

## NOTA TÉCNICA: 9110

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**CÂMARA/VARA:** Vara de Família, Infância e Juventude e Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher

**COMARCA:** Ubá

### **I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:**

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2025.0009110

**IDADE:** 09 anos

**Sexo:** Masculino

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** CID 10: F41, F90.2 e F91.3

**PEDIDO DA AÇÃO:** Medicamento: lidexor, Aristab

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** TOD e TDAH.

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRP 04/65.729 CRMMG 47.123

### **II – PERGUNTAS DO JUÍZO:**

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

### **III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:**

Conforme relatórios médico e psicoterápico, datados de 27/05/2025 e 26/11/2025 trata-se de paciente, **09 anos, em acompanhamento psiquiátrico** desde 2023, **por** diagnóstico de transtorno da atividade e atenção (TDHA) **associado a transtorno opositivo desafiador (TOD) e transtorno de ansiedade**. Apresenta **dificuldades significativas em diversos contextos**, sendo observado um padrão de **comportamento que inclui desmotivação, falta de empatia, uso frequente de mentiras, notável dificuldade em aceitar opiniões contrárias, humor irritado, heteroagressividade, discussão excessiva com adultos e seus pares, comportamento opositivo às regras e normas sociais**. Essa situação no ambiente escolar e familiar, comprometendo a convivência e o desempenho geral da criança. Fez uso de risperidona até 4mg/dia, por

7 meses, cursando com ganho de peso e ausência de resposta terapêutica, daforin por mais de 1 anos assim como atentah, ritalina, neuleptil sem sucesso. Há 2 anos em uso aristab 10mg de 12/12horas associado a lidexor e cannabidiol. Caso grave e só teve boa resposta com Aristab 10mg, 12/12horas, que necessita manter. Sem esta medicação há prejuízos do seu desenvolvimento social, emocional, da sua qualidade de vida, e funcionalidade em geral.

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. Seu diagnóstico ocorre 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. O melhor tratamento para TOD utiliza técnicas de controle do comportamento, incluindo abordagem disciplinar consistente e reforço adequado do comportamento desejado (com recompensas). Pais e professores podem ser instruídos nessas técnicas pelo conselheiro ou terapeuta da criança. Terapia em grupo pode ajudar na melhoria das habilidades sociais. Às vezes, os medicamentos utilizados para tratar transtornos depressivos ou de ansiedade ajudam. Mesmo sem tratamento, a maioria das crianças melhora aos poucos com o passar do tempo.

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), ou 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 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 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 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 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.

**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.

A **abordagem ideal**, principalmente no **TDAH combina intervenções não medicamentosas as medicamentosas e tem como objetivo principal capacitar as pessoas com TDHA. Ambos condições necessitam de abordagem multidisciplinar**, englobando **intervenções intersetoriais, incluindo também profissionais das áreas de saúde e educação, os pais, membros familiares e o próprio paciente. Pode haver intervenções psicoterápica, educacional, farmacológica e nutricionais. Vale lembrar que questões relacionadas ao ambiente psicossocial em que o paciente está inserido** (como de natureza familiar ou referentes ao abuso de substâncias psicoativas, por exemplo) **influenciam no curso da doença. Principalmente no TDAH, preconiza-se intervenção multimodal, com intervenções não medicamentosas** (intervenções cognitivas e comportamentais) **para melhora dos sintomas no controle executivo e no funcionamento ocupacional e social. O tratamento deve sempre envolver abordagens psicoterápicas e de cunho educativo e social.. Entre as intervenções multimodais estão:** terapia cognitivo comportamental (TCC), **intervenções comportamentais que envolvem familiares ou responsáveis, intervenções com foco na comunicação, musicoterapia, terapias ABA e o programa de TEACCH e Intervenções baseadas em reforço comportamental. 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, garantindo informações adequadas quanto ao alcance e benefícios do mesmo, favorecendo a implicação e corresponsabilidade pelo cuidado.**

**A escolha do tratamento medicamentoso mais adequado, deve considerar comorbidades, (epilepsia, Tourette e outras desordens). o**

**perfil de efeito adverso, potencial para abuso de drogas e preferências da criança e 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 os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para orientar o diagnóstico e tratamento do TDAH e do TEA ainda estão em fase de definição. A psicoterapia, individual ou em grupo é ofertada.** Diante da complexidade que envolve a problemática de saúde do TEA/TDAH, são necessários o envolvimento e a **articulação dos entes federados na organização dos serviços, a fim de ofertar cuidado multidisciplinar adequado, integral e longitudinal, por meio de abordagens individuais e coletivas.** Essas abordagens devem envolver **ações direcionadas tanto para o usuário quanto para a família, o que exige a organização do processo de trabalho em toda a rede de atenção à saúde,** assim como nos demais setores envolvidos (educação e assistência social, por exemplo). **Os serviços de saúde devem ser compostos por equipes multidisciplinares especializadas em TEA/TDAH para 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, Álcool e outras Drogas, que define as diretrizes adotadas pelo Ministério 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**, 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**). Esta **rede possui articulação entre os componentes e seus pontos de atenção sendo essencial 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 ela desenvolver as estratégias terapêuticas direcionadas ao desenvolvimento de funcionalidades e compensação de limitações funcionais**, assim como à **prevenção ou ao retardo de possível deterioração de capacidades funcionais**. Em 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.

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. Das 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, ao paciente e família, informações compartilhadas de maneira compreensível sobre o diagnóstico do TDAH, sintomas, tratamento e ensino de estratégias compensatórias, capacitando-os a lidar com o transtorno, facilitando o processo de mudanças comportamentais. Essa aprendizagem é efetiva e se estende para além do período de tratamento.**

**O tratamento farmacológico é eletivo, sintomático, sem caracter de urgência emergência e não curativo. Até o momento, não. Educação específica para tratamento do TOD. Os medicamentos disponíveis para o tratamento o TOD são voltados à redução dos sintomas associados à condição e devem ser considerados um complemento as terapias não medicamentosas e não a única ou principal estratégia de cuidado. O balanço de riscos e benefícios do tratamento farmacológico deve ser considerado e discutido com o indivíduo, pais ou responsáveis, para que a decisão sobre a melhor estratégia terapêutica seja compartilhada. No comportamento agressivo (autoagressão ou agressão a outras pessoas), os antipsicóticos demonstram benefício quando houver baixa resposta ou não adesão às intervenções não-farmacológicas. Os antipsicóticos risperidona ou aripiprazol, são recomendados por diretrizes clínicas internacionais como opção terapêutica sem que um medicamento seja considerado mais adequado, efetivo ou seguro que o outro. Em bula aprovada pela Anvisa, a risperidona possui indicação para o**

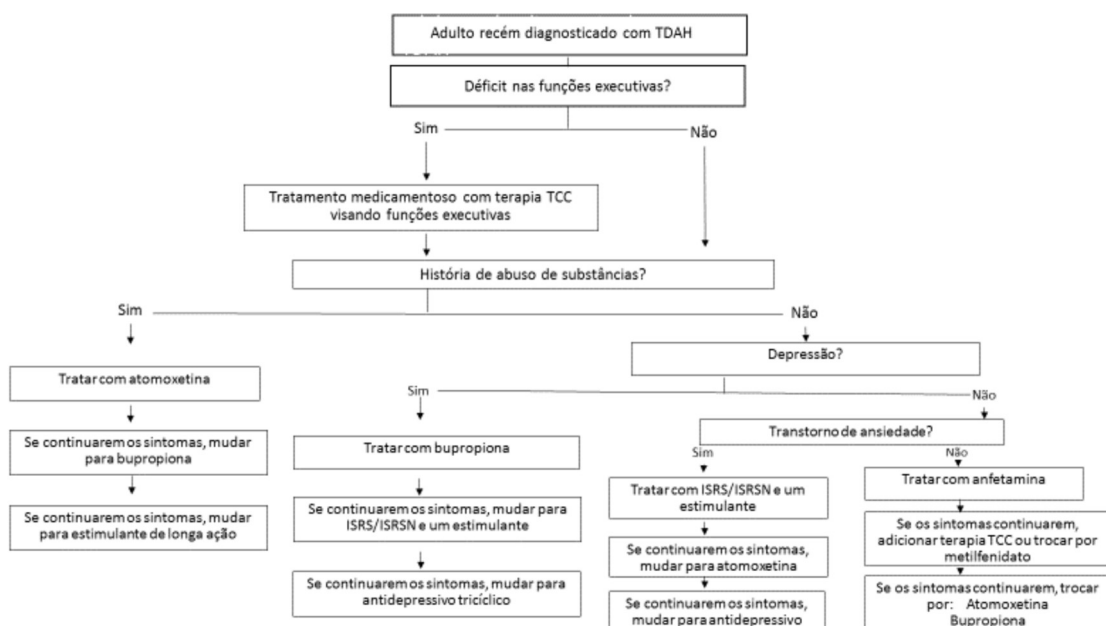
tratamento de irritabilidade associada ao TEA, incluindo sintomas de agressão, autoagressão deliberada, crises de raiva, angústia e mudança rápida de humor. Já o aripiprazol, apesar de observações de pesquisas mostrarem que pode ajudar a conter sintomas de agressividade; hiperatividade; irritabilidade; impulsividade no TOD ou TEA, mas seu uso nesse sentido ainda não consta na bula.

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 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 conforme figura abaixo:

- **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 (potencialmente fatal. Os sintomas podem incluir mudanças no estado mental, hipertermia e hiperatividade autonômica e neuromuscular).

- **déficits proeminentes no funcionamento executivo** ou seja ações autodirecionadas necessárias para escolher metas e executar ações para o cumprimento das metas, como: 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 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 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 retardo mental. A risperidona é usada no para diminuição das crises de irritação, agressividade e agitação.

O LDX, lidexor®, 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 recaptção 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 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), e **não é a medicação de melhor custo-efetividade para o tratamento desse transtorno, não sendo, portanto, dispensada pelo SUS**. A Aliança Canadense de Pesquisa do TDAH, considera os agentes estimulantes do SNC, dentre os quais estão o MPH, o LDX e o sal misto de anfetamina como de primeira linha. Revisão da literatura em relação as MPH e LDX mostraram que há maior risco de eventos adversos gerais com a LDX, porém, quanto à eficácia, as evidências disponíveis sugeriram que os dois medicamentos não apresentam diferenças significativas. Cabe ressaltar, entretanto, que a qualidade geral das evidências foi considerada baixa para o desfecho de melhora clínica e muito baixa para eventos adversos gerais. Assim concluiu que são necessários estudos mais bem desenhados e com duração maiores para se compreender os efeitos reais das anfetaminas no tratamento do TDAH. **A Conitec recomendou a não incorporação no SUS do MPH e da LDX para o tratamento do TDAH**. Como a análise não apontou diferença significativa entre as duas substâncias em termos de melhora clínica, optou-se por considerar apenas a dimensão econômica para estabelecer a opção mais vantajosa para o SUS. A recomendação do Plenário considerou o **elevado aporte de recursos financeiros** apontado na análise de impacto orçamentário bem como a baixa/muito baixa qualidade das evidências científicas relacionadas à eficácia e a segurança dos medicamentos em questão. Os **resultados de estudos encontrados mostram que o LDX é mais eficaz do que o placebo para o tratamento de curto prazo de TDAH**. Na revisão sistemática utilizada como base para este parecer os

resultados foram consistentes em todas as análises que foram realizadas usando diferentes definições de eficácia e modelos estatísticos. **As evidências foram avaliadas como de baixa qualidade. A maioria dos estudos tem um número pequeno de participantes e o período de acompanhamento da maior parte é curto.** Diante disso, a possibilidade de que a eficácia do LDX em adultos com TDAH seja menor após o tratamento a longo prazo não pode ser descartada e deve ser estudada por meio de ensaios clínicos com um longo período de acompanhamento. O LDX não melhora a retenção no tratamento. Revisão sistemática concluiu que a tecnologia é menos eficaz e menos bem tolerada em adultos do que em crianças e adolescentes. Em uma metanálise em rede para o desfecho abandono por eventos adversos em adultos os autores concluíram que a tolerabilidade das anfetaminas é menor do que placebo.

O aripiprazol® é um medicamento da classe dos antipsicóticos atípicos que atua no tratamento de esquizofrenia e transtorno bipolar. É um antagonista parcial dos receptores dopaminérgicos que, dependendo da concentração plasmática, age ou como agonista ou como antagonista serotoninérgico. Embora já se saiba que a ação dos antipsicóticos de uma forma 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. **Seus efeitos adversos incluem ganho de peso, desenvolvimento de diabetes, sedação, sintomas extrapiramidais, aumento dos níveis de prolactina, distonia e aumento do intervalo QT e distúrbios gastrointestinais. As crianças são mais vulneráveis do que os adultos a desenvolver efeitos adversos frequentemente prejudiciais.** Conforme sua bula não há indicação aprovada para o seu uso em pacientes pediátricos e não é disponibilizado no SUS. Observações de pesquisas mostrarem que seu uso pode ajudar a conter sintomas do autismo, TDAH e TOD, como a agressividade; hiperatividade; irritabilidade; impulsividade, mas em

bula não há esta indicação específica para tais transtornos e seu uso nesse sentido é off label e não isento de complicações.

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 conforme fluxograma abaixo. 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.

**CONCLUSÃO:** trata-se de criança de 09 anos, em acompanhamento psiquiátrico desde 2023, por TDHA associado a TOD e transtorno de ansiedade. Apresenta dificuldades significativas em diversos contextos, sendo observado um padrão de comportamento que inclui desmotivação, falta de empatia, uso frequente de mentiras, notável dificuldade em aceitar opiniões contrárias, humor irritado, heteroagressividade, discussão excessiva com adultos e seus pares, comportamento opositivo às regras e normas sociais. Essa situação no ambiente escolar e familiar, comprometendo a convivência e o desempenho geral da criança. Fez uso de risperidona até 4mg/dia, por 7 meses, cursando com ganho de peso e ausência de resposta terapêutica, daforin por mais de 1 anos assim como atentah, ritalina, neuleptil sem sucesso. Há 2 anos em uso aristab 10mg de 12/12horas associado a lidexor e cannabidiol. Caso grave e só teve boa resposta com Aristab 10mg, 12/12horas, que necessita manter. Sem esta medicação há prejuízos do seu desenvolvimento social, emocional, da

sua qualidade de vida, e funcionalidade em geral.

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. 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**. O melhor tratamento para TOD é por meio de técnicas de controle do comportamento, que incluem uma abordagem disciplinar consistente e reforço adequado do comportamento desejado (com recompensas). Pais e professores podem ser instruídos nessas técnicas pelo conselheiro ou terapeuta da criança. **Terapia em grupo pode ajudar crianças a melhorar suas habilidades sociais. Às vezes, os medicamentos utilizados para tratar transtornos depressivos ou de ansiedade ajudam. Mesmo sem tratamento, a maioria das crianças melhora aos poucos com o passar do tempo.**

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. A escolha do tratamento mais adequado deve considerar o tratamento envolvendo abordagens psicoterápicas e de cunho educativo e social, combinadas ao uso de medicamentos, avaliando comorbidades. Assim o tratamento destas condições é eletivo,

sem caracter de urgência/emergência, sintomático e não curativo. Já os transtornos têm características evolutivas e irreversível, mas com grande melhora se as devidas terapias adequadas são instituídas precocemente. Entre as intervenções não medicamentosa estão: TCC, terapias ABA e o programa de TEACCH e de reforço compensatório, intervenções comportamentais que envolvem pais e responsáveis, intervenções com foco na comunicação, musicoterapia, mecanismos de compensação. 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.** A escolha do método a ser utilizado deve ser feita de modo conjunto entre a equipe e a família, garantindo informações adequadas quanto ao seus alcance e benefícios, favorecendo implicação e corresponsabilidade pelo cuidado.

**No SUS os PCDT para orientar o diagnóstico e tratamento do TDAH e do TEA ainda estão em fase de definição. A psicoterapia, individual ou em grupo é ofertada.** Diante da complexidade que envolve a problemática de saúde do TEA/TDAH, são necessários o envolvimento e a articulação dos entes federados na organização dos serviços, a fim de ofertar cuidado multidisciplinar adequado, integral e longitudinal, por meio de abordagens individuais e coletivas. Essas abordagens devem envolver ações direcionadas tanto para o usuário quanto para a família, o que exige a organização do processo de trabalho em toda a rede de atenção à saúde, assim como nos demais setores envolvidos (educação e assistência social, por exemplo). **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, se necessário, baseia-se principalmente na administração de substâncias psicoestimulantes do SNC de curta, média e longa duração, como as anfetaminas, MPH e LDX (lidexor®) que atuam como agonistas indiretos desses

**neurotransmissores. Não deve ser indicado para todos os pacientes, especialmente os com sintomas secundários a fatores ambientais e/ou outros transtornos psiquiátricos primários. 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 segunda linha, atomoxetina, bupropiona, ou antidepressivos tricíclicos (como nortriptilina), nesta ordem de opções, nem todos ainda testados pela paciente. Pacientes com TDHA e condições clínicas específicas são recomendadas as seguintes alternativas como primeira linha no TDHA associado ao abuso atomoxetina; transtorno ativo por uso de estimulantes, 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 (daforin).**

**O aripiprazol® é um medicamento da classe dos antipsicóticos atípicos que atua no tratamento de esquizofrenia e transtorno bipolar. É um antagonista parcial dos receptores dopaminérgicos que, dependendo da concentração plasmática, age ou como agonista ou como antagonista serotoninérgico. Embora já se saiba que a ação dos antipsicóticos de uma forma 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 e do TDAH/TOD como a agressividade; hiperatividade; irritabilidade; impulsividade, seu uso nesse sentido ainda não consta na bula, sendo este uso off label e não isento de complicações. Os efeitos adversos incluem ganho de peso, desenvolvimento de diabetes, sedação, sintomas extrapiramidais, aumento dos níveis de prolactina, distonia e aumento do intervalo QT e distúrbios gastrointestinais. As crianças são mais vulneráveis do que**

os adultos a desenvolver efeitos adversos frequentemente prejudiciais e conforme sua bula não há indicação aprovada para o seu uso em pacientes pediátricos, sendo seu uso nesta condição off label e coriscos de efeitos colaterais graves. Além do uso off label na pediatria, não tem indicação em bula para uso no TOD/TDAH e tão pouco está disponível no SUS.

No Brasil a LDX foi 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. 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. 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 como a LXD. No TDHA antipsicóticos como a risperidona são úteis somente em casos específicos para controle do comportamento. Alguns estados e municípios, como Belo

Horizonte, dispensam o MPH, conforme protocolos específicos nos CAPSi, para tratamento da esquizofrenia CEPAl, unidade da FHEMIG, em Belo Horizonte, Ipatinga.

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.

#### IV - REFERÊNCIAS:

1) Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE) Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS) Coordenação-Geral de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (CGPCDT). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Brasília 2022. 195p. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20220804\\_Relatorio\\_733\\_PCDT\\_TDAH.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20220804_Relatorio_733_PCDT_TDAH.pdf).

2) Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde Coordenação-Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Relatório de recomendação Metilfenidato e lisdexanfetamina para indivíduos com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. Brasília, dezembro de 2020. 128p. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20210104\\_Relatorio\\_Metilfenidato\\_Lisdexanfetamina\\_TDAH\\_CP\\_69.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20210104_Relatorio_Metilfenidato_Lisdexanfetamina_TDAH_CP_69.pdf)

- 3) 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 N° 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](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 N°:33910.035910/2018-37. Nota Técnica N°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](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) Ministério da Saúde. MinSaude. Linhas de Cuidado. Transtorno do espectro autista (TEA) na criança. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista>.
- 6) Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde - SCTIE. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde - DGITIS. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - CPCDT. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo. Brasília, 2021. 104p Disponível em: [http://antigo-conitec.saude.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2021/20211207\\_PCDT\\_Comportamento\\_Agressivo\\_no\\_TEA\\_CP\\_107.pdf](http://antigo-conitec.saude.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2021/20211207_PCDT_Comportamento_Agressivo_no_TEA_CP_107.pdf).
- 7) 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](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>.
- 9) 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>.
- 10) 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/u/uptodate/show/1232?\\_x\\_r\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=pt&\\_x\\_tr\\_hl=pt-BR&\\_x\\_tr\\_pto=sc](https://www.medilib.ir.translate.googleusercontent.com/u/uptodate/show/1232?_x_r_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt-BR&_x_tr_pto=sc).
- 11) 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>.
- 12) 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>.
- 13) 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, Issue2. Art.No:CD009996. Disponível em: <https://www.cochrane.library.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009996.pub2/epdf/full>.

14) Governo do Ceará. Secretaria de Saúde do Ceará. Secretaria Executiva da Atenção Primária e Políticas de Saúde. Coordenação de Políticas de Assistência Farmacêutica e Tecnologias em Saúde. Parecer técnico 17/05/2024 Aripiprazol - Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/ARIPIPRAZOL-TDAH-1.pdf>.

15) Shafiq S, Pringsheim T. Using antipsychotics for behavioral problems in children. **Expert Opin Pharmacother**. 2018;19(13):1475-88. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14656566.2018.1509069>.

16) Serra-Pinheiro MA, Schmitz M, Mattos, Souza I. O Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. **J Psychiatry** 2004; 26 (4):273-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/7S44bNFFLpKBzTzVzXkSJDG/?format=pdf&lang=pt>.

**V – DATA:** 20/03/2026

**NATJUS/TJMG**