

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Unidade Jurisdicional do Juizado Especial

COMARCA: Contagem

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0010046

IDADE: 42 anos

Sexo: Feminino

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

PEDIDO DA AÇÃO: Medicamento: Juvene (princípio ativo Lisdexanfetamina) 50 mg e Reconter (princípio ativo escitalopram) 20 mg

FINALIDADE/INDICAÇÃO: Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 85.257

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

em conta o requerimento do réu Estado de Minas Gerais, formulado na defesa apresentada ao Evento 8 dos autos, à Secretaria para promover a solicitação da nota técnica, por meio do Sistema e-NatJus (CNJ), dos medicamentos pleiteados Juvene (princípio ativo Lisdexanfetamina) 50 mg, bem como Reconter (princípio ativo escitalopram) 20 mg.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentação médica, datada de 06 e 07/11/ 2025, trata-se de **paciente de 42 anos**, em tratamento desde 02/2024, por transtorno de ansiedade generalizado (**TAG**) e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (**TDHA**). Queixas **desde a infância** de **desatenção marcante, procrastinação, dificuldade de organização e prejuízo funcional atual agenda, finanças e estudos, apresentando baixo rendimento, desorganização domiciliar e laboral, dificuldade de planejamento, execução e gestão financeira, esquecimentos, irregularidade de rotinas, confusos de horários. Falha/ineficácia ao metilfenidato (IR e LA), sem controle adequado da desatenção e organização com persistência de prejuízos executivos relevantes. Melhora clinica significativa com**

lisdexanfetamina 50mg, tendo cursado com leve xerostomia e escitalopram 20mg/dia. Necessidade indispensável de manter medicação Juvene 50mg de segunda a sábado, e Reconter 20mg a noite devido a falha de metifenidato e alto prejuízo funcional sem o tratamento. A interrupção do tratamento pode causar retorno da desatenção grave, procrastinação, desorganização financeira e funcional, aumento da ansiedade secundária, elevação do risco ocupacional e piora global do funcionamento laboral e social.

O Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), também chamado de transtorno hipercinético, é um tipo de distúrbio considerado a **desordem neurocomportamental mais comum na infância que ocorre no desenvolvimento do sistema nervoso. Pode se apresentar de três maneiras: com predomínio de desatenção (20% a 30% dos casos); de hiperatividade-impulsividade (cerca de 15% dos indivíduos com TDAH); ou em apresentação combinada (entre 50% e 75% dos casos), porém com o tempo, pode haver mudança na forma de apresentação dessa condição clínica. A tríade sintomática caracteriza-se por: sintomas de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade, que é mais frequente e grave do que o normal para a idade dessa criança ou adolescente, em diferentes contextos (casa, escola, trabalho, com amigos, familiares ou em outras atividades), promovendo um prejuízo funcional significativo no desempenho escolar, ou no trabalho e dificuldades afetivas nas interações sociais e atividades cotidianas, com impacto na qualidade de vida. As complicações secundárias incluem comportamento dissocial e uma perda de autoestima. Geralmente os sintomas de hiperatividade e impulsividade aparecem mais cedo (aos 3-4 anos de idade) enquanto a desatenção se torna mais evidente ao iniciar o período escolar (5-7 anos). A desordem é marcada pela falta de persistência na realização de tarefas que exigem envolvimento cognitivo, com déficit cognitivo, comprometimento no desenvolvimento da motricidade e linguagem e uma tendência a mudar de uma para outra**

tarefa sem completar nenhuma, junto com atividade excessiva e desorganizada.

Embora seja mais comum na infância, pode estar presente na idade adulta. Os sintomas tendem a persistir na vida adulta, sendo 4 vezes mais frequente nos meninos. A literatura aponta **dados clínicos e/ou epidemiológicos** informando que as crianças e adolescentes com TDAH podem denotar riscos de comorbidades psiquiátricas, como depressão, ansiedade, transtorno bipolar, transtornos disruptivos do **comportamento**: transtorno de conduta e opositor desafiante, tiques, insônia e abuso de drogas.

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

Ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de

antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. A ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo. Tais reações exageradas ao estímulo ansiogênico se desenvolvem, mais comumente, em indivíduos com uma predisposição neurobiológica herdada. **O TAG é um dos transtornos de ansiedade mais prevalentes, caracterizado por preocupação excessiva e sintomas físicos e cognitivos que impactam a qualidade de vida dos indivíduos.** Os pacientes podem apresentar-se constantemente tensos e dão a impressão de que qualquer situação é ou pode ser provocadora de ansiedade, estão sempre muito preocupadas com o julgamento de terceiros em relação a seu desempenho em diferentes áreas e necessitam exageradamente que lhes renovem a confiança, que as tranquilizem. Apresentam **difficuldade para relaxar, queixas somáticas sem causa aparente e sinais de hiperatividade autonômica** (ex. palidez, sudorese, taquipnéia, tensão muscular e vigilância aumentada). Tendem a ser autoritárias quando se trata de fazer com que os demais atuem em função de tranquilizá-las, mas tornam o ambiente ao seu redor tenso.

Seu início costuma ser insidioso, muitas vezes há dificuldade em precisar quando começou e vai se agravando até se tornar intolerável, época em que ocorre a procura pelo atendimento. Na maioria dos casos, não há como estabelecer uma etiologia específica para os transtornos de ansiedade, sendo entendidos como o resultado de modificações estruturais e funcionais do cérebro que ocorrem como resultado da interação entre fatores genéticos e ambientais, podendo iniciar já na infância. Além de causarem sofrimento e prejuízo, pacientes com transtornos de ansiedade têm maiores taxas de absenteísmo e menor produtividade no trabalho, maiores taxas de utilização dos serviços de saúde (independentemente das comorbidades), altas taxas de ideação

suicida, além de abuso e dependência de álcool, nicotina e outras drogas, sendo associados a custos econômicos e sociais diretos e indiretos importantes, além de ser fator de risco independente para desfechos cardiovasculares.

O diagnóstico do TDAH e TAG é essencialmente clínico, sem necessidade de recorrer a exames laboratoriais ou de imagem, sendo conveniente a associação de uma avaliação de caráter psicossocial a 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. O diagnóstico do TAG é desafiador, pois depende de critérios clínicos subjetivos e pode se confundir com outros transtornos psiquiátricos. A investigação é expandida e incluem fatores físicos, sensoriais, funcionamento cognitivo, entre outros. Além disso, de acordo com os critérios do Manual de Estatística e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-5), o indivíduo com TDAH 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.

O tratamento destas condições tem como um de seus objetivos principais habilitar as pessoas a participar de modo ativo e independente nas atividades de vida diária dada à complexidade dessa condição, preconiza-se a intervenção multimodal, com intervenções não medicamentosas (intervenções cognitivas e comportamentais) para melhora dos sintomas, no controle executivo e no funcionamento ocupacional e social. Os possíveis eventos adversos da farmacoterapia,

somados à busca por opções terapêuticas que corrijam as anormalidades do TDHA e TAG, levaram ao aumento do interesse por terapias não farmacológicas. Entre **essas intervenções** 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.** No TAG a TCC pode ter eficácia duradoura, sendo que a técnica cognitiva aborda o que causa a ansiedade e a comportamental as mudanças do comportamento ansioso. Não existe evidencia científica de superioridade de uma técnica em relação a outra. Assim a escolha do método a ser utilizado deve ser feita de modo conjunto entre a equipe e família, garantindo informações adequadas quanto ao seu alcance e benefícios, favorecendo a implicação e corresponsabilidade pelo cuidado.

A terapia cognitivo comportamental (TCC) é um termo genérico que contempla **várias abordagens do modelo cognitivo comportamental. As técnicas da TCC possibilitam que o paciente (criança ou adulto) seja capaz de reestruturar suas crenças a partir de perspectivas mais adaptativas, suprimindo ou amenizando os comportamentos condicionados, mal adaptativos e modificando suas crenças, pensamentos, emoções e, conseqüentemente, suas sensações. Com isso, espera-se desenvolver habilidades comportamentais que podem perdurar por toda a vida. As técnicas utilizadas 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**

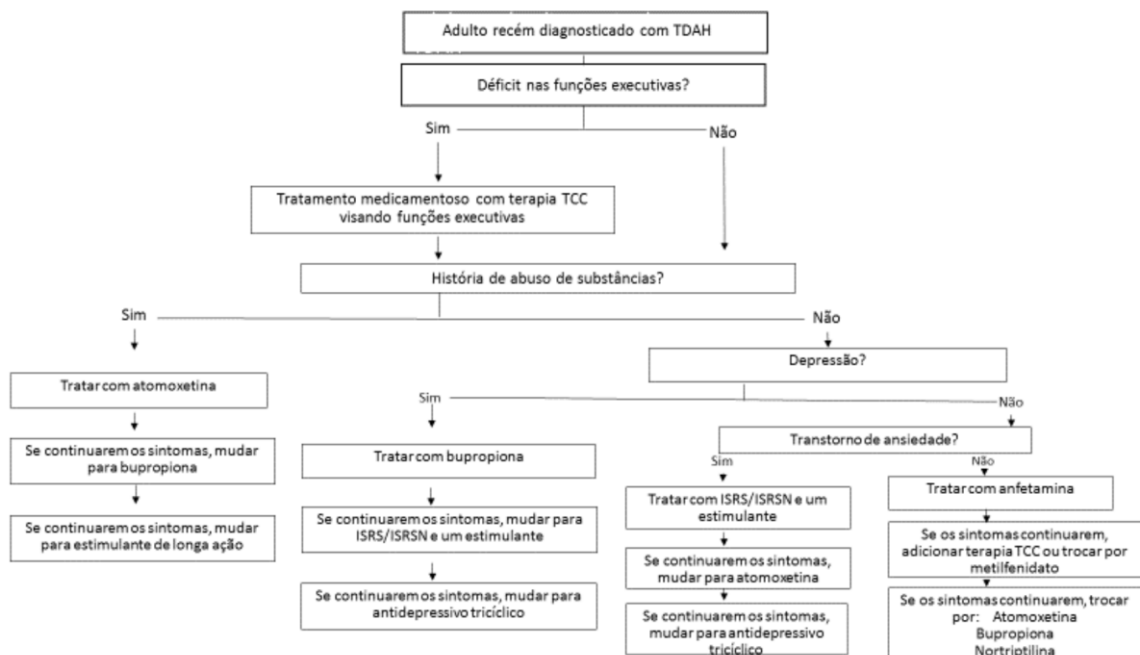
treinamento de comunicação social, planejamento e cronogramas. As intervenções comportamentais são a forma de tratamento psicológico mais bem estabelecido, recomendado e amplamente utilizado. O gerenciamento de contingências ocorre por meio da análise funcional do comportamento, que possibilita ao paciente dar sentido aos seus sintomas por meio da identificação dos estímulos que mantem a frequência desses comportamentos. **As técnicas da TCC possibilitam que o paciente seja capaz de reestruturar suas crenças a partir de perspectivas mais adaptativas, suprimindo ou amenizando os comportamentos condicionados, mal adaptativos e modificando suas crenças, pensamentos, emoções e, suas sensações.** No SUS é ofertada em psicoterapia, individual ou em grupo. A psicoeducação visa proporcionar, tanto ao paciente quanto à família, informações compartilhadas de maneira compreensível sobre o diagnóstico do TDAH, seus sintomas, tratamento e o ensino de estratégias compensatórias, capacitando-os a lidar com o transtorno, facilitando assim o processo de mudanças comportamentais. Essa aprendizagem é efetiva e se estende para além do período de tratamento. **Na vida adulta e na fase infanto-juvenil, a literatura atual mostra que a TCC associada a medicamentos quando comparada ao uso de medicamentos isolados é superior ao controle de sintomas de TDAH autorreferidos, assim como diminuição nos níveis de ansiedade autorrelatados e uma tendência a ter menor depressão autorreferida.** Esses dados apoiam a hipótese de que a TCC para adultos com TDAH com sintomas residuais é uma abordagem de tratamento da próxima etapa viável, aceitável e potencialmente eficaz, digna de mais testes. Terapia de família e em grupo podem ajudar crianças a melhorar suas habilidades sociais. Entretanto, **no gerenciamento destes transtornos, dada a sua complexidade, preconiza-se a 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. Conforme as agências internacionais crianças e adultos 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 destas condições.

O tratamento farmacológico, é eletivo, sem caracter de urgência emergência no TDAH, sintomático e não curativo. O tratamento farmacológico, quando necessário baseia-se no TDAH principalmente na administração de substâncias psicoestimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC) de curta, média e longa duração, como as anfetaminas, o cloridrato de metilfenidato (MPH) e o dimesilato de lisdexanfetamina (LDX) (juvene®) que atuam como agonistas indiretos desses neurotransmissores. Entretanto, não deve ser indicado para todos os pacientes, uma vez que os estimulantes não são destinados para indivíduos que exibem sintomas secundários a fatores ambientais e/ou outros transtornos psiquiátricos primários, incluindo psicose. O MPH e o LDX são consideradas como drogas de primeiras escolha que possibilitam a diminuição dos sintomas motores, impulsividade e desatenção, bem como melhoria das interações sociais e desempenho acadêmico. O MPH é recomendado como tratamento de primeira para TDAH, devido ao maior número de estudos clínicos. Na persistência dos sintomas, outras drogas como atomoxetina, desipramina ou bupropiona; antidepressivos (imipramina, nortriptilina), nesta ordem, e antipsicóticos: tioridazina ou risperidona, são úteis somente em casos específicos para controle do comportamento, especialmente no retardo mental. No TDHA e condições clínicas específicas são recomendadas as seguintes

alternativas como tratamento de primeira linha:

- . **atomoxetina é eficaz para o TDAH e tem pouco ou nenhum potencial de abuso no histórico de transtorno (abuso)** por uso de estimulantes,
- . **estabilização aguda do transtorno ativo por uso de estimulantes**, antes do início da farmacoterapia para TDAH,
- . **evitar polifarmácia e tratar com bupropiona** com evidência de eficácia tanto no TDAH quanto na depressão na **depressão concomitante**,
- . tratar com a **combinação de estimulante e inibidor seletivo da recaptação da serotonina (ISRS – sertralina, paroxetina, citalopram, fluoxetina)**. Nos **TAG ou social concomitantes**. Iniciar primeiro o ISRS, e após melhora da ansiedade adicionar o estimulante. Monitorar a síndrome da serotonina condição potencialmente fatal.
- . **tratamento medicamentoso com anfetaminas complementado pela TCC nos déficits proeminentes no funcionamento executivo**, com a ações autodirecionadas necessárias para escolher e executar metas ações para cumprir essas metas, como memória de trabalho, mudança de tarefa, automonitoramento, iniciar uma atividade e autoinibição.



O fluxograma abaixo resume a abordagem terapêutica

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 são supressão do apetite, baixo crescimento, perda de peso na infância, distúrbios do sono, nervosismo, habilidade emocional e retraimento social. O risco de psicose é maior com LDX do que com MPH e de tiques maior com MPH, mas nenhum destes efeitos são considerados contra-indicação absoluta ao uso destas drogas e persistem como drogas de primeiras escolha, pois possibilitam a diminuição dos sintomas motores, impulsividade, desatenção, melhoria das interações sociais e desempenho acadêmico.

Na farmacoterapia do TAG, destaca-se uso dos ISRS como fluoxetina e escitalopran e os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN) como a venlafaxina, que continuam sendo uma estratégia fundamental, especialmente em casos mais graves. Contudo, a adesão ao tratamento ainda representa um desafio, exigindo abordagens personalizadas para cada paciente. Geralmente, o efeito dos antidepressivos demora algumas semanas antes de começar a melhorar a ansiedade e, por isso, de início, pode ser necessário associar um benzodiazepínico juntamente com o antidepressivo. Os benzodiazepínicos são medicamentos ansiolíticos que melhoram a ansiedade rapidamente, em geral de forma imediata, entretanto, seu uso prolongado pode levar à dependência e ao vício em medicamentos. Assim devem ser administrados apenas por um período relativamente curto, e suspenso tão logo o antidepressivo e a psicoterapia começarem a fazer efeito. Mas os benzodiazepínicos não devem ser interrompidos abruptamente. Em estudos abertos, observou-se melhora significativa dos sintomas, tanto

com o uso de fluoxetina. A buspirona, outro medicamento ansiolítico, é eficaz para algumas pessoas com TAG. No entanto, a buspirona pode demorar duas semanas ou mais para começar a fazer efeito.

No SUS o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapeuticas (PCDT) para orientar o diagnóstico e tratamento do TDAH ainda está em fase de definição. No TAG já é definida uma linha de cuidado própria que norteia o tratamento. A psicoterapia, individual ou em grupo é ofertada. Diante da complexidade que envolve a problemática de saúde do TDAH e TAG, 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** para que possam fornecer diagnóstico, tratamento e acompanhamento para pacientes com essa condição clínica. Atualmente, **existem políticas governamentais que apoiam pacientes que necessitam de cuidados relacionados a saúde mental**. A **Política Nacional de Saúde Mental** é uma ação do Governo Federal, coordenada por meio da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Alcool e outras Drogas, que define as diretrizes adotadas pelo Ministério da Saúde para organizar de forma interfederativa com municípios e estados, a promoção do cuidado integral e longitudinal às pessoas com transtornos mentais ou com problemas e necessidades em decorrência do uso de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) **preve a porta de entrada para o cuidado em saúde mental pela Atenção Primária à Saúde, os CAPS e os serviços de urgência e emergência**, onde as pessoas são acolhidas, sejam elas referenciadas ou por demanda espontânea. **O cuidado de crianças e adolescentes gravemente**

comprometidos psiquicamente, como os pacientes com TDAH, autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, são impossibilitados de manter/estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida, em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial, é realizado gratuitamente nos serviços especializados Centros de Atenção Psicossocial e o infantil (CAPS e CAPSi). O Ministério da Saúde em 2015, definiu a Rede de Cuidados à Saúde 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 estratégias terapêuticas direcionadas ao desenvolvimento de funcionalidades e à compensação de limitações funcionais, assim como à prevenção ou retardo de possível deterioração de capacidades funcionais. Nos locais especializados, o paciente passará por avaliação biopsicossocial multiprofissional para estabelecer o diagnóstico funcional, identificar as potencialidades e necessidades do paciente, de sua família e seu contexto de vida. Todos estes fatores servem de base para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que deverá se estabelecido e seguido pelos familiares e paciente.

O Reconten® oxalato de escitalopram 10mg, é um medicamento da classe dos ISRS, classe do grupo de antidepressivos. Tem indicação em bula ANVISA no tratamento e prevenção da recaída ou recorrência da depressão; do transtorno do pânico, com ou sem agorafobia; do transtorno de ansiedade generalizada (TAG); do transtorno de ansiedade social (fobia social); do transtorno obsessivo compulsivo (TOC). Estudo comparando os medicamentos duloxetine, escitalopran, pregabalina, sertralina, tiagabina, fluoxetine, paroxetine, lorazepam e venlafaxina, para tratamento da ansiedade, mostrou que a fluoxetine, disponível no SUS, é o medicamento mais eficaz, e a sertralina o mais tolerável. Entretanto,

dada a qualidade desconhecida dos estudos e os riscos de viés nos processo de revisão, suas conclusões devem ser interpretadas com cautela. É contra-indicado na alergia a qualquer um dos componentes da fórmula; em pacientes em uso de medicamentos inibidores da monoaminoxidase (IMAO), selegilina, moclobemida e linezolida; na arritmia cardíaca. Não consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e, portanto, não é disponibilizado pelo SUS. Alternativamente no tratamento da ansiedade o SUS disponibiliza a fluoxetina, citalopram e sertralina.

O Juvene® LDX, 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. A Aliança Canadense de Pesquisa do TDAH, considera os agentes estimulantes do SNC, dentre os quais estão o MPH, o LDX e o sal misto de anfetamina como de primeira linha. Revisão da literatura em

relação as MPH e LXD mostraram que há maior risco de eventos adversos gerais com a LDX, porém, quanto à eficácia, as evidências disponíveis sugeriram que os dois medicamentos não apresentam diferenças significativas. Cabe ressaltar, entretanto, que a qualidade geral das evidências foi considerada baixa para o desfecho de melhora clínica e muito baixa para eventos adversos gerais. Assim concluiu que são necessários estudos mais bem desenhados e com duração maiores para se compreender os efeitos reais das anfetaminas no tratamento do TDAH. Como já referido, **a Conitec não recomendou a sua incorporação no SUS para o tratamento do TDAH. 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.

CONCLUSÃO: trata-se de **paciente de 42 anos**, em tratamento desde 02/2024, por **TAG e TDHA**. Queixas **desde a infância com desatenção**

marcante, procrastinação, dificuldade de organização e prejuízo funcional atual agenda, finanças e estudos, apresentando baixo rendimento, desorganização domiciliar e laboral, dificuldade de planejamento, execução e gestão financeira, esquecimentos, irregularidade de rotinas, confusos de horários. Falha/ineficácia ao metilfenidato (IR e LA), sem controle adequado da desatenção e organização com persistência de prejuízos executivos relevantes. Melhora clínica significativa com lisdexanfetamina 50mg, tendo cursado com leve xerostomia e escitalopram 20mg/dia. Necessidade indispensável de manter medicação Juvene 50mg de segunda a sábado, e Reconter 20mg a noite devido a falha de metilfenidato e alto prejuízo funcional sem o tratamento. A interrupção do tratamento pode causar retorno da desatenção grave, procrastinação, desorganização financeira e funcional, aumento da ansiedade secundária, elevação do risco ocupacional e piora global do funcionamento laboral e social.

O TDAH, é considerado a desordem neurocomportamental mais comum na infância que ocorre no desenvolvimento do sistema nervoso. A tríade sintomática caracteriza-se por: sintomas de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade, em diferentes contextos promovendo um prejuízo funcional significativo no desempenho escolar, ou no trabalho e dificuldades afetivas nas interações sociais e atividades cotidianas, com impacto na qualidade de vida.

O TAG é um dos transtornos de ansiedade mais prevalentes, caracterizado por preocupação excessiva e sintomas físicos e cognitivos como dificuldade para relaxar, queixas somáticas sem causa aparente e sinais de hiperatividade autonômica que impactam a qualidade de vida dos indivíduos. Além de causarem sofrimento e prejuízo, pacientes com transtornos de ansiedade têm maiores taxas de absenteísmo e menor produtividade no trabalho, maiores taxas de utilização dos serviços de saúde (independente das comorbidades), altas taxas de ideação suicida, além de abuso e dependência de álcool,

nicotina e outras drogas, sendo associados a custos econômicos e sociais diretos e indiretos importantes, além de ser fator de risco independente para desfechos cardiovasculares. Na maioria dos casos, não há como estabelecer uma etiologia específica sendo entendidos como o resultado de modificações estruturais e funcionais do cérebro que ocorrem como resultado da interação entre fatores genéticos e ambientais, podendo iniciar já na infância.

O diagnóstico destas condições é essencialmente clínico e o tratamento requer abordagem multidisciplinar, com intervenções intersetoriais, incluindo também profissionais das áreas de saúde e educação, os pais, membros familiares e o paciente. No TAG pode ser desafiador por se confundir com outras condições. O tratamento, pelo caráter comportamental, deve sempre envolver abordagens psicoterápicas e de cunho educativo e social. A escolha do tratamento mais adequado deve considerar comorbidades.

O tratamento possui como objetivo principal habilitar as pessoas a participar de modo ativo e independente nas atividades de vida diária. A abordagem ideal combina intervenções não medicamentosas e medicamentosas. 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. No TAG a TCC pode ter eficácia duradoura, e a técnica cognitiva aborda o que causa a ansiedade e a comportamental as mudanças do comportamento ansioso. Apesar de algumas terapias e técnicas terem sido mais exploradas na literatura científica, revisões sistemáticas reconhecem os benefícios de diversas intervenções, sem sugerir superioridade de qualquer modelo. Deste modo, a escolha do método a ser utilizado no tratamento deve ser feita em conjunto entre equipe e família, garantindo informações adequadas quanto seu alcance e benefícios, favorecendo a implicação e responsabilidade pelo cuidado. O tratamento

farmacológico é eletivo, sem característica de urgência emergência no TDAH, sintomático e não curativo, pois os transtornos tem grande melhora se as terapias são instituídas precocemente.

No TDHA, o tratamento medicamentoso, quando necessário baseia-se principalmente no uso de substâncias psicoestimulantes do SNC de curta, média e longa duração, como as anfetaminas, MPH e o LDX (Juvene®) que atuam como agonistas indiretos desses neurotransmissores. Assim, para a maioria dos adultos com TDAH sem comorbidades, a 1ª linha de tratamento são as anfetaminas, em vez de outros medicamentos ou TCC e nas crianças inicialmente TCC. Na persistência dos sintomas substituir por MPH, constituindo a 2ª linha, atomoxetina, bupropiona, ou antidepressivos tricíclicos (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 1ª linha: associado ao abuso atomoxetina; transtorno ativo por uso de estimulantes, tratar primeiro o transtorno; depressão concomitante: bupropiona; TAG ou social concomitantes: combinação de estimulante e um ISRS – sertralina, paroxetina, citalopram, fluoxetina.

No SUS o PCDT para orientar o diagnóstico e tratamento do TDAH recomenda TCC e medicamentos, mas não recomenda a LDX ou MPH. Quanto às alternativas integrantes da RENAME 2022 e disponíveis no SUS, estão disponíveis antidepressivos tricíclicos, especialmente a nortriptilina, amitriptilina, imipramina e antipsicóticos como a risperidona. Estudos controlados confirmam a superioridade de antidepressivos tricíclicos, especialmente a desipramina e em menor grau, a imipramina, a nortriptilina e a amitriptilina no tratamento do TDAH, apesar de sua eficácia ser inferior àquela observada com as medicações de 1ª linha. No TDHA antipsicóticos como a risperidona são úteis somente em casos específicos. Alguns estados e municípios, dispensam o MPH, conforme protocolos específicos nos CAPSi, na esquizofrenia

como no CEPAL, da FHEMIG em Belo Horizonte e na Policlínica Municipal de Ipatinga.

Na farmacoterapia do TAG, destaca-se uso dos ISRS como fluoxetina e escitalopran e os IRSN como a venlafaxina, que continuam sendo uma estratégia fundamental, especialmente em casos mais graves. Contudo, a adesão ao tratamento ainda representa um desafio, exigindo abordagens personalizadas para cada paciente. Geralmente, o efeito dos antidepressivos demora algumas semanas antes de começar a melhorar a ansiedade e, por isso, de início, pode ser necessário associar um benzodiazepínico temporariamente até o efeito das drogas. Em estudos abertos, observou-se melhora significativa dos sintomas, tanto com o uso de fluoxetina. A buspirona, outro medicamento ansiolítico, é eficaz para algumas pessoas com TAG. No entanto, a buspirona pode demorar duas semanas ou mais para começar a fazer efeito.

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

disponibilizado pelo SUS. Alternativamente no tratamento da ansiedade o SUS disponibiliza a fluoxetina e sertralina, além do citalopram análogo do escitalopram.

O Juvene® LDX, 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. A Aliança Canadense de Pesquisa do TDAH, considera os agentes estimulantes do SNC, dentre os quais estão o MPH, o LDX e o sal misto de anfetamina como de primeira linha, tendo pertinência a patologia indicada. A Conitec recomendou a não incorporação destes no SUS 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 ao SUS e a baixa/muito baixa qualidade das evidências científicas relacionadas à eficácia e a

segurança do MPH e LDX. Assim não há competência administrativa para realização já que não está incluído no SUS.

Vale ressaltar que no caso em tela não menção a tentativa de uso, falha, ou contra-indicação ao uso das medicações alternativas disponíveis no SUS, ainda que não sejam de 1ª linha mas que podem ser indicadas ao caso em questão.

IV - REFERÊNCIAS:

- 1) Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE) Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS) Coordenação-Geral de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (CGPCDT). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Brasília 2022. 195p. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20220804_Relatorio_733_PCDT_TDAH.pdf.
- 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.google.com/uptodate/show/1232?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt-BR&_x_tr_pto=sc.

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

9) Maldonado R. Comparison of the pharmacokinetics and clinical efficacy of new extended-release formulations of methylphenidate. **Expert Opin Drug Metab Toxicol.** 2013;9(8):1001-14. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/10.1517/17425255.2013.786041?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub0pubmed.

10) Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2024. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/publicada-a-relacao-nacional-de-medicamentos-rename-2022/>.

11) Portal da Câmara dos Deputados. Câmara aprova urgência para proposta que inclui no SUS medicamento para tratar TDAH; acompanhe · PL 4554/23, do deputado Abilio Brunini (PL-MT). Disponível em:

<https://www.camara.leg.br › noticias>.

12) Kong W, Deng H, Wan J, Zhou Y, Zhou Y, Song B, Wang X. Comparative Remission Rates and Tolerability of Drugs for Generalised Anxiety Disorder: A Systematic Review and Network Meta-analysis of Double-Blind Randomized Controlled Trials. **Front Pharmacol**. 2020;11:580858. Disponível em: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/33343351/>

13) Castillo ARGL Recondob R, Asbahr FP Manfro GG. Transtornos de ansiedade. *Braz J Psychiatry* . 2000;22 (suppl 2): Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7gtB9pZFY6rkh48CLt/?lang=pt&format-html>.

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

15) Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado. Atenção Psicossocial Especializada. Ansiedade. Transtorno de ansiedade no adulto. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/ansiedade/atencao-psicos-social-especializada/planejamento-terapeutico/#pills-avaliacao-casos-refratrios>

16) Nogueira JD, Ribeiro JMB, Hellmann LO, Almeida MCB de, Gomes FGC, Sousa Neto DL, Sousa HKV, Rodrigues LM, Andrade MPM, Coelho FD, Silva EM, Leitão CSO. Transtorno de Ansiedade Generalizada: do diagnóstico ao tratamento. **BJHS**. 2025;7(3):2174–90. Disponível em: <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/5533>.

V – DATA:

18/08/2026