

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 3ª Unidade Jurisdicional da Fazenda Pública do Juizado Especial 35º JD

COMARCA: Belo Horizonte

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0006201

IDADE: 63 anos

Sexo: Masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: F33, F41.1 F90.0

PEDIDO DA AÇÃO: Medicamento: medicamentos DESVENLAFAXINA 100mg, na quantidade de 30 (trinta) comprimidos por mês e LISDEXANFETAMINA 70mg (VENVANSE), na quantidade de 30 (trinta) comprimidos por mês, ambos de uso contínuo.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Particularidades clínicas, como ausência de resposta aos demais medicamentos e efeitos colaterais intoleráveis.

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 43.253, 23.759, 50.973, Interrupção do tratamento c/ recidiva sintomática e perda funcional

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

5194695-17.2024.8.13.0024

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatório médico psiquiátrico e neurológico datados de 25/07/2024, 0708/2024, trata-se de paciente de **63 anos, com transtorno depressivo recorrente, transtorno de ansiedade generalizada, e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDHA), com predomínio de instabilidade e desatenção.** Fez uso de ISRS (fluoxetina), bupropiona e metilfenidato com respostas insuficientes e efeitos colaterais. Solicitado manutenção do tratamento bem sucedido com lisdexanfetamina 70mg, desvenlafaxina 100mg, metilfenidato 10mg, apresentando satisfatória remissão sintiomática e boa qualidade de vida. A interrupção do tratamento c/ recidiva sintomática e perda funcional. Negativa da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais em

06/2024 referindo que as medicações não são contemplados na lista de medicamentos do SUS, não fornecidos pelo seus componentes.

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. 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.**

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 oppositor 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 cíngula, 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 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. 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**. Não existe uma evidência científica de superioridade de uma técnica em relação a outra. Assim a escolha do método a **ser utilizado no tratamento do TDHA deve ser feita de modo conjunto entre a equipe e a família do paciente, garantindo informações adequadas quanto ao alcance e aos benefícios do mesmo, favorecendo a implicação e corresponsabilidade pelo cuidado**.

No **SUS** o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (**PCDT**) para orientar o diagnóstico e tratamento do **TDAH** ainda está em fase de definição. A psicoterapia, individual ou em grupo é ofertada. Diante da

complexidade que envolve a problemática de saúde do 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. No gerenciamento do TDAH, dada à complexidade dessa condição, preconiza-se a intervenção multimodal, com intervenções não medicamentosas (intervenções cognitivas e comportamentais) para melhora dos sintomas deste transtorno, no controle executivo e no funcionamento ocupacional e social. O tratamento da TDAH deve sempre envolver abordagens psicoterápicas e de cunho educativo e social. A escolha do tratamento mais adequado deve considerar comorbidades, como epilepsia, síndrome de Tourette e outras desordens, o perfil de efeito adverso, potencial para abuso de drogas e preferências da criança e dos cuidadores. Conforme as agências internacionais crianças e adultos com TDAH devem ser avaliados por médicos especialistas para melhor direcionamento do tratamento, que consiste em intervenção psicossocial e tratamento medicamentoso. Estudos relatam que a terapia medicamentosa associada a intervenções psicossociais é a maneira mais eficaz de lidar com os sintomas e prejuízos do TDAH.**

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.

O tratamento farmacológico é eletivo, sem característica de urgência emergência, sintomático e não curativo. Se 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. Não são indicados em associação Na persistência dos sintomas substituir por MPH, constituindo a segunda linha, atomoxetina, bupropiona, ou antidepressivos tricíclicos (ADT) como nortriptilina, nesta ordem de opções. TDHA e condições clínicas específicas recomenda-se 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, 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). **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 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.

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 melhora das interações sociais e desempenho acadêmico. O MPH é recomendado como tratamento de primeira escolha para TDAH,

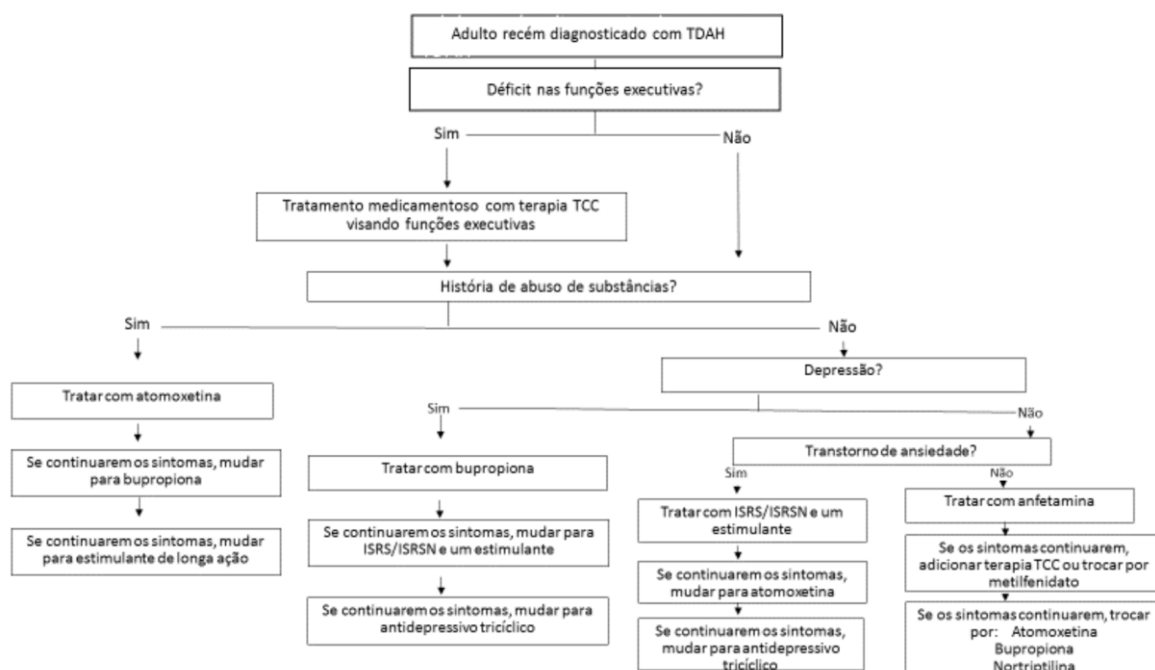
devido ao maior número de estudos clínicos. Outras drogas como **antidepressivo**: imipramina, nortriptilina, atomoxetina, desipramina ou bupropiona e **antipsicóticos**: tioridazina ou risperidona, são úteis em casos específicos para controle do comportamento, especialmente quando há

O fluxograma abaixo resume a abordagem terapêutica

TDAH = transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; TCC = terapia cognitivo-comportamental; ISRS = inibidor seletivo de recombinação de serotonina; ISRN = inibidor seletivo de recombinação de noradrenalina

retardo mental.

O MPH, está aprovada pela ANVISA no tratamento do TDHA. Tem



como principais efeitos colaterais diminuição do apetite, insônia, cefaleia, boca seca, náusea, infecções, tontura insônia, febre, tosse. É formulado para liberar 100% do seu princípio ativo, o cloridrato de metilfenidato, de uma maneira controlada, por um período de 10 horas. 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 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 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. Entretanto alguns Estados e Municípios, como Belo Horizonte e Itabira, dispensam o MPH de liberação imediata duração, conforme protocolos específicos nos Centros de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi), para tratamento da esquizofrenia CEPAL, unidade da FHEMIG.

O LDX, Venvanse®, produzido pela Pharmaceuticals Takeda, 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 podem ocorrer pequenas elevações na pressão arterial e na frequência de pulso dos pacientes, o que indica a necessidade de acompanhamento regular dos pacientes. Além disso, LDX não deve ser utilizada em pacientes com sérios problemas cardíacos. Não está listada na RENAME, e não é a medicação de melhor custo-efetividade para o tratamento desse transtorno, não sendo, portanto, dispensada pelo SUS. Considerado pela Aliança Canadense de Pesquisa do TDAH,

considera, o LDX assim como o MPH 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. Os resultados de estudos encontrados mostram que o LDX é mais eficaz do que o placebo para o tratamento de curto prazo de TDAH. 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. Não existe formulação genérica do Venvanse no mercado, já que a patente desta

medicação está vigente até o ano de 2024. Entretanto, existe a mesma droga, também produzida pelo produzida pela Pharmaceuticals Takeda, mesmo laboratório do Venvanse, com nome comercial de Juvene, que por ser a mesma droga, não se pode dizer que tenha superioridade ou inferioridade terapêutica em relação ao Venvanse.

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 e a amitriptilina e antipsicóticos como a risperidona. Estudos controlados confirmam a superioridade de antidepressivos tricíclicos, especialmente a desipramina e em menor grau, a imipramina, a nortriptilina e a amitriptilina no tratamento do TDAH, apesar de sua eficácia ser inferior àquela observada com as medicações de primeira linha. No TDHA antipsicóticos como a risperidona são úteis somente em casos específicos para controle do comportamento, especialmente quando há retardo mental.

A depressão é uma doença psiquiátrica crônica e recorrente que produz alterações de humor, geralmente, caracterizada por tristeza profunda e forte sentimento de desesperança e baixa autoestima. Representa um problema médico grave e altamente prevalente, 4º lugar entre as principais causas de ônus. Normalmente aparece no final da 3ª década da vida, mas pode começar em qualquer idade. Tem prevalência em 20% da mulheres e 12% dos homens. A depressão não tem tempo para passar, podendo durar dias, semanas, meses ou anos. Aproximadamente 80% dos indivíduos que receberam tratamento para um episódio depressivo terão um segundo episódio ao longo de suas vidas, sendo quatro a mediana de episódios ao longo da vida. A duração média de um episódio é entre 16 e 20 semanas e 12% dos pacientes têm um curso crônico sem remissão de sintomas. Seus fatores de risco são histórico familiar; transtornos psiquiátricos correlatos; estresse ou

ansiedade crônicas; disfunções hormonais; dependência química; traumas psicológicos; doenças diversas como cardíacas, endócrinas, neurológicas, neoplásicas entre outras; **conflitos conjugais; mudança brusca de condições financeiras e desemprego.** Tem como **causas herança genética, deficiências de bioquímicas neurotransmissores, como a serotonina, noradrenalina e dopamina e eventos vitais estressantes.**

Seu **diagnóstico é clínico baseado na anamnese e exame físico,** não existindo exame propedêutico para tal. **Considera-se depressão a presença por um período de duas semanas cinco ou mais dos seguintes sintomas: humor depressivo** (sensação de tristeza, apatia, autodesvalorização e sentimento de culpa, pensamentos suicidas); **retardo motor** (falta de energia, preguiça ou cansaço excessivo, lentificação do pensamento, falta de concentração ou indecisão, memória, vontade e iniciativa); **insônia ou sonolência: apetite** (diminuído, e raramente aumento do apetite); **redução do interesse sexual; dores e sintomas físicos difusos** (mal estar, cansaço, queixas digestivas, dor no peito, taquicardia, sudorese). Um **episódio depressivo pode ser categorizado como leve, moderado ou grave, a depender da intensidade dos sintomas.** No **episódio depressivo leve terá alguma dificuldade em continuar um trabalho simples e atividades sociais, mas sem grande prejuízo no funcionamento global.** Já no **grave, é improvável que a pessoa afetada possa continuar com atividades sociais, de trabalho ou domésticas.** **Classificada em subtipos** com destaque:

- **Distimia:** quadro mais leve e crônico, que se inicia na adolescência e princípio da idade adulta, com alterações presentes na maior parte do dia, todos os dias, por, no mínimo, dois anos. Podem ocorrer oscilações, mas prevalecem às queixas de cansaço e desânimo e os sintomas letargia e falta de prazer pelas coisas outrora prazerosas. Geralmente, são pessoas excessivamente e persistentemente. Alterações de apetite, libido e psicomotoras não são frequentes,;

- **Depressão endógena:** predominância de sintomas de perda de interesse ou prazer em atividades normalmente agradáveis, piora pela manhã, falta de reatividade do humor, lentidão psicomotora, queixas de esquecimento, perda de apetite importante e perda de peso, muita desânimo e tristeza;
- **Depressão Atípica:** inversão dos sintomas: aumento de apetite e/ou ganho de peso, dificuldade para conciliar o sono ou sonolência, sensação de corpo pesado, sensibilidade exagerada à rejeição, responde de forma negativa aos estímulos ambientais;
- **Depressão sazonal:** episódios por 2 anos consecutivos de apatia, diminuição da atividade, isolamento social, diminuição da libido, sonolência, aumento do apetite, “fissura” por carboidratos e ganho de peso, que se iniciam-se no outono/inverno, com remissão na primavera, sendo incomum no verão. Mais prevalente entre jovens que vivem em maiores latitudes.
- **Depressão psicótica:** quadro grave, caracterizado pela presença de delírios (ideias de pecado, doença incurável, pobreza e desastres iminentes) e alucinações inclusive auditivas.
- **Depressão secundária:** síndromes depressivas associadas ou causadas por doenças médico-sistêmicas e/ou por medicamentos;
- **Depressão Bipolar:** geralmente iniciada por um episódio depressivo, que quanto mais precoce o início, maior a chance do paciente se bipolar.. História familiar de bipolaridade, de depressão maior, de abuso de substâncias, transtorno de ansiedade, são indícios de evolução bipolar.

A depressão pode ser prevenida com um um estilo de vida saudável: que inclui dieta equilibrada; pratica de atividade física regularmente; combate ao estresse com tempo para atividades prazerosas; evitar o consumo de álcool, drogas ilícitas e altas doses diárias de cafeína; sono regular. **Seu tratamento é medicamentoso e psicoterápico,** tendo como meta a remissão completa dos sintomas. **A psicoterapia auxilia na reestruturação psicológica do indivíduo, além de aumentar sua compreensão sobre o processo de depressão e na resolução de conflitos, o que diminui o impacto provocado pelo estresse. O**

tratamento medicamentoso é a base de antidepressivos, dos quais existe mais de 30 tipos. A escolha do antidepressivo é feita com base no subtipo da depressão, nos antecedentes pessoais e familiares, na boa resposta a uma determinada classe de antidepressivos já utilizada, na presença de doenças clínicas e nas características dos antidepressivos. Na maioria dos casos há remissão total com o tratamento antidepressivo, das depressões moderadas e graves, porém não diferentes de placebo em depressões leves. A terapia é simples e, não incapacitante ou entorpecente. **Alguns pacientes precisam de tratamento de manutenção ou preventivo, que pode levar anos ou a vida inteira, para evitar o aparecimento de novos episódios. Consultas com frequência semanal no início do tratamento estão associadas a maior adesão e melhores resultados em curto prazo e a resposta ao tratamento agudo com antidepressivo é observada entre duas e quatro semanas após o início do uso; contudo o início da resposta costuma ocorrer na primeira semana. As drogas de escolha são ISRS e os ADT, sendo que os ISRS têm mais chance do que os ADT de serem prescritos em doses recomendadas por tempo recomendado, já que os diferentes antidepressivos têm eficácia semelhante para a maioria dos casos, variando em relação ao perfil de efeitos colaterais e potencial de interação com outros medicamentos. O tratamento consiste de 3 fases: aguda, continuação e manutenção. Se a escolha for um ISRS as principais drogas e doses são: citalopram (20 mg), fluoxetina (20 mg), paroxetina (20mg) e a sertralina (50 mg). A dose inicial em idosos deve ser a metade da dose normal. Já dentre os ADT: amitriptilina (50-100 mg), imipramina (50-150 mg em 2-3 doses), em caso de idosos nortriptilina (75 mg). Dose inicial 25 mg (idosos 10 mg) ao deitar e adicionar 25mg a cada 2-3 dias. Falhas no tratamento pode ocorrer por doença associação a outra doença psiquiátrica, baixa adesão ao tratamento, longa duração da doença, dificuldades sociais crônicas e eventos de vida persistentes, episódio grave ou com sintomas psicóticos⁵, distímia e transtorno de**

personalidade grave. É de fundamental importância o apoio da família, a adesão ao tratamento, uma vez interrompido por conta próprio ou uso inadequado da medicação, pode aumentar significativamente o risco de cronificação. As **estratégias utilizadas quando um paciente não responde ao tratamento** com medicamento antidepressivo consiste em 1) **aumento de dose**; 2) **potencialização com lítio ou tri-iodotironina (T3)**; 3) **associação de antidepressivos**; 4) **troca de antidepressivo**; 5) eletroconvulsoterapia (ECT); **associação a TCC. O SUS disponibiliza três antidepressivos do grupo dos ADT, quais sejam: amitriptilina, clomipramina e nortriptilina, e como ISRS citalopram e fluoxetina, medicamentos incluídos não só na RENAME como na lista de medicamentos essenciais da OMS e considerados primeira linha no tratamento da depressão.**

Atualmente, **existem políticas governamentais que apoiam pacientes que necessitam de cuidados relacionados a saúde mental. A Política Nacional de Saúde Mental é uma ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Alcool e outras Drogas, que define as diretrizes adotadas pelo Ministério da Saúde para organizar de forma interfederativa com municípios e estados, a promoção do cuidado integral e longitudinal as pessoas com transtornos mentais ou com problemas e necessidades em decorrência do uso de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) prevê 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 psicologicamente, como os pacientes com TDAH, depressão, 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 CAPS incluindo o**

infantil. No caso da **depressão**, neste local há **possibilidade de acolhimento noturno e/ou cuidado contínuo em situações de maior complexidade**, quando houver avaliação da equipe de referência para isto. O Ministério da Saúde, definiu a **Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa em 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). Nos CAPS, principalmente o usuário com depressão há possibilidade de acolhimento noturno e/ou cuidado contínuo em situações de maior complexidade, quando houver avaliação da equipe de referência.

A desvenlafaxina é um antidepressivo do grupo dos ISRS. Segundo a bula Anvisa é indicada para o tratamento de episódios depressivos em adultos. Não é autorizada nem pela ANVISA, nem pelo FDA para tratamento de transtorno de ansiedade. Considerada uma boa alternativa terapêutica para casos refratários aos medicamentos antidepressivos disponibilizados pelo SUS ou quando existe uma contraindicação formal para uso destes. Não consta na RENAME e nem na lista de medicamentos especiais, não sendo fornecido pelo SUS. Em princípio, pode ser substituída por um dos agentes antidepressivos usualmente fornecidos pelo SUS, como a Fluoxetina, a Amitritpilina, a

Nortritpilina ou a Clomipramina.

CONCLUSÃO: trata-se de **63 anos**, com transtorno depressivo recorrente, transtorno de ansiedade generalizada, e TDHA com predomínio de instabilidade e desatenção. Fez uso de ISRS (fluoxetina), bupropiona e metilfenidato com respostas insuficientes e efeitos colaterais. Solicitado manutenção do tratamento bem sucedido com lisdexanfetamina 70mg, desvenlafaxina 100mg, metilfenidato 10mg, apresentando satisfatória remissão sintiomática e boa qualidade de vida. A interrupção do tratamento pode levar a recidiva sintomática e perda funcional. **Negativa da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais em 06/2024 referindo que as medicações não são contemplados na lista de medicamentos do SUS assim não fornecidos pelo seus componentes.**

O TDAH, é uma desordem neurocomportamental mais comum na infância. Caracterizam-se por: sintomas de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade, em diferentes contextos promovendo um prejuízo funcional significativo no desempenho escolar, ou no trabalho e dificuldades afetivas nas interações sociais e atividades cotidianas, com impacto na qualidade de vida. Seu diagnóstico é essencialmente clínico e o tratamento requer abordagem multidisciplinar, com intervenções intersetoriais, incluindo também profissionais das áreas de saúde e educação, os pais, membros familiares e o paciente. Apesar de algumas terapias e técnicas terem sido mais exploradas na literatura científica, revisões sistemáticas reconhecem os benefícios de diversas intervenções, sem sugerir superioridade de qualquer modelo. Assim, a escolha do método a ser utilizado no tratamento do TDHA deve ser feita de modo conjunto entre a equipe e a família do paciente, garantindo informações adequadas quanto ao alcance e aos benefícios do mesmo, favorecendo a implicação e corresponsabilidade pelo cuidado.

O 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. A TCC possibilita que o paciente (criança ou adulto) seja capaz de reestruturar suas crenças a partir de perspectivas mais adaptativas, suprimindo ou amenizando os comportamentos condicionados, mal adaptativos e modificando suas crenças, pensamentos, emoções e sensações. Com isso, espera-se desenvolver habilidades comportamentais que podem perdurar por toda a vida. Na vida adulta e na fase infanto-juvenil, a literatura atual mostra que a TCC associada a medicamentos quando comparada ao uso de medicamentos isolados é superior ao controle de sintomas de TDAH autorreferidos, na diminuição nos níveis de ansiedade autorrelatados e uma tendência a ter menor depressão autorreferida. Assim este tratamento é eletivo, sem característica de urgência emergência e sintomático e não curativo. No SUS a TCC é termo generico que contempla varias abordagens do modelo cognitivo comportamental. É ofertada em psicoterapia, individual ou em grupo, presente na rede de atenção psicossocial.

Estudos relatam que a terapia medicamentosa associada a intervenções psicossociais é a maneira mais eficaz de lidar com os sintomas de TDAH e seus prejuízos. O tratamento farmacológico, quando necessário, baseia-se principalmente na administração de substâncias psicoestimulantes do SNC e como referido pelo médico do caso os medicamentos são sintomáticos e não curativos. Não deve ser indicado para todos os pacientes, especialmente os com sintomas secundários a fatores ambientais e/ou outros transtornos psiquiátricos primários. O tratamento farmacológico, quando necessário baseia-se principalmente na administração de substâncias psicoestimulantes do SNC de curta, média e longa duração, como as anfetaminas, MPH e o LDX que atuam como agonistas indiretos desses neurotransmissores. Assim, para a maioria dos pacientes com TDAH sem comorbidades, a primeira linha de tratamento são as anfetaminas, em vez de outros medicamentos ou TCC. Não há recomendação do seu uso em

associação. Na persistência dos sintomas substituir por MPH, constituindo a segunda linha, atomoxetina, bupropiona, ou antidepressivos tricíclicos (como nortriptilina), nesta ordem de opções. Pacientes com TDHA e condições clínicas específicas são recomendadas as seguintes alternativas como tratamento de primeira linha no TDHA associado ao abuso atomoxetina; transtorno ativo por uso de estimulantes, o transtorno deve ser tratado primeiro; depressão concomitante, tratamento com bupropiona; transtornos de ansiedade generalizada ou social concomitantes, a combinação de estimulante e um ISRS – sertralina, paroxetina, citalopram, fluoxetina. O ISRS deve ser iniciado primeiro e o estimulante adicionado após melhora dos sintomas de ansiedade; déficits proeminentes no funcionamento executivo, e a abordagem com drogas anfetaminas é complementado pela TCC monoterapia em pacientes internados ou psicoterapia. Assim este tratamento é eletivo, sem característica de urgência emergência e sintomático e não curativo.

No Brasil a LDX e a MPH firmam aprovada pela ANVISA 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. A LDX, devido aos efeitos simpaticomiméticos podem ocorrer pequenas elevações na pressão arterial e na frequência de pulso dos pacientes, o que indica a necessidade de acompanhamento regular dos pacientes. Além disso, LDX não deve ser utilizada em pacientes com sérios problemas cardíacos. No SUS o PCDT para orientar o diagnóstico e tratamento do TDAH não recomenda o uso de MPH e LXD, pois as evidências que sustentam a eficácia e a segurança destes tratamentos para TDAH são frágeis dada sua baixa/muito baixa qualidade, bem como o elevado aporte de recursos financeiros

apontados na análise de impacto orçamentário, estando disponíveis outras drogas como ADT, especialmente a nortriptilina e a amitriptilina, o ISRS a fluoxetina e antipsicóticos como a risperidona. O MPH em alguns Estados e Municípios, como Belo Horizonte e Itabira, é dispensado nos CAPSi, para tratamento da esquizofrenia CEPAl, unidade da FHEMIG.

A depressão é uma doença psiquiátrica crônica e recorrente que produz alterações de humor, geralmente, caracterizada por tristeza profunda e forte sentimento de desesperança e baixa autoestima. Representa um problema médico grave e altamente prevalente, 4º lugar entre as principais causas de ônus. Normalmente aparece no final da 3ª década da vida, mas pode começar em qualquer idade.

A depressão pode ser prevenida com um um estilo de vida saudável. Seu tratamento é medicamentoso e psicoterápico, tendo como meta a remissão completa dos sintomas. A psicoterapia auxilia na reestruturação psicológica do indivíduo, além de aumentar sua compreensão sobre o processo de depressão e na resolução de conflitos, o que diminui o impacto provocado pelo estresse. O tratamento medicamentoso é a base de antidepressivos. A escolha do antidepressivo é feita com base no subtipo da depressão, nos antecedentes pessoais e familiares, na boa resposta a uma determinada classe de antidepressivos já utilizada, na presença de doenças clínicas e nas características dos antidepressivos. tratamento As drogas de escolha são ISRS e os ADT), sendo os ISRS têm mais chance do que os ADT de serem prescritos em doses recomendadas por tempo recomendado já que os diferentes antidepressivos têm eficácia semelhante para a maioria dos pacientes deprimidos, variando em relação ao perfil de efeitos colaterais e potencial de interação com outros medicamentos. Os antidepressivos principais são: citalopram. fluoxetina, paroxetina e a sertralina, amitriptilina, imipramina, em caso de idosos nortriptilina. Falhas no tratamento pode ocorrer por doença associação a outra doença

psiquiátrica, **baixa adesão ao tratamento, longa duração da doença, dificuldades sociais crônicas e eventos de vida persistentes, episódio grave** ou com sintomas psicóticos⁵, **distímia e transtorno de personalidade grave**. É de fundamental importância o apoio da família, a adesão ao **tratamento**, uma vez interrompido por conta próprio ou uso inadequado da medicação, pode aumentar significativamente o risco de cronificação. As **estratégias utilizadas quando um paciente não responde ao tratamento** com medicamento antidepressivo consiste em 1) **aumento de dose**; 2) **potencialização com lítio ou tri-iodotironina (T3)**; 3) **associação de antidepressivos**; 4) **troca de antidepressivo**; 5) **eletroconvulsoterapia (ECT)**; **associação a TCC**. O SUS disponibiliza três antidepressivos do grupo dos ADT, quais sejam: **amitriptilina, a clomipramina e a nortriptilina**, e como ISRS **citalopran fluoxetina**, medicamentos incluídos não só na RENAME como na lista de medicamentos essenciais da OMS e considerados primeira linha no tratamento da depressão.

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, na **RAPS**. O cuidado dos pacientes é realizado nos **Centros de Saúde** e nos serviços especializados nos **CAPS** incluindo o infantil, de acordo com o caso que elaboram o **PTS**.

A **desvenlafaxina** é um antidepressivo do grupo dos ISRS. Segundo a bula Anvisa é indicada para o tratamento de episódios depressivos em adultos. Não é autorizada nem pela ANVISA, nem pelo FDA para tratamento de transtorno de ansiedade. Considerada uma boa alternativa terapêutica para casos refratários aos medicamentos antidepressivos disponibilizados pelo SUS ou quando existe uma **contraindicação formal para uso destes**. Não consta na RENAME e nem na lista de medicamentos especiais, não sendo fornecido pelo SUS. Em princípio, **pode ser substituída por um dos agentes antidepressivos usualmente fornecidos pelo SUS, como a fluoxetina, citalopram,**

amitriptilina, nortriptilina ou a clomipramina.

Vale ressaltar que no caso em tela paciente com transtorno de ansiedade o uso de desvenlafaxina não tem indicação em bula, assim como no TDHA não há indicação de associação de 2 psicoestimulantes. Também é importante mencionar, **que não foram utilizadas todas as drogas disponíveis no SUS, capazes de atender atender as condições apresentadas pela paciente. Tão pouco houve descrição de contra-indicações ou os efeitos colaterais das mesmas.**

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) Bula da medicação Venvanse® (dimesilato de lisdexanfetamina) Shire. Farmacêutica Brasil Ltda. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf7.

8) Padilha SCOS, Virtuoso S, Tonin FS, Borba HHL, Pontarolo R. Efficacy and safety of drugs for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. **Eur Child Adolesc Psychiatry**. 2018 27:1335–45. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29460165/>.

6) Brown KS, Samuel S, Patel DR. Pharmacologic management of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a review for practitioners. **Transl Pediatr**. 2018;7(1):36-47. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5803014/pdf/tp-07-01-36.pdf>.

6) Catala-Lopez F, Hutton B, Nuñez-Beltran. A, Page MJ, Ridao M, Saint-Gerons DM, Catalá MA. The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised

trials. **PLoS ONE**. 2017;12(7): e0180355. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0180355>.

7) Bukstein O. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical features, course, assessment, and diagnosis. Up-To-date. Literature review: Mar 2023. This topic last updated: Apr 07, 2022. Disponível em: https://www-medilib.ir.translate.googleusercontent.com/uptodate/show/1232?_x_r_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt-BR&_x_tr_pto=sc.

8) Krull RK, Chan E. Pharmacology of drugs used to treat attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. Up-To-Date. Literature review: Mar 2023. This topic last updated: Mar 09, 2023. Disponível em: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/621>.

9) Maneeton B, Maneeton N, Likhitsathian S, Suttajit S, Narkpongphun A, Srisurapanont M, Woottitluk 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>.

10- Sociedade Brasileira de Medicina da Família Comunidade - SBMFC. Depressão. Resumo de diretriz NHG M44 (junho 2012). Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk HCAM, Tjaden BR Traduzido do original em holandês por Comazzetto LFG 2014. Disponível em: [https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/NHG_24_Depressão\(1\).pdf](https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/NHG_24_Depressão(1).pdf)

11. Fleck MPA; Lafer B, Sougey EB, Porto JA, Brasil MA, Juruena MF,. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Braz. J. Psychiatry**. 2003;25(2):114-22. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/zF73qjhhGdpPx8jNkZM34vf/?format=pdf&lang=pt>

12- Fleck MPA; Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Porto JA, Brasil MA, Juruena MF, Hetem LA. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Braz. J. Psychiatry.** 2009;31 (suppl1):S7-17.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/bJdCdvw3H5hGwzLwVvMPXbp/>

V – DATA:

12/09/2024

NATJUS – TJMG