



**imprescindível seu uso contínuo e acompanhamento psicológico. com resposta satisfatória dos sintomas, Negativas das Secretarias Municipal de Tocantins e Estadual de Saúde sob alegação que os medicamentos não estão padronizados na REMUNE e RENAME e não fazem parte dos componentes da assistência farmacêutica do estado de Minas Gerais.**

O Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), também chamado de transtorno hiperativo, 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 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, 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 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 cíngulada, frontal e parietais corticais com de desequilíbrio dos sistemas dopaminérgicos e noradrenérgicos contribuem para esse mecanismo**. Parece haver um consenso neuroquímico que tanto a dopamina e a noradrenalina participam de maneira predominante e exercem intensa influência nos centros motores e na atenção, respectivamente.

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

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

**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 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. 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 TEA 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 a equipe e a família do paciente, garantindo informações adequadas quanto ao alcance e benefícios do mesmo, favorecendo a implicação e corresponsabilidade pelo cuidado.

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 do TDHA, é eletivo, sem caracter de urgência emergência e sintomático e não curativo. O tratamento farmacológico, quando necessário baseia-se no TDAH 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.

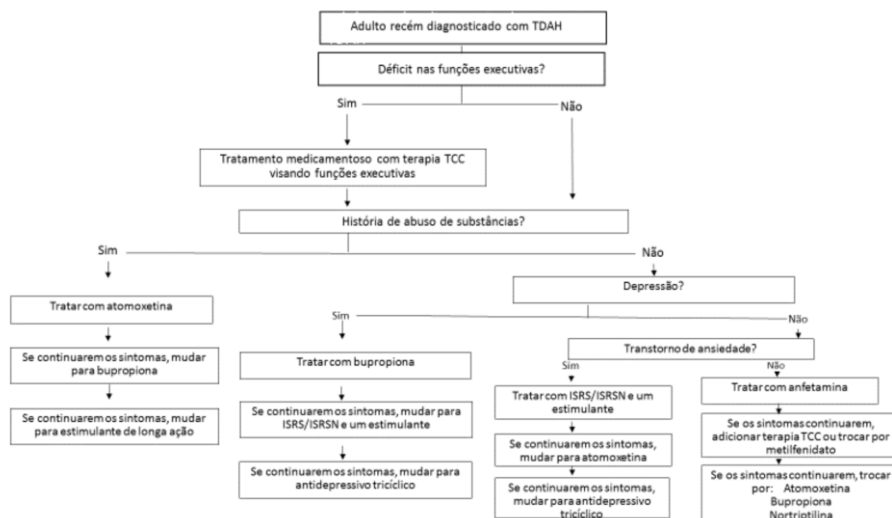
. **transtornos de ansiedade generalizada ou social concomitantes**, o tratar com a **combinação de estimulante e** um inibidor seletivo da recaptação da serotonina (**ISRS – sertralina, paroxetina, citalopram, fluoxetina**). **Iniciar primeiro o ISRS, e após melhora da ansiedade adicionar o estimulante**.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

O fluxograma abaixo resume a abordagem terapêutica

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.**

**No SUS os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para orientar o diagnóstico e tratamento do TDAH 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 (educação e assistência social, por exemplo). Os serviços de saúde devem ser compostos por equipes multidisciplinares especializadas em TDAH para que possam fornecer diagnóstico, tratamento e acompanhamento para pacientes com essa condição clínica. Atualmente, **existem políticas governamentais que apoiam pacientes que necessitam de cuidados relacionados a saúde mental.** A **Política Nacional de Saúde Mental** é uma ação do Governo Federal, coordenada 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 a Saúde, **os CAPS** e os serviços de urgência e emergência, onde as pessoas são acolhidas, sejam elas referenciadas ou por demanda espontânea. **O cuidado de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, como os pacientes com TDAH,** autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, são impossibilitados de manter/estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida, 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 TEA 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 estratégias terapêuticas direcionadas ao desenvolvimento de funcionalidades e à compensação de limitações funcionais, assim como à prevenção ou retardo de possível deterioração de capacidades funcionais. Nos locais especializados, o paciente passará por avaliação biopsicossocial multiprofissional para 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.**

**O transtorno de ansiedade mutismo seletivo é caracterizado pelo fracasso persistente em falar em situações sociais específicas, apesar da capacidade de falar em outras situações, sendo o medo e a ansiedade os principais fatores que contribuem para esta dificuldade. Comumente percebido na pré escola ou na escola, ocorre mais em crianças do sexo feminino e tende a diminuir com o idade, desaparecendo na vida adulta. Os sintomas são tipicamente relacionados à determinados contextos específicos. Esta discrepância no comportamento de falar é central para este transtorno. Pode afetar o desenvolvimento social e acadêmico da criança, além de causar sofrimento emocional. Tem sido encontrado em 10% dos casos associado ao TEA e em comordidade do TDAH. Seu tratamento envolve geralmente abordagem multidisciplinar, com terapias comportamentais, terapia familiar. O tratamento medicamentoso em crianças com MS é amplamente usada “off label” devido a falta de evidências; a medicação deve ser considerada apenas em circunstâncias especiais. Atualmente, existem dois pequenos estudos clínicos, cegos, com uso de ISRS. A fluoxetina é a mais estudada, e dois IMAOs: fenelzina e moclobemida. O uso dos IMAOs em crianças devem ser evitados pelos efeitos colaterais e pela interação com alguns alimentos. Recomenda-se iniciar com fluoxetina e mudar para sertralina, se houver intolerância ou falta de resposta.**

**O Reconter® oxalato de escitalopram 10mg, é um medicamento da**

classe dos ISRS, classe do grupo de antidepressivos. Tem indicação em bula ANVISA no tratamento e prevenção da recaída ou recorrência da depressão; do transtorno do pânico, com ou sem agorafobia; do transtorno de ansiedade generalizada (TAG); do transtorno de ansiedade social (fobia social); do transtorno obsessivo compulsivo (TOC). Estudo comparando os medicamentos duloxetina, escitalopran, pregabalina, sertralina, tiagabina, fluoxetina, paroxetina, lorazepam e venlafaxina, para tratamento da ansiedade, mostrou que a fluoxetina, disponível no SUS, é o medicamento mais eficaz, e a sertralina o mais tolerável. Entretanto, dada a qualidade desconhecida dos estudos e os riscos de viés no processo de revisão, suas conclusões devem ser interpretadas com cautela. É contra-indicado na alergia a qualquer um dos componentes da fórmula; em pacientes em uso de medicamentos inibidores da monoaminoxidase (IMAO), selegilina, moclobemida e linezolida; na arritmia cardíaca. Não consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e, portanto, não é disponibilizado pelo SUS. Alternativamente no tratamento da ansiedade o SUS disponibiliza a fluoxetina, citalopram e sertralina.

O MPH 10 mg 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. O 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. O MTF não está listado na Relação Nacional de Medicamentos (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 LDX 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.

**CONCLUSÃO:** trata-se de criança de 12 anos, acompanhada pela psiquiatria infantil de 15/08/2022 a 31/05/2023, com transtorno de ansiedade/mutismo seletivo associado a transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDHA), predominante **desatento**. Apresenta **dispersão, dificuldade para reter conteúdos pedagógicos e prejuízos funcionais em atividades diárias, sintomas ansiosos residuais muito direcionado ao contexto familiar frágil. Convive predominantemente com a mãe, que apresenta deficiência intelectual e instabilidade emocional. Necessita de Ritalina 10mg antes da aula e Reconter 10mg (0+1+0) sendo imprescindível seu uso contínuo e acompanhamento psicológico. com**

resposta satisfatória dos sintomas, Negativas das Secretarias Municipal de Tocantis e Estadual de Saúde sob alegação que os medicamentos não estão padronizados na REMUNE e RENAME e não fazem parte dos componentes da assistência farmacêutica do estado de Minas Gerais.

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 desta condição 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. Seu tratamento, pelo carácter comportamental, deve sempre envolver abordagens psicoterápicas e de cunho educativo e social. A escolha do tratamento mais adequado deve considerar comorbidades.

O tratamento do TDHA possui como um de seus objetivos principais habilitar as pessoas a participar de modo ativo e independente nas atividades de vida diária. A abordagem ideal combina o intervenções não medicamentosas as medicamentosas. 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 estão: TCC, intervenções comportamentais que envolvem familiares ou responsáveis, intervenções com foco na comunicação, musicoterapia, terapias ABA e o 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 TDHA deve ser feita de modo conjunto entre a equipe e a família, garantindo informações adequadas quanto ao alcance e benefícios do mesmo, favorecendo a implicação e corresponsabilidade pelo cuidado. O tratamento farmacológico 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 são instituídas precocemente.

No TDHA, o tratamento medicamentoso, quando necessário baseia-se principalmente no uso de substâncias psicoestimulantes do SNC de curta, média e longa duração, como as anfetaminas, MPH (Concerta®) e o LDX que atuam como agonistas indiretos desses neurotransmissores. Assim, para a maioria dos adultos com TDAH sem comorbidades, a primeira linha de tratamento são as anfetaminas, em vez de outros medicamentos ou TCC e nas crianças inicialmente TCC. Na persistência dos sintomas substituir por MPH, constituindo a segunda linha, atomoxetina, bupropiona, ou antidepressivos tricíclicos (nortriptilina, imipramina), nesta ordem de opções, sendo a imipramina disponível no SUS e já utilizada 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, tratar primeiro o transtorno; depressão concomitante: bupropiona; transtornos de ansiedade generalizada ou social concomitantes: combinação de estimulante e um ISRS – sertralina, paroxetina, citalopram, fluoxetina. 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 transtorno de ansiedade mutismo seletivo é caracterizado pelo fracasso persistente em falar em situações sociais específicas, apesar da capacidade de falar em outras situações, sendo o medo e a ansiedade os principais fatores que contribuem para esta dificuldade. Comumente percebido na pré escola ou na escola, ocorre mais em crianças do sexo feminino e tende a diminuir com o idade, desaparecendo na vida adulta. Os sintomas são tipicamente relacionados à determinados contextos específicos. Esta discrepância no comportamento de falar é central para este transtorno. Pode afetar o desenvolvimento social e acadêmico da criança, além de causar sofrimento emocional. Tem sido encontrado em 10% dos casos associado ao TEA e em comordidade do TDAH. Seu tratamento envolve geralmente abordagem multidisciplinar, com terapias comportamentais, terapia familiar. O tratamento medicamentoso em crianças com MS é amplamente usada “off label” devido a falta de evidências; a medicação deve ser considerada apenas em circunstâncias especiais. Atualmente, existem dois pequenos estudos clínicos, cegos, com uso de ISRS. Dos ISRS a fluoxetina é a mais estudada, e dos IMAOs: fenelzina e moclobemida. O uso dos IMAOs em crianças devem ser evitados pelos efeitos colaterais e pela interação com alguns alimentos. Recomenda-se iniciar com fluoxetina e mudar para sertralina, se houver intolerância ou falta de resposta.**

O **Reconter®** oxalato de escitalopram 10mg, é um medicamento da classe dos ISRS, classe do grupo de antidepressivos. Tem indicação em bula ANVISA no tratamento e prevenção da recaída ou recorrência da depressão; do transtorno do pânico, com ou sem **agorafobia**; do transtorno de ansiedade generalizada (**TAG**); do transtorno de ansiedade social (**fobia social**); do transtorno obsessivo compulsivo (**TOC**). Estudo comparando os medicamentos duloxetina, escitalopran, pregabalina, sertralina, tiagabina, fluoxetina, paroxetina, lorazepam e venlafaxina, para tratamento da ansiedade, mostrou que a fluoxetina, disponível no SUS, é o medicamento mais eficaz, e a sertralina o mais tolerável. Entretanto, dada a qualidade desconhecida dos estudos e os riscos de viés nos processo de revisão, suas conclusões devem ser interpretadas com cautela. É contra-indicado na **alergia a qualquer um dos componentes da fórmula**; em pacientes em uso de medicamentos inibidores da monoaminoxidase (**IMAO**), selegilina, moclobemida e linezolida; na **arritmia cardíaca**. Não consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (**RENAME**) e, portanto, não é disponibilizado pelo SUS. Alternativamente no tratamento da ansiedade o SUS disponibiliza a fluoxetina, citalopram e sertralina.

O MPH Ritalina® 10mg, 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. 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, já que após administração oral, o MTF de 10mg é tem rápido. Após administração é totalmente absorvido e apresenta biodisponibilidade absoluta com concentração plasmática máxima de aproximadamente 40 nmol/L (11 ng/mL) obtidas em média 1 a 2 horas. Por se tratar da mesma

droga o MTF de absorção imediata e de longa ação tem os mesmos efeitos colaterais e a mesma eficácia, não podendo ser dito que há prejuízo do uso da apresentação liberação imediata a tais quesitos, em relação ao de longa ação sendo necessário apenas ajustes. O MTF 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 MTF no SUS, que agora tramita para apreciação pelo Senado para votação.

Vale ressaltar que no caso em tela não menção a tentativa de uso, falha, ou contra-indicação ao uso das medicações alternativas disponíveis no SUS, ainda que não sejam de primeira linha mas que podem ser indicadas ao caso em questão.

#### **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) 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>.

4) 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/>.

5) 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.goog/uptodate/show/1232?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=pt&\\_x\\_tr\\_hl=pt-BR&\\_x\\_tr\\_pto=sc](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=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) Maldonado R. Comparison of the pharmacokinetics and clinical efficacy of new extended-release formulations of methylphenidate. **Expert Opin Drug Metab Toxicol**. 2013;9(8):1001-14. Disponível em: [https://www.tandfonline.com/doi/10.1517/17425255.2013.786041?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub0pubmed](https://www.tandfonline.com/doi/10.1517/17425255.2013.786041?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub0pubmed).
- 10) Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2024. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/publicada-a-relacao-nacional-de-medicamentos-rename-2022/>.
- 11) Portal da Câmara dos Deputados. Câmara aprova urgência para proposta que inclui no SUS medicamento para tratar TDAH; acompanhe · PL 4554/23, do deputado Abílio Brunini (PL-MT). Disponível em: <https://www.camara.leg.br › noticias>.
- 12) Kong W, Deng H, Wan J, Zhou Y, Zhou Y, Song B, Wang X. Comparative Remission Rates and Tolerability of Drugs for Generalised Anxiety Disorder: A Systematic Review and Network Meta-analysis of Double-Blind Randomized Controlled Trials. **Front Pharmacol**. 2020;11:580858. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.translate.goog/33343351/>
- 13) Oerbeck B, Manassis K, Overgaard KR, Kristensen H. Mutismo seletivo. En Rey JM, Martin A (eds), JM Rey's In: **IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health**. (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2019. p.1-24. Disponível em:

[https://iacapap.org/\\_Resources/Persistent/257ef345b01138db5e53572d65510504bbddc342/F.5-MUTISMO-SELETIVO-ATUALIZADO-2019-PORTUGUES.pdf](https://iacapap.org/_Resources/Persistent/257ef345b01138db5e53572d65510504bbddc342/F.5-MUTISMO-SELETIVO-ATUALIZADO-2019-PORTUGUES.pdf).

14) Reinblatt SP, Riddle MA. The pharmacological management of childhood anxiety disorders: a review. **Psychopharmacology (Berl)**. 2007;191 (1):67-86. Disponível em: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/17205317/>

**V – DATA:**

20/08/2025