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 é eletivo, sem característica de urgência emergência, sintomático e não curativo, Quando necessário, o uso de medicamentos baseia-se principalmente na administração de substâncias psicoestimulantes do SNC, mas que não deve ser indicado para todos os pacientes, especialmente os com sintomas secundários a fatores ambientais e/ou outros transtornos psiquiátricos primários. Os psicoestimulantes do SNC de curta, média e longa duração, de escolha são as anfetaminas, MPH e o LDX que atuam como agonistas indiretos neurotransmissore dopaminérgicos. 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 (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 no TDHA associado ao abuso atomoxetina; transtorno ativo por uso de estimulantes, o transtorno deve ser tratado primeiro; depressão concomitante: bupropiona; transtornos de ansiedade generalizada ou social concomitantes: combinação de estimulante e um ISRS: sertralina, paroxetina, citalopram, fluoxetina. Estudos controlados confirmam a superioridade de antidepressivos tricíclicos, especialmente a desipramina e em menor grau, a imipramina, nortriptilina e amitriptilina no tratamento do TDAH, apesar da eficácia ser inferior à observada com as medicações de 1ª linha LDX e MPH.

No Brasil a LDX está aprovada pela ANVISA no tratamento do TDHA, nas dosagens de 30, 50 e 70mg, usada como parte integrante de um programa total de tratamento, que pode incluir outras medidas

(psicológicas, educacionais e sociais) para pacientes com este transtorno. **Os eventos adversos mais comumente relatados em crianças, adolescentes e adultos com LDX 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 pelo 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 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 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, Ipatinga e Itabira, dispensam o MPH de liberação imediata, conforme**

protocolos específicos nos CAPSi. Em 2024 a Câmara dos Deputados aprovou o projeto de lei 3642/2023, que incorpora o medicamento MPH ao SUS, que agora tramita para apreciação pelo Senado para votação, não havendo projetos para LDX.

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.: CD009996. 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 Nº3/2021/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.

5) 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.

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>.

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.googleusercontent.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, Gemes 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/ddd-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: CD 009996. Disponível em <https://www.cochrane>

[library.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009996.pub2/epdf/full](https://www.library.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009996.pub2/epdf/full).

13) Portal da Câmara dos Deputados. Câmara aprova urgência para proposta que inclui no SUS medicamento para tratar TDAH; acompanhe - PL 4554/23, do deputado Abilio Brunini (PL-MT). Disponível em: [https://www.camara.leg.br > noticias](https://www.camara.leg.br/noticias).

V – DATA:

14/10/2025

NATJUS – TJMG