NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Família, da Infância e Juventude e Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher

COMARCA: Ubá

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2025.0008678 e 2026.0011098

IDADE: 11 anos Sexo: feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: F90

PEDIDO DA AÇÃO: Medicamento: Deksa 30mg

FINALIDADE/INDICAÇÃO: TDAH

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 49.960

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Emitir parecer técnico sobre a indicação do medicamento para o tratamento da enfermidade que acomete a paciente, a competência para o seu fornecimento, bem como esclarecer sobre a imprescindibilidade e urgência da medida.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentos médicos datados de 29/04/2025 e 10/07/2025, trata-se de adolescente de **11 anos**, **com** transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (**TDHA**)**. Apresenta deficit de atenção sem hiperatividade.** Fez **uso de metifenidato com baixa eficácia. Uso de Deksa,** lisdexanfetamnina a **30mg. Necessita manter a regularidade do tratamento com Deksa lisedexanfetamina 30mg,** 1 comp dia, **primeira linha de tratamento, sendo superior ao metilfendato.**

O Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade (**TDAH)**, também chamado de transtorno hipercinetico, **é um tipo de disturbio** considerado **a desordem neurocomportamental mais comum na infancia que ocorre no desenvolvimento do sistema nervoso**. **É uma comorbidade bastante frequente em** criança dom transtorno do espectro autista (**TEA**). **Embora seja mais comum na infancia**, pode estar presente

na idade adulta, e tem como caracteristicas mais comuns **a apresentacão de falta de persistencia em tarefas que exigem envolvimento cognitivo, com deficit cognitivo e comprometimento no desenvolvimento da motricidade e da linguagem.** Há uma **tendência a mudar de uma para outra sem completar nenhuma, junto com uma atividade excessiva e desorganizada**. **A tríade sintomatica caracteriza-se por: sintomas de desatencão, hiperatividade e/ou impulsividade,** que e 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 **prejuizo funcional significativo no desempenho escolar, ou no trabalho e dificuldades afetivas nas interacões sociais e atividades cotidianas, com impacto na qualidade de vida. As complicações secundarias 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 cingulada, frontal e parietais corticais com de desequilíbrio dos sistemas dopaminérgicos e noradrenérgicos contribuam 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 c**ritérios 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 c**omportamentos 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 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. A **abordagem ideal combina o intervenções não medicamentosas as medicamentosas no TDHA.** Os **possíveis eventos adversos da farmacoterapia, somados à busca por opções terapêuticas que corrijam as anormalidades do TDHA, l**evaram ao aumento do interesse por terapias não farmacológicas. Entre **as intervenções** dessa categoria aplicadas **no tratamento do 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 uma evidencia científica de superioridade de uma técnica em relação a outra.** Assim **no TDHA** a escolha do método a **ser utilizado 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.** A terapia cognitivo comportamental (**TCC**) é um termo genérico que contempla varias 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, consequentemente, 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, solucão 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 comunicacão 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. **A psicoeducação visa proporcionar, tanto ao paciente quanto à família, informacões compartilhadas** de maneira compreensível s**obre 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.** 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 da TDAH deve sempre envolver abordagens psicoterapicas e de cunho educativo e social. Conforme as agencias 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**.

No SUS os Protocolos Clinicos e Diretrizes Terapeuticas (**PCDT**) **para** orientar o diagnostico e tratamento do **TDAH ainda está em fase de definição.** Diante da complexidade que envolve a problematica de saúde do TDAH, sao necessarios o envolvimento e a **articulacão dos entes federados na organizacão dos servicos, 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 familia, o que exige a organizacão do processo de trabalho em toda a rede de atencão a saúde,** assim como nos demais setores envolvidos (educacão e assistência social, por exemplo). **Os servicos de saude devem ser compostos por equipes multidisciplinares especializadas em TDAH para que possam fornecer diagnostico, tratamento e acompanhamento** para pacientes com essa condicão clinica**.** Atualmente, **existem politicas governamentais que apoiam pacientes que necessitam de cuidados relacionados a saude mental.** A **Política Nacional de Saude Mental** é uma acão do Governo Federal, coordenada pelo Ministerio da Saude, por meio da Coordenação-Geral de Saude Mental, Alcool e outras Drogas, que define as diretrizes adotadas pelo Ministerio da Saude para organizar de forma interfederativa com municipios e estados, a promocão do cuidado integral e longitudinal as

pessoas com transtornos mentais ou com problemas e necessidades em decorrência do uso de substancias psicoativas, como alcool, cocaina, crack e outras drogas. A Rede de Atencão Psicossocial (**RAPS**) **preve a porta de entrada para o cuidado em saude mental pela** Atencão Primaria à Saúde, **os CAPS** e os servicos de urgencia e emergencia, onde as pessoas sao 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 condicão psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer lacos sociais e realizar projetos de vida,** seja em situacões de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial, **é realizado gratuitamente nos servicos especializados** Centros de Atencão Psicossocial infantil **(CAPSi**). O Ministério da Saúde em 2015, definiu a **Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Sofrimento Mental 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 **tratamento farmacológico é eletivo, sem característica de urgência emergência, sintomático e não curativo.** Se necessário, **no TDAH baseia-se no uso de substâncias psicoestimulantes do SNC de curta, média e longa duração**, representado pelas **anfetaminas: MPH e**

LDX, 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.** Se os sintomas **persistirem substituir por MPH, e na 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 primeira linha:**

- histórico de transtorno (abuso) por uso de estimulantes, **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, a bupropiona** tem evidência de eficácia no TDAH e na depressão, evitar a **polifarmácia**

- **transtornos de ansiedade generalizada ou social concomitantes**, o **combinação de estimulante e** 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. Os sintomas podem incluir mudanças no estado mental, hipertermia e hiperatividade autonômica e neuromuscular)

-**déficits proeminentes no funcionamento executivo** (ações auto direcionadas necessárias para escolher metas e executar ações para o cumprimento dessas metas: memória de trabalho, mudança de tarefa, automonitoramento, iniciar uma atividade e autoinibição), **usar anfetaminas, complementada pela TCC visando o funcionamento executivo,** 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.

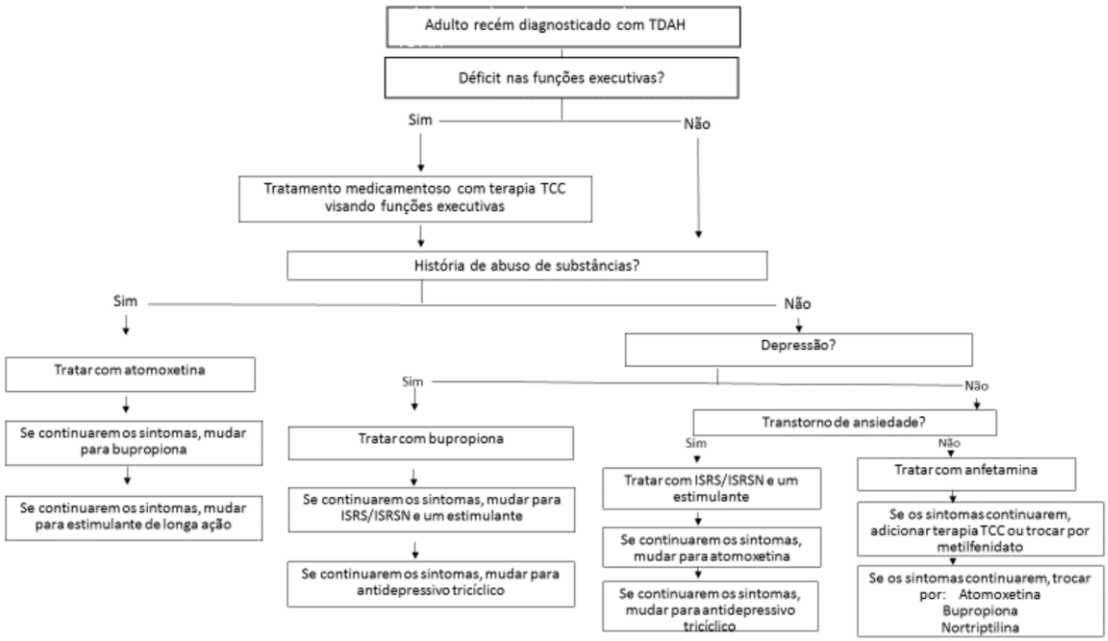
Os psicoestimulantes apresentam efeitos colaterais, mas em sua maioria **são leves, de curta duração e reversíveis com ajustes na dose ou no seu intervalo**, sendo **semelhante com MPH e LDX**. Os mais **comuns incluem supressão do apetite, baixo crescimento ou perda de peso na infância, distúrbios do sono, nervosismo, habilidade emocional e retraimento social.** 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 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.**

O PCDT do SUS **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, nortriptilina e a amitriptilina e antipsicóticos como a risperidona, ISRS** (sertralina, paroxetina, **citalopram, fluoxetina**); **ISRSN** inibidor seletivo de recaptação

da serotonina-norepinefrina. **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 só em casos específicos** para **controle do comportamento, especialmente se há retardo mental.** Alguns **estados e municípios, como Belo Horizonte, dispensam o MPH, conforme protocolos específicos nos** Centros de Atenção Psicossocial Infantil **(CAPSi), para tratamento da esquizofrenia** Centro Psiquico da Adolescência e Infância **(CEPAI), unidade FHEMIG, em Belo Horizonte.**

O fluxograma abaixo resume a abordagem terapêutica

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



O **LDX, (Deksa) é um pró-fármaco** e **necessita de uma transformação enzimática** no organismo **para liberar a droga ativa, a dexanfetamina.** O **seu mecanismo de ação** caracteriza-se pelo **bloqueio da recaptação 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 p**odem 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.**

CONCLUSÃO: trata-se de **adolescente** de **11 anos**, **com TDHA. Apresenta deficit de atenção sem hiperatividade.** Fez **uso de metifenidato com baixa eficácia. Uso de Deksa,** lisdexanfetamnina a **30mg. Necessita manter a regularidade do tratamento com Deksa lisedexanfetamina 30mg,** 1 comp dia, **primeira linha de tratamento, sendo superior ao metilfendato.**

O TDAH, é considerado a desordem neurocomportamental mais comum na infância que ocorre no desenvolvimento do sistema nervoso. **A tríade sintomática 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.**

O diagnóstico é essencialmente clínico e o tratamento requer abordagem multidisciplinar, com intervencões 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.**

O tratamento 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 e se necessário as medicamentosas.** Os **possíveis eventos adversos da farmacoterapia, somados à busca por opções terapêuticas que corrijam as anormalidades do TDHA, levaram ao aumento do interesse por terapias não farmacológicas.** Entre **as intervenções** dessa categoria aplicadas no tratamento estão: **TCC, intervenções comportamentais que envolvem familiares ou responsáveis, intervenções com foco na comunicação, musicoterapia, terapias ABA e o programa de TEACCH. O método ABA trata-se de tratamento por equipe interdisciplinar de alta intensidade foca em promover o ensino de novas habilidades e ajudar a lidar com comportamentos desafiadores,** o que podem ser tanto **comportamentos de crises quanto aqueles que colocam em risco a integridade física, como agressão e autoagressão para promover uma melhor qualidade de vida para a pessoa**. 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 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 tratamento farmacológico no TDHA é eletivo, sem característica de urgência emergência e sintomático e não curativo, já que este transtorno tem características evolutivas e irreversível, mas**

com grande melhora se as devidas terapias adequadas são instituídas precocemente.

No TDHA, este tratamento, **baseia-se** principalmente **no uso de substâncias psicoestimulantes do SNC de curta, média e longa duração**, como **as anfetaminas, MPH** (ritalina®) **e o LDX** que atuam como **agonistas indiretos desses neurotransmissores.** Assim, **para a maioria dos adultos e crianças 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, **imipramina**), nesta ordem de opções, **sendo a imipramina disponível no SUS. 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, transtorno opositor psiquicótico atípico como a risperidona**.

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 no comportamento agressivo.** Alguns **estados e**

municípios, dispensam o MPH, conforme protocolos específicos nos CAPSi, para tratamento da esquizofrenia CEPAI, unidade da FHEMIG, em Belo Horizonte e na Policlínica Municipal de Ipatinga.

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_RelatorioMetilfenidato_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.

4) 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.

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.

7) 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.

8) 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.goog/uptodate/show/1232?_x_ tr_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt-BR&_x_tr_pto=Cs

9) 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

V – DATA:

25/09/2026 NATJUS – TJMG