

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Vara Única

COMARCA: Francisco Sá

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0010556

IDADE: 06 anos

Sexo: Masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: F90, F91.3

PEDIDO DA AÇÃO: Medicamento: Aripiprazol 1 mg/ml

FINALIDADE/INDICAÇÃO: TDAH

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 51.103, 64.111, 95.758

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

1. O Aripiprazol 1 mg/ml, na posologia de 2 ml à noite, é indicado, eficaz, seguro e imprescindível ao tratamento do paciente de 5 anos, com TDAH (CID F90) e transtorno desafiador/opositor (CID F91.3), considerando a resposta parcial obtida e a intolerância à Risperidona?
2. Há alternativa terapêutica incorporada e efetivamente disponível no SUS com eficácia equivalente?
3. O uso é off label e há evidências científicas de alto nível que o respaldem?

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme prontuário da atenção primária de 2020 a 2025 e relatórios médicos datados de 23/06/2025, 11/09/2025, 26/01/2026, 27/01/2026, 12/06/2026, trata-se de **criança de 05 anos, em acompanhamento com psiquiátrico desde 01/03/2025, por transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDHA) apresentação impulsivo/hiperativo e Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD). Apresenta nervosismo, agitação psicomotora; inquietação, impulsividade; dificuldade de manter atenção em atividades que necessitam maior esforço mental; reage a regras; comportamento combativo; baixo limiar de frustração; agressividade; sono noturno irregular; boa interação social; teoria demente presente;**

brinca de forma adequada; não apresenta estereotipais e maneirismos. Fez uso de risperidona, por 1 ano, porém apresentou sintomas adversos insustentáveis: lesões cutâneas, dispneia, diarreia com sangue, hiporexia e vômitos, melhora com a suspensão da medicação. Em uso de aripiprazol com ajuste da dose com controle dos sintomas agitação psicomotora, beligerância e insônia. Necessita de aulas dinâmicas, certos desafios, reforço positivo, terapia comportamental, uso de aripiprazol 1mg/ml 1 ml /manhã e 2 ml/noite, uso contínuo, já que a ausência do seu uso pode interferir no seu desenvolvimento cognitivo. **Negativa em 30/07/2025, da Secretaria Municipal de Francisco Sá, Farmácia Municipal, sob alegação que a medicação não está incluída no elenco dos Medicamentos Básicos do SUS e no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Com tutela de urgência deferida.**

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 transtorno do espectro autista (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 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 opositor desafiante, tíques, insônia e abuso de drogas.

A etiologia do TDAH continua sendo alvo de muitas pesquisas. Há um consenso de que as causas do TDAH **podem resultar de uma complexa combinação multifatorial de fatores neurobiológicos, genéticos, ambientais e sociais.** De acordo com os especialistas, esse problema **relaciona-se com alterações no neurodesenvolvimento baseado em uma predisposição.** Alguns estudos indicam a existência de **marcadores fenotípicos familiares**, bem como **marcadores genéticos** de recorrências familiares, revelando, assim, **elevado índice de influência hereditária, em torno de 76%** contra 4,6% da população em geral. Vale ressaltar o fato de que os estudos genéticos envolvendo TDAH não excluem as influências culturais, familiares e exposições a eventos estressantes (por exemplo, tabagismo materno durante a gravidez ou exposição ambiental ao chumbo. **Estudos** de imagem estruturais e funcionais do cérebro, no entanto, **sugerem que a disfunção das regiões cingulada, frontal e parietais**

corticais com de desequilíbrio dos sistemas dopaminérgicos e noradrenérgicos contribuam para esse mecanismo. Parece haver um consenso neuroquímico que tanto a dopamina e a noradrenalina participam de maneira predominante e exercem intensa influência nos centros motores e na atenção, respectivamente.

Seu diagnóstico é essencialmente clínico, sem necessidade de recorrer a exames laboratoriais ou de imagem, sendo conveniente a associação de uma avaliação de caráter psicossocial à investigação clínica. **Baseia-se na história e avaliação funcional completa da criança**, não apenas em uma ou mais características evidentes da doença, bem como em **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 Psiquiatria (**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 transtorno opositivo desafiador (**TOD**) é um transtorno que se caracteriza por um padrão recorrente de comportamento negativo, desafiante e desobediente com frequência direcionado contra figuras de autoridade. O atributo essencial desse transtorno é um estilo interpessoal caracterizado por irritabilidade e desafio. A prevalência em crianças e adolescentes **pode chegar a 15%. Antes da puberdade o número de meninos afetados é maior do que o das meninas**, e após a

puberdade esta diferença fica menor. É diagnosticado somente se os comportamentos persistirem por seis meses ou mais e forem suficientemente sérios a ponto de interferir no desempenho social ou acadêmico. As causas são desconhecidas, entretanto, este transtorno indica a presença de problemas subjacentes que podem exigir mais investigação e tratamento como disfunção familiar ou TDAH.

Sua etiologia é complexa e muitas vezes resulta de uma interação entre fatores genéticos, ambientais e psicossociais. É provavelmente mais comum em crianças de famílias cujos adultos se envolvem em conflitos estridentes, controvertidos e interpessoais.

O diagnóstico de TOD não deve ser visto como um distúrbio circunscrito, mas sim como um indicador de problemas de base que podem precisar, no futuro, de investigação e tratamento. Os sintomas são comumente vistos inicialmente durante os anos pré-escolares. Considera-se TOD se a criança tiver durante pelo menos 6 meses, ≥ 4 dos seguintes sintomas:

- Impacientar-se fácil e repetidamente
- Argumentar com os adultos
- Desafiar os adultos
- Recusam-se a obedecer regras
- Deliberadamente aborrecem as pessoas
- Culpam os outros pelos seus próprios erros ou mau comportamento
- Aborrecem-se e zangam-se facilmente
- São rancorosas e vingativas

Os sintomas devem ser graves e desagregadores. A gravidade do TOD é leve se os sintomas estiverem confinados a apenas 1 configuração, moderado se pelo menos 2 configurações e grave se os sintomas estiverem presentes em 3 ou mais configurações.

O tratamento destas condições objetiva principalmente habilitar as pessoas a participar de modo ativo e independente nas atividades de vida diária. Os possíveis eventos adversos da farmacoterapia, somados

à busca por opções terapêuticas, levaram ao aumento do interesse por terapias não farmacológicas. Entre as intervenções dessa categoria aplicadas no TOD 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 uma evidencia científica de superioridade de uma técnica em relação a outra. O tratamento deve ser multimodal e envolver além do paciente, a família, a escola e a comunidade, podendo variar com base na apresentação do caso. 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 seu alcance e benefícios, favorecendo a implicação e corresponsabilidade pelo cuidado. Mas tanto no TOD como no TDAH o tratamento de primeira linha baseia-se em intervenções psicossociais, sendo para tal necessário identificar e tratar comorbidades (como TEA, depressão e ansiedade) e fatores de risco modificáveis (como bullying e dificuldades de aprendizagem).

A terapia cognitivo comportamental (TCC) é um termo genérico que contempla varias abordagens do modelo cognitivo comportamental. As técnicas da TCC possibilitam que o paciente (criança ou adulto) seja capaz de reestruturar suas crenças a partir de perspectivas mais adaptativas, suprimindo ou amenizando os comportamentos condicionados, mal adaptativos e modificando suas crenças, pensamentos, emoções e, 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. **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. No TOD técnicas de controle do comportamento, que incluem a abordagem disciplinar consistente e reforço adequado do **comportamento desejado** (com recompensas). Pais e professores podem ser instruídos nessas técnicas pelo terapeuta da criança. **Terapia de família e em grupo podem ajudar crianças a melhorar suas habilidades sociais.** Entretanto, no gerenciamento destas condições, dada à complexidade, **preconiza-se a intervenção multimodal, com intervenções não**

medicamentosas (intervenções cognitivas e comportamentais) **para** melhora dos sintomas deste transtorno, no controle executivo e no funcionamento ocupacional e social. O tratamento da TDAH deve sempre envolver abordagens psicoterapicas e de cunho educativo e social. Conforme as agencias internacionais crianças e adultos com TDAH devem ser avaliados por médicos especialistas para melhor direcionamento do tratamento, que consiste em intervenção psicossocial e tratamento medicamentoso. A escolha do tratamento mais adequado deve considerar comorbidades, como epilepsia, síndrome de Tourette e outras desordens, o perfil de efeito adverso, potencial para abuso de drogas e preferências da criança e dos cuidadores. Estudos relatam que a terapia medicamentosa associada a intervenções psicossociais é a maneira mais eficaz de lidar com os sintomas e prejuízos do TDAH. Já no TOD, as vezes, os medicamentos são utilizados para tratar transtornos de agressividade, depressivos ou de ansiedade, pois sem tratamento, a criança tem uma chance maior de desenvolver um distúrbio comportamental mais grave o transtorno de conduta. Assim, agir sobre os sintomas quando eles aparecem pela primeira vez pode minimizar o sofrimento para o paciente e para a família, além de evitar problemas associados ao transtorno. Entretanto no TOD, mesmo sem tratamento, a maioria das crianças melhora aos poucos com o passar do tempo.

No SUS os Protocolos Clinicos e Diretrizes Terapeuticas (PCDT) para orientar o diagnostico e tratamento do TDAH ainda está em fase de definição. Diante da complexidade que envolve a problematica de saúde do TDAH, sao necessarios o envolvimento e a articulação dos entes federados na organização dos servicos, a fim de ofertar cuidado multidisciplinar adequado, integral e longitudinal, por meio de abordagens individuais e coletivas. Essas abordagens devem envolver ações direcionadas tanto para o usuário quanto para a familia, o que exige a organização do processo de trabalho em toda a rede de atenção

a **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, assim como TOD.** 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) prevê a porta de entrada para o cuidado em saúde mental pela Atenção Primária à 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, TOD, 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).** O Ministério da Saúde em 2015, definiu a **Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Sofrimento Mental (TDHA e TOD) na articulação entre os componentes e seus pontos de atenção é central para a garantia da integralidade do cuidado e do acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção de seus usuários. Cabe a esta rede desenvolver as estratégias terapêuticas direcionadas**

ao desenvolvimento de funcionalidades e à compensação de limitações funcionais, assim como à prevenção ou ao retardo de possível deterioração das capacidades funcionais. Nos locais especializados, o paciente será avaliado biopsicossocial com equipe multiprofissional a fim de estabelecer o diagnóstico funcional, identificar as potencialidades e necessidades do paciente, de sua família e seu contexto de vida. Todos estes fatores servem de base para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O tratamento farmacológico é eletivo, sem característica de urgência emergência, sintomático e não curativo, usado quando necessário. No TDAH, baseia-se principalmente no uso de substâncias psicoestimulantes do SNC de curta, média e longa duração, representado pelas anfetaminas: MPH e LDX, agonistas indiretos desses neurotransmissores. Entretanto, não deve ser indicado para todos os pacientes, uma vez que os estimulantes não são destinados para indivíduos que exibem sintomas secundários a fatores ambientais e/ou outros transtornos psiquiátricos primários, incluindo psicose. Assim, para a maioria dos adultos com TDAH sem comorbidades, a primeira linha de tratamento são as anfetaminas, em vez de outros medicamentos ou TCC. Se os sintomas persistirem substituir por MPH, e na segunda linha: atomoxetina, bupropiona, ou antidepressivos tricíclicos (como nortriptilina), nesta ordem de opções. Pacientes com TDHA e condições clínicas específicas são recomendadas as seguintes alternativas como primeira linha:

- histórico de transtorno (abuso) por uso de estimulantes, atomoxetina que é eficaz para o TDAH e tem pouco ou nenhum potencial de abuso.
- transtorno ativo por uso de estimulantes, o transtorno deve ser tratado primeiro, e a estabilização aguda deve ser alcançada antes do início da farmacoterapia para TDAH.
- depressão concomitante, a bupropiona tem evidência de eficácia no TDAH e na depressão, evitar a polifarmácia

- **transtornos de ansiedade generalizada ou social concomitantes**, o **combinação de estimulante e inibidor seletivo da recaptação da serotonina (ISRS – sertralina, paroxetina, citalopram, fluoxetina)**. **O ISRS deve ser iniciado primeiro, e o estimulante adicionado após melhora dos sintomas de ansiedade**. Monitorar os pacientes para a síndrome da serotonina, condição potencialmente fatal. Os sintomas podem incluir mudanças no estado mental, hipertermia e hiperatividade autonômica e neuromuscular)

-**déficits proeminentes no funcionamento executivo** (ações auto direcionadas necessárias para escolher metas e executar ações para o cumprimento dessas metas: memória de trabalho, mudança de tarefa, automonitoramento, iniciar uma atividade e autoinibição), **usar anfetaminas, complementada pela TCC visando o funcionamento executivo**, usada como monoterapia em pacientes internados para os quais os medicamentos são contraindicados ou psicoterapia.

Como **os efeitos negativos do TDAH diferem entre os adultos, o médico deve ajudar o paciente a determinar quando o medicamento é necessário**. Alguns adultos podem precisar de medicamentos para atividades profissionais, outros para atividades educacionais e outros para todas as atividades, ou de estimulantes por um período limitado de tempo, enquanto outros podem precisar deles indefinidamente.

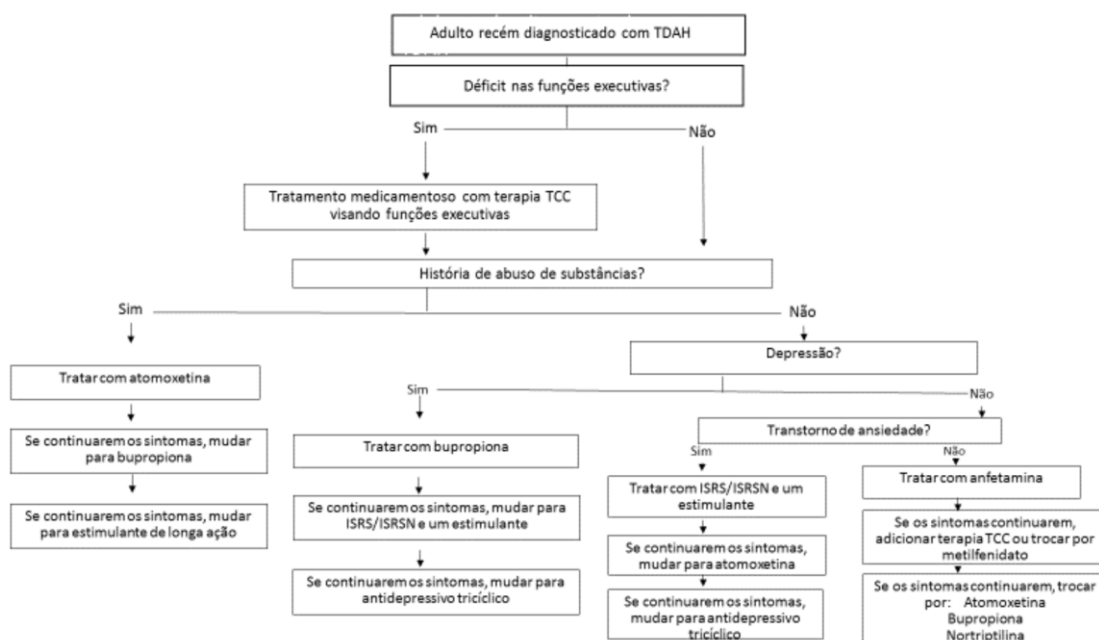
Os psicoestimulantes apresentam efeitos colaterais, mas em sua maioria são leves, de curta duração e reversíveis com ajustes na dose ou no seu intervalo, sendo semelhante com MPH e LDX. Os mais **comuns incluem supressão do apetite, baixo crescimento ou perda de peso na infância, distúrbios do sono, nervosismo, habilidade emocional e retraimento social**. O risco de psicose é maior com LDX do que com MPH e de tiques maior com MPH, mas **nenhum destes efeitos são considerados contra-indicação absoluta ao uso destas drogas**. **O MPH e o LDX são consideradas como drogas de primeiras escolha que possibilitam a diminuição dos sintomas motores, impulsividade e desatenção**, bem

como **melhoria das interações sociais e desempenho acadêmico**. O MPH é recomendado como primeira escolha para TDAH, devido ao maior número de estudos clínicos. Outras drogas como **antidepressivo**: imipramina, nortriptilina, atomoxetina, desipramina ou bupropiona e **antipsicóticos**: tioridazina ou risperidona, são úteis **em casos específicos para controle do comportamento, especialmente quando há retardo mental**.

O PCDT do SUS para orientar o diagnóstico e tratamento do TDAH recomenda TCC e medicamentos, mas não recomenda a LDX ou MPH. Quanto às alternativas integrantes da RENAME 2022 e disponíveis no SUS, estão disponíveis antidepressivos tricíclicos, nortriptilina e a amitriptilina e antipsicóticos como a risperidona, ISRS (sertralina, paroxetina, **citalopram, fluoxetina**); ISRSN inibidor seletivo de recaptação da serotonina-norepinefrina. Estudos controlados confirmam a superioridade de antidepressivos tricíclicos, especialmente a desipramina e em menor grau, a imipramina, a nortriptilina e a amitriptilina no tratamento do TDAH, apesar de sua eficácia ser inferior àquela observada com as medicações de primeira linha. No TDHA antipsicóticos, como a risperidona são úteis só em casos específicos para controle do comportamento, especialmente se há retardo mental. Alguns estados e municípios, como Belo Horizonte, dispensam o MPH, conforme protocolos específicos nos Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), para tratamento da esquizofrenia Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI), unidade FHEMIG, em Belo Horizonte.

O fluxograma abaixo resume a abordagem terapêutica

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



No TOD, os agentes farmacológicos são geralmente reservados para casos em que comportamentos agressivos e perturbadores não podem ser gerenciados apenas pelas intervenções psicossociais. O tratamento de comorbidades é primordial e deve ser a primeira opção considerada, considerando cuidadosamente o potencial dos efeitos colaterais. Os objetivos claros de tratamento devem ser identificados antes do início da farmacoterapia, e os efeitos adversos devem ser discutidos com o paciente (se aplicável) e família e avaliados regularmente. Agentes farmacológicos no ambiente agudo devem ser avaliados caso a caso após cuidadosa consideração clínica. Em casos de desregulação emocional comorbida grave ou agressão grave, um antipsicótico atípico pode ser adicionado. Psicoestimulantes como MTF e LDX têm efeito moderado a alto no manejo do comportamento de oposição, problemas de conduta e agressividade em jovens com TDAH, com ou sem TOD

comorbido. Não estimulantes como atomoxetina, guanfacina e clonidina também têm efeitos benéficos. Há evidências de boa qualidade do benefício da associação de antipsicótico no controle de sintomas comportamentais. A risperidona apresenta efeito de moderado a alto no manejo do comportamento de oposição, problemas de conduta e agressividade em jovens com TDAH, com ou sem TOD, sendo a primeira escolha nestes pacientes, seguida pelo aripiprazol. Embora tenha sido observado que a quetiapina alivia a agressão, sua ampla gama de efeitos colaterais a torna uma escolha menos favorável do que outros antipsicóticos atípicos. Se a agressão continuar sem controle, um estabilizador de humor pode ser considerado após uma avaliação completa. No entanto, as evidências para o uso de lítio, carbamazepina e lamotrigina não são robustas.

No Brasil apenas a risperidona e a piperazina estão indicadas no tratamento do controle do comportamento. Em bula aprovada pela Anvisa, a risperidona possui indicação para o tratamento de irritabilidade se TEA, incluindo sintomas de agressão, autoagressão deliberada, crises de raiva, angústia e mudança rápida de humor. Contudo é impressionante a diversidade de fármacos que eventualmente têm sido utilizados de modo *off label* para atingir determinados sintomas-alvo discriminados como o aripiprazol, que inclusive não é recomendado para o uso em crianças.

O aripiprazol é um medicamento da classe dos antipsicóticos atípicos que atua no tratamento de esquizofrenia e transtorno bipolar. Não está disponível no SUS. Embora já se saiba que a ação dos antipsicóticos de envolva o bloqueio de receptores dopaminérgicos (principalmente D2) e também de serotonina, ainda não se sabe ao certo qual a ação do aripiprazol no organismo. Apesar de observações de pesquisas mostrarem que o aripiprazol pode ajudar a conter sintomas do autismo como a agressividade; hiperatividade; irritabilidade; impulsividade, seu uso nesse sentido ainda não consta na bula, sendo off-babel. Em bula

também não há indicação aprovada para o seu uso em crianças, assim como no autismo ou TOD.

CONCLUSÃO: trata-se de criança de trata-se de criança de 05 anos, em acompanhamento com psiquiátrico desde 01/03/2025, por TDHA apresentação impulsivo/hiperativo e TOD. Apresenta nervosismo, agitação psicomotora; inquietação, impulsividade; dificuldade de manter atenção em atividades que necessitam maior esforço mental; reage a regras; comportamento combativo; baixo limiar de frustração; agressividade; sono noturno irregular; boa interação social; teoria demente presente; brinca de forma adequada; não apresenta estereotipais e maneirismos. Fez uso de risperidona, por 1 ano, porém apresentou sintomas adversos insustentáveis: lesões cutâneas, dispneia, diarreia com sangue, hiporexia e vômitos, melhora com a suspensão da medicação. Em uso de aripiprazol com ajuste da dose com controle dos sintomas agitação psicomotora, beligerância e insônia. Necessita de aulas dinâmicas, certos desafios, reforço positivo, terapia comportamental, uso de aripiprazol 1mg/ml 1 ml /manhã e 2 ml/noite, uso contínuo, já que a ausência do seu uso pode interferir no seu desenvolvimento cognitivo. Negativa em 30/07/2025, da Secretaria Municipal de Francisco Sá, Farmácia Municipal, sob alegação que a medicação não está incluída no elenco dos Medicamentos Básicos do SUS e no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Com tutela de urgência deferida.

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 no desempenho escolar, ou no trabalho e dificuldades afetivas nas interações sociais e atividades cotidianas, com impacto na qualidade de vida.

O TOD é um transtorno que se caracteriza por um padrão recorrente de comportamento negativo, desafiante e desobediente com

frequência direcionado contra figuras de autoridade. O atributo essencial desse transtorno é um estilo interpessoal caracterizado por irritabilidade e desafio. A prevalência em crianças e adolescentes pode chegar a 15%. Antes da puberdade o número de meninos afetados é maior do que o das meninas, e após a puberdade esta diferença fica menor. É diagnosticado somente se os comportamentos persistirem por seis meses ou mais e forem suficientemente sérios a ponto de interferir no desempenho social ou acadêmico.

O diagnóstico de ambas 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 possui como um de seus objetivos principais habilitar as pessoas a participar de modo ativo e independente nas atividades de vida diária. A abordagem ideal combina o intervenções não medicamentosas e se necessário as medicamentosas. Os possíveis eventos adversos da farmacoterapia, somados à busca por opções terapêuticas que corrijam as anormalidades do TDHA, levaram ao aumento do interesse por terapias não farmacológicas. Entre as intervenções dessa categoria aplicadas no tratamento estão: TCC, intervenções comportamentais que envolvem familiares ou responsáveis, intervenções com foco na comunicação, musicoterapia, terapias ABA e o programa de TEACCH. Já no TOD técnicas de controle do comportamento, que incluem a abordagem disciplinar consistente e reforço adequado do comportamento desejado (com recompensas). Pais e professores podem ser instruídos nessas técnicas pelo terapeuta da criança. Terapia de família e em grupo podem ajudar crianças a melhorar suas habilidades sociais. 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 seu alcance e benefícios, favorecendo a implicação e corresponsabilidade pelo cuidado.

O tratamento farmacológico no TDHA e quando necessário no TOD é eletivo, sem característica de urgência emergência e sintomático e não curativo, já que este transtorno tem características evolutivas e irreversível, mas com grande melhora se as devidas terapias adequadas são instituídas precocemente.

No TDHA, este tratamento, **baseia-se** principalmente no uso de substâncias psicoestimulantes do SNC de curta, média e longa duração, como as anfetaminas, MPH e o LDX que atuam como **agonistas indiretos** desses neurotransmissores. Assim, para a maioria dos adultos e crianças com TDAH sem comorbidades, a primeira linha de tratamento são as anfetaminas, em vez de outros medicamentos ou TCC. Na persistência dos sintomas substituir por MPH, constituindo a segunda linha, atomoxetina, bupropiona, ou antidepressivos tricíclicos (como nortriptilina, imipramina), nesta ordem de opções, sendo a imipramina disponível no SUS. Pacientes com TDHA e condições clínicas específicas são recomendadas as seguintes alternativas como primeira linha no TDHA associado ao abuso atomoxetina; transtorno ativo por uso de estimulantes, o transtorno deve ser tratado primeiro; depressão concomitante: bupropiona; transtornos de ansiedade generalizada ou social concomitantes: **combinação de estimulante e um ISRS – sertralina, paroxetina, citalopram, fluoxetina**, transtorno opositor psicótico atípico como a risperidona.

No TOD, os agentes farmacológicos são normalmente reservados para os comportamentos agressivos e perturbadores não podem ser

gerenciados apenas pelas intervenções psicossociais. O tratamento de comorbidades é primordial e deve ser a primeira opção considerada, e a carga potencial dos efeitos colaterais deve ser cuidadosamente considerada. Objetivos claros de tratamento devem ser identificados antes do início da farmacoterapia, e os efeitos adversos devem ser discutidos com o paciente e membros da família e avaliados regularmente no acompanhamento. Agentes farmacológicos no ambiente agudo devem ser avaliados caso a caso. Em casos de desregulação emocional comorbidade grave ou agressão grave, um antipsicótico atípico pode ser adicionado. A risperidona tem a melhor evidência de boa qualidade para controle de comportamentos agressivos, sendo considerada droga de primeira escolha, seguida pelo aripiprazol. No Brasil apenas a risperidona e a piperazina estão indicadas no tratamento do controle do comportamento como agressão. O uso do aripiprazol, nesta condição é considerado off label e não é recomendado para o uso em crianças. Embora tenha sido observado que a quetiapina alivia a agressão, sua ampla gama de efeitos colaterais a torna uma escolha menos favorável do que outros antipsicóticos atípicos. Se a agressão continuar sem ser controlada, um estabilizador de humor pode ser considerado após uma avaliação completa. No entanto, as evidências para o uso de lítio, carbamazepina e lamotrigina não são robustas. a e clonidina, esta disponível no SUS, também têm efeitos benéficos. Psicoestimulantes como MTF e LDX têm efeito moderado a alto no manejo do comportamento de oposição, problemas de conduta e agressividade em jovens com TDAH, com ou sem TOD comorbido. Não estimulantes como atomoxetina, guanfacina e clonidina também têm efeitos benéficos, sendo a clonidine disponível no SUS. Há evidências de boa qualidade do benefício da associação de antipsicótico no controle de sintomas comportamentais.

O aripiprazol Aristab® é um medicamento da classe dos antipsicóticos atípicos que atua no tratamento de esquizofrenia e

transtorno bipolar. Não está disponível no SUS. Embora já se saiba que a ação dos antipsicóticos de envolva o bloqueio de receptores dopaminérgicos (principalmente D2) e também de serotonina, ainda não se sabe ao certo qual a ação do aripiprazol no organismo. **Apesar de observações de pesquisas mostrarem que o aripiprazol pode ajudar a conter sintomas do autismo como a agressividade; hiperatividade; irritabilidade; impulsividade, seu uso nesse sentido ainda não consta na bula sendo off-label. Em bula também não há indicação aprovada para o seu uso em pacientes pediátricos, ou no autismo e TOD.**

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 distúrbios de conduta como agressividade com os observados no TOD. 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.

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.: 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

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) Aggarwal A, Marwaha R. Oppositional Defiant Disorder. [Updated 2022 Sep 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557443/>.

10) Aché laboratórios Farmacêuticos SA. Aristab (aripripazol) Suspensão 1mg/ml. Disponível em: <https://www.ache.com.br/wp-content/uploads/application/pdf/Bula---Aripiprazol-1.pdf>

V – DATA:

30/09/2026

NATJUS – TJMG