

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Instância

COMARCA: 7ª Câmara Cível

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0011051

IDADE: 08 anos

Sexo: Masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: F81.3, F90.1

PEDIDO DA AÇÃO: Medicamento: Cloridrato de metilfenidato

FINALIDADE / INDICAÇÃO: TDAH e dislexia

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 8.333, 104.236

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

No caso concreto, a criança comprovou que se enquadra na excepcionalidade descrita no Tema nº 6 do STF para a concessão do medicamento Concerta para tratamento de quadro de TDAH e Dislexia, CID10 – F90.1 e F81.3?

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatório documentação médica datados de 14/11/2024, trata-se de paciente de **08 anos, com** diagnóstico de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (**TDHA**) e **Dislexia**. **Muito agitada, impulsiva, desatenta com dificuldade escolar**. Já fez **tratamento medicamentoso**. **Iniciou com Metilfenidato com boa melhora**. **Necessita de metilfenidato (concerta 18mg), apoio na sala de aula e atividades físicas regulares, para evitar comprometimento social e acadêmico, podendo ocorrer reajuste da dose**. Em resposta **Secretaria Municipal de Saúde de Camacho** em 11/2024, refere que o medicamento **não pertence a lista de Componentes Básico, Especializado e Estratégicos da Assistência Farmacêutica, e nem a RENAME e não é dispensada pela Farmácia Municipal**. A **Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais** refere que esta droga **não faz parte da Assistência Farmacêutica do SUS e não foi referido tentativas do uso das drogas disponíveis no SUS**.

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

A dislexia é um transtorno específico de aprendizagem, caracterizado por dificuldades na leitura de palavras e/ou na escrita, que envolvem precisão, velocidade ou ambos, e variam dependendo da ortografia, relacionados a alterações na ativação de áreas cerebrais responsáveis pela linguagem, especialmente no hemisfério esquerdo. É uma condição de etiologia multifatorial, com forte componente genético e neurobiológico, sem relação com o nível de inteligência, preguiça ou falta de estímulo. Os principais fatores de risco estão: histórico familiar de dislexia; baixa estimulação linguística na infância; prematuridade ou baixo peso ao nascer; exposição a ambientes educacionais pouco estruturados. As características mais comuns

incluem: **leitura: lenta, imprecisa** e exige muito esforço; **escrita com erros ortográficos frequentes, como omissão, adição ou inversão de letras e sílabas** (ex: trocar "p" por "b" ou "f" por "v").; **fluência e memória com dificuldade em memorizar sequências** (como os dias da semana ou o alfabeto) e **em nomear objetos ou palavras rapidamente; lateralidade e organização a confusão entre esquerda e direita, dificuldade em copiar da lousa e problemas para gerenciar o tempo.**

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, 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 cingelada, 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.

O diagnóstico destas condições 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.** Na dislexia a investigação minuciosa multidisciplinar é a base não só do diagnóstico, mas também para o tratamento. Para que os tipos de comportamento sejam considerados sintomas, eles devem, entre outras coisas, **ser atípicos para a faixa etária do paciente.** Além disso, de acordo com os critérios do Manual de Estatística e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (**DSM-5**), **no TDAH** o indivíduo 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 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. Na dislexia o diagnóstico precoce e a aplicação de atividades específicas são essenciais, para que ocorra a menor defasagem escolar e impactos emocionais. 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, leitura, escrita e fala, 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**. 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 aos benefícios do mesmo, favorecendo a implicação e corresponsabilidade pelo cuidado. O tratamento da dislexia é essencialmente clínico requer um acompanhamento de acordo com as particularidades de cada caso, não existindo um tratamento padrão. Baseia-se em terapia fonoaudiológica, focada no desenvolvimento da consciência fonológica; **intervenção psicopedagógica** para melhorar habilidades acadêmicas; **adaptações escolares**, como tempo adicional em provas; e **uso de tecnologias assistivas**, como leitores de texto.

No SUS o Protocolo Clínico 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 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 dislexia/TDAH para que possam fornecer diagnóstico, tratamento e acompanhamento para pacientes com essa condição clínica. Atualmente, **existem políticas governamentais que apoiam pacientes que necessitam de cuidados relacionados a saúde mental**. A **Política Nacional de Saúde Mental** é uma ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Saúde Mental, 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 às pessoas com transtornos mentais ou com problemas e necessidades em decorrência do uso de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas. A Rede de Atenção Psicossocial (**RAPS**) **preve a porta de entrada para o cuidado em saúde mental pela Atenção Primária à Saúde como na dislexia, os CAPS** e os serviços de urgência e emergência, onde as pessoas são acolhidas, sejam elas referenciadas ou por demanda espontânea. **O cuidado de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, como os pacientes com TDAH, autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial, é realizado gratuitamente nos serviços especializados** Centros de Atenção Psicossocial infantil (**CAPSi**). A **RAPS 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 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 passará por avaliação biopsicossocial com equipe multiprofissional a fim de estabelecer o diagnóstico funcional, identificar as potencialidades e necessidades do paciente, de sua família e seu contexto de vida. Todos estes fatores servem de base para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que deverá se estabelecido e seguido pelos familiares e paciente, sob coordenação desta rede.

No SUS a **TCC** é termo genérico que contempla várias abordagens do modelo cognitivo comportamental. **É ofertada em psicoterapia, individual ou em grupo. As técnicas da TCC possibilitam que o paciente seja capaz de reestruturar suas crenças a partir de perspectivas mais adaptativas, suprimindo ou amenizando os comportamentos condicionados, mal adaptativos e modificando suas crenças, pensamentos, emoções e, suas sensações.** Dentre as técnicas cognitivas mais utilizadas, destacam-se: reestruturação cognitiva, solução de problemas, diálogo interno, treinamento de autocontrole, autorreforço e treino de autoinstrução. Já dentre as técnicas comportamentais, destacam-se: automonitoramento e autoavaliação, sistema de recompensas, sistema de fichas, custo de resposta, punições, tarefas de casa, modelagem, dramatizações, além de treinamento de comunicação social, planejamento e cronogramas. **As intervenções comportamentais são a forma de tratamento psicológico mais bem estabelecido, recomendado e amplamente utilizado.** A psicoeducação visa proporcionar, tanto ao paciente quanto à família, informações compartilhadas de modo compreensível sobre o diagnóstico, 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 e sintomático e não curativo. Já na dislexia com o tratamento os resultados aparecem de forma consistente e progressiva e, o disléxico sempre contorna suas dificuldades, encontrando seu caminho. Mediante seus esforços e tratamento adequado, quando adultos aprendem a conviver com suas dificuldades, pois terão desenvolvido estratégias que compensarão tais dificuldades, facilitando-lhes a vida acadêmica.

Até o momento, **não há recomendação de terapia medicamentosa para a dislexia. Já no TDHA, quando necessário o tratamento medicamentoso 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. Na persistência dos sintomas substituir por MPH, constituindo a 2ª 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 1ª linha:**

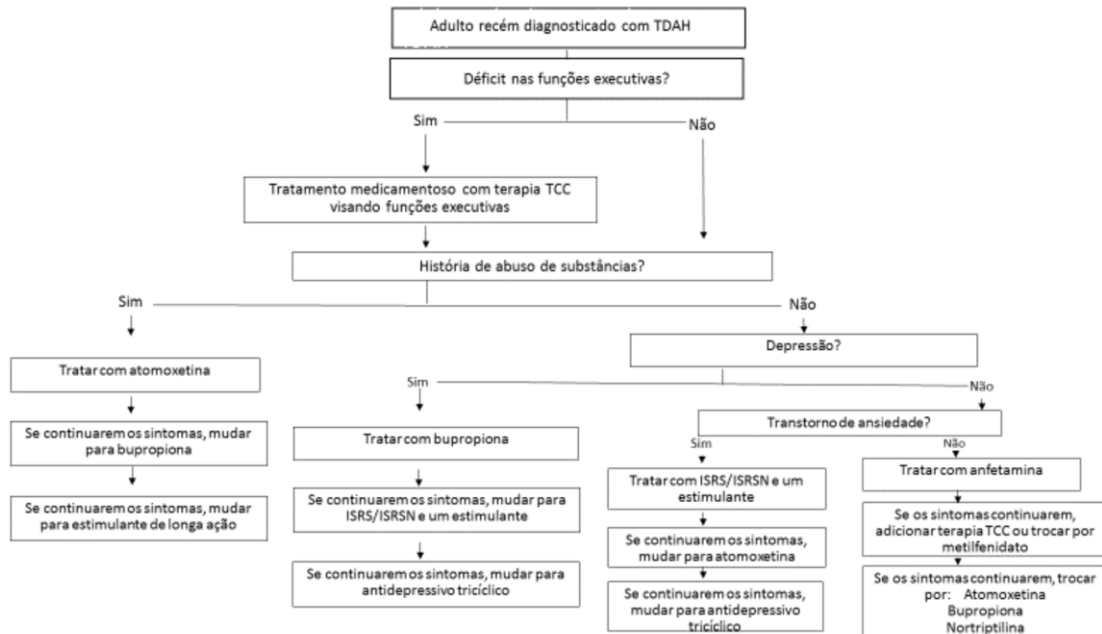
- **histórico de transtorno (abuso) por uso de estimulantes, o tratamento recomendado seria com atomoxetina que é eficaz para o TDAH e tem pouco ou nenhum potencial de abuso.**
- **transtorno ativo por uso de estimulantes, o transtorno deve ser**

tratado primeiro, e a estabilização aguda deve ser alcançada antes do início da farmacoterapia para TDAH.

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

O fluxograma abaixo resume a abordagem terapêutica

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



Como os efeitos negativos do TDAH diferem entre os adultos, o médico deve ajudar o paciente a determinar quando e qual 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, e outros podem precisar deles indefinidamente.

O MTF e LDX apresentam efeitos colaterais semelhantes, em sua maioria leves, de curta duração e reversíveis com ajustes na dose ou na posologia. 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 primeira 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.

O MPH (Ritalina, Conserta, Consiv, FoQ[®]) está aprovada pela ANVISA no tratamento do TDHA em várias apresentações inclusive de 18mg, 30, 36 e 54mg, chamadas LA ou Oros. Tem como principais efeitos colaterais diminuição do apetite, insônia, cefaleia, boca seca, náusea, infecções, tontura insônia, febre, tosse. É formulado para liberar 100% do seu princípio ativo, o cloridrato de MPH, de uma maneira controlada, por um período de 10 horas. A diferença essencial entre esta apresentação de liberação prolongada LA ou XR e imediata está na meia vida da droga, podendo ser corrigida pela alteração na posologia diária da formulação de liberação imediata. Assim devido ao menor o tempo de ação, há a necessidade de um maior número de doses quando se usa o MPH de 10mg, (liberação imediata), se comparada a formulações LA ou XR. Nesta situação, para a mesma duração do efeito, há necessidade de uso de 3 doses/dia, já que o efeito do MPH de liberação imediata, é rápido e a droga é quase completamente absorvida, sendo sua biodisponibilidade absoluta com concentração plasmática máxima de aproximadamente 40 nmol/L (11 ng/mL) obtidas em média 1 a 2 horas após a administração. Entretanto, em termos de efeitos terapêuticos ou adversos MPH, em qualquer apresentação LA, XR e imediata, são os mesmos já que se trata da mesma droga, não podendo ser dito que há prejuízo do uso da apresentação liberação imediata. O que muda em relação as formulações LA, XR e imediata é apenas na comodidade de administração. Tão pouco pode se dizer que os genéricos e similares no caso Concerta[®] tem efeito diverso do medicamento de referência, pois

se trata da mesma droga, com mesmo princípio ativo, sendo o genérico uma cópia fiel com medicamento de referência e o similar cópia que pode ter pequenas diferenças de tamanho, forma ou embalagem, mas não quanto ao seu efeito clínico ou adverso. O MPH não foi sistematicamente **avaliado em estudos controlados**, no uso prolongado (mais de 4 semanas). É descrito **relação de a redução no crescimento** (ganho ponderal e/ou estatural) e **início ou exacerbação de tiques verbais e motores com seu uso prolongado**. O MPH não está listado na **RENAME**. A Aliança Canadense de Pesquisa do TDAH, considera os agentes estimulantes do SNC, dentre os quais estão o MPH, o LDX e o sal misto de anfetamina como de primeira linha. Revisão da literatura em relação as MPH e LXD mostraram que há maior risco de eventos adversos gerais com a LDX, porém, quanto à eficácia, as evidências disponíveis sugeriram que os dois medicamentos não apresentam **diferenças significativas**. Cabe ressaltar, entretanto, que a qualidade geral das evidências foi considerada baixa para o desfecho de melhora clínica e muito baixa para eventos adversos gerais. Assim concluiu que são necessários estudos mais bem desenhados e com duração maiores para se compreender os efeitos reais das anfetaminas no tratamento do TDAH. **A Conitec recomendou a não incorporação no SUS do MPH e da LDX para o tratamento do TDAH**. Como a análise não apontou diferença significativa entre as duas substâncias em termos de melhora clínica, optou-se por considerar apenas a dimensão econômica para estabelecer a opção mais vantajosa para o SUS. A recomendação do Plenário considerou o elevado aporte de recursos financeiros apontado na análise de impacto orçamentário bem como a baixa/muito baixa qualidade das evidências científicas relacionadas à eficácia e a segurança dos medicamentos em questão de liberação imediata duração.

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 no 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 TDAH, apesar de sua eficácia ser inferior àquela observada com as medicações de 1ª linha. No TDHA antipsicóticos como a risperidona são úteis somente em casos específicos para controle do comportamento. Em alguns localidades, como Belo Horizonte, Ponte Nova e Ipatinga há dispensação de MPH de liberação imediata, conforme protocolos específicos nos CAPSi, para tratamento da esquizofrenia e no CEPAl, unidade da FHEMIG. Em 2024 a Câmara dos Deputados aprovou o projeto de lei 3642/2023, que incorpora o medicamento MPH no SUS, que agora tramita para apreciação pelo Senado para votação. **CONCLUSÃO:** trata-se de paciente de 08 anos, com TDHA e Dislexia. Muito agitada, impulsiva, desatenta com dificuldade escolar. Já fez tratamento medicamentoso. Iniciou com Metilfenidato com boa melhora. Necessita de metilfenidato (concerta 18mg), apoio na sala de aula e atividades físicas regulares, para evitar comprometimento social e acadêmico, podendo ocorrer reajuste da dose. Em resposta Secretaria Municipal de Saúde de Camacho em 11/2024, refere que o medicamento não pertence a lista de Componentes Básico, Especializado e Estratégicos da Assistência Farmacêutica, e nem a RENAME e não é dispensada pela Farmácia Municipal. A Secretaria de Estado da Saúde refere que esta droga não faz parte da Assistência Farmacêutica do SUS e não foi referido tentativas do uso das drogas disponíveis no SUS.

O TDAH e dislexia, são desordens de neurocomportamental e neurobiológico com forte componente genético que podem se associar e são mais comum na infância. Caracterizam-se por: sintomas de

desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade, em diferentes contextos promovendo um prejuízo funcional significativo no desempenho escolar, ou no trabalho e dificuldades afetivas nas interações sociais e atividades cotidianas, com impacto na qualidade de vida. Já na dislexia estas dificuldades concentram-se na aprendizagem, com dificuldades na leitura de palavras e/ou na escrita, que envolvem precisão, velocidade ou ambos, e variam dependendo da ortografia, relacionados a alterações na ativação de áreas cerebrais responsáveis pela linguagem, especialmente no hemisfério esquerdo.

O diagnóstico destas condições é essencialmente clínico e o tratamento requer abordagem multidisciplinar, com intervenções intersetoriais, incluindo também profissionais das áreas de saúde e educação, os pais, membros familiares e o paciente. Por isso, o tratamento deve sempre envolver abordagens psicoterápicas e de cunho educativo e social, é eletivo e não de urgência. A escolha do tratamento mais adequado deve considerar comorbidades.

O tratamento destas condições e especialmente possui como um de seus objetivos principais habilitar as pessoas a participar de modo ativo e independente nas atividades de vida diária. Na dislexia a terapia apenas não medicamentosa. No TDAH 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, levaram ao aumento do interesse por terapias não farmacológicas. Entre as intervenções dessa categoria aplicadas no tratamento estão: TCC, intervenções comportamentais envolvendo familiares e/ou responsáveis, intervenções com foco na comunicação, fala, escrita e leitura, 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. Na

dislexia a abordagem clínica é essencial e considerada a única forma de manejo. Baseia-se em terapia fonoaudiológica, focada no desenvolvimento da consciência fonológica; intervenção psicopedagógica para melhorar habilidades acadêmicas; adaptações escolares, como tempo adicional em provas; e uso de tecnologias assistivas, como leitores de texto. Deste modo, a escolha do método a ser utilizado no tratamento deve ser feita de modo conjunto entre a equipe e família, garantindo informações adequadas quanto ao alcance e benefícios do mesmo, favorecendo a implicação e corresponsabilidade pelo cuidado.

O tratamento é eletivo, sem característica de urgência emergência e sintomático e não curativo, já que o TDAH tem características evolutivas e irreversível, mas com grande melhora se as devidas terapias adequadas são instituídas precocemente. Já na dislexia os resultados aparecem de forma consistente e progressiva e, o disléxico sempre contorna suas dificuldades, encontrando seu caminho. Mediante seus esforços e tratamento adequado, aquando adultos aprendem a conviver com suas dificuldades, e terão desenvolvido estratégias que compensarão estas dificuldades, facilitando-lhes a vida acadêmica.

No SUS o PCDT para orientar o diagnóstico e tratamento do TDAH e ainda está em fase de definição. A psicoterapia, individual ou em grupo é ofertada e inclui a dislexia. Diante da complexidade que envolve a problemática de saúde do TDAH, são necessários o envolvimento e a articulação dos entes federados na organização dos serviços, a fim de ofertar cuidado multidisciplinar adequado, integral e longitudinal, por meio de abordagens individuais e coletivas o que atinge também a dislexia. 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, e nos demais setores envolvidos (educação e assistência social, por exemplo). Estudos relatam que a terapia medicamentosa associada a intervenções psicossociais é a maneira mais eficaz de lidar com os sintomas de TDAH e seus

prejuízos. O tratamento farmacológico, do TDHA, quando necessário, baseia-se principalmente na administração de substâncias psicoestimulantes do SNC. Não deve ser indicado para todos os pacientes, especialmente os com sintomas secundários a fatores ambientais e/ou outros transtornos psiquiátricos primários.

No TDAH o tratamento farmacológico, quando necessário, baseia-se principalmente no uso de substâncias psicoestimulantes do SNC de curta, média e longa duração, como as anfetaminas, MPH (ritalina®) e o LDX (venvanse®), agonistas indiretos desses neurotransmissores. Para a maioria dos adultos e crianças com TDAH sem comorbidades, a 1ª linha de tratamento são as anfetaminas, em vez de outros medicamentos ou TCC. Na persistência dos sintomas substituir por MPH, constituindo 2ª 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 psiquiátrico atípico 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 TDAH, apesar de sua eficácia ser inferior àquela observada com as drogas de 1ª linha LDX e MPH.

No Brasil O Metilfenidato 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. Seu uso prolongado por mais de 4 semanas não foi sistematicamente avaliado em estudos controlados, estando

relacionado a redução no crescimento (ganho ponderal e/ou estatural) e início ou exacerbação de tiques verbais e motores. Não está listado RENAME. A Aliança Canadense de Pesquisa do TDAH, considera os agentes estimulantes do SNC, dentre os quais estão o MPH, o LDX e o sal misto de anfetamina como de primeira linha. Revisão da literatura em relação as MPH e LXD mostraram que há maior risco de eventos adversos gerais com a LDX, porém, quanto à eficácia, as evidências disponíveis sugeriram que os dois medicamentos não apresentam diferenças significativas. 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 elevado o 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.

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 e haloperidol para controle de tiques. 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 1ª linha. Alguns estados e municípios, dispensam o MPH, conforme protocolos específicos nos CAPSi, para tratamento da esquizofrenia CEPAl, unidade da FHEMIG, em Belo Horizonte e na Policlínica Municipal de Ipatinga. A Câmara dos Deputados aprovou o projeto de lei 3642/2023, que incorpora o

medicamento MPH no SUS, que tramita para apreciação pelo Senado.

No SUS, para abordagem do TDAH estão disponíveis outras drogas como antidepressivos tricíclicos, especialmente a nortriptilina e a amitriptilina e antipsicóticos como a risperidona, ainda que estas drogas disponíveis no SUS sejam de 2ª linha para o tratamento do TDAH. Vale ressaltar que, a despeito das drogas disponíveis no SUS não serem a opção de primeira linha no tratamento do TDAH, não há evidência no caso em tela de falha do tratamento, contra-indicações e reações estas drogas, não existindo citação dos eu uso.

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 Nº 3/2021/GEAS/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp61/proposta_anexo_ii_dut_rol_2018_final_com_marcacoes_26-06-2017.pdf/view.
- 5) Padilha SCOS, Virtuoso S, Tonin FS, Borba HHL, Pontarolo R. Efficacy and safety of drugs for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. **Eur Child Adolesc Psychiatry**. 2018 27:1335–45. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29460165/>.
- 6) Brown KS, Samuel S, Patel DR. Pharmacologic management of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a review for practitioners. **Transl Pediatr**. 2018;7(1):36-47. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5803014/pdf/tp-07-01-36.pdf>.
- 6) Catala-Lopez F, Hutton B, Nuñez-Beltran. A, Page MJ, Ridao M, Saint-Gerons DM, Catalá MA. The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. **PLoS ONE**. 2017;12(7): e0180355. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0180355>.
- 7) Bukstein O. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: Epidemiology,

pathogenesis, clinical features, course, assessment, and diagnosis. Up-To-date. Literature review: Mar 2023. This topic last updated: Apr 07, 2022.

Disponível em: https://www-medilib-br.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, Gêmes K, Tanskanen A, Ekselius L, Mittendorfer-Rutz E, Helgesson M. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medications and Work Disability and Mental Health Outcomes. **JAMA Netw Open**. 2024;7(3):e242859. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10955386/?report=printable>

11) Maneeton B, Maneeton N, Likhitsathian S, Suttajit S, Narkpongphun A, Srisurapanont M, Woottiluk P. Comparative efficacy, acceptability, and tolerability of lisdexamfetamine in child and adolescent aDhD: a meta-analysis of randomized, controlled trials. **Drug Des Devel Ther**. 2015;9: 1927-36. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4389815/pdf/dddt-9-1927.pdf>.

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

children and adolescents. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2016, Issue 2. Art No:CD009996. Disponível em <https://www.cochrane.library.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009996.pub2/epdf/full>.

13) Ministério da Saúde Biblioteca Virtual em Saúde. Dislexia. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/dislexia/>

14) 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>.

V – DATA:

22/09/2026

NATJUS – TJMG