

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**CÂMARA/VARA:** vara da Infância e Juventude

**COMARCA:** Montes Claros

#### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2025.0007639

**IDADE:** 09 anos

**Sexo:** Feminino

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** CID 10: F81.9 e F90.0

**PEDIDO DA AÇÃO:** Medicamento: Venvanse 70mg

**FINALIDADE/INDICAÇÃO:** PADRÃO OURO PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA E FALTA DE RESPOSTA COM OS OUTROS TRATAMENTOS DISPONÍVEIS NO MERCADO

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRP 04/47.577 e CRMMG 58.471

#### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

a) o tratamento vindicado possui registro na ANVISA?; b) o tratamento encontra-se incluso em listas do SUS?; c) os o tratamento ora vindicado, a despeito de ser registrado na Anvisa e encontrar-se incluído nas listas do SUS, encontra previsão para o quadro da parte requerente? d) cuida-se de tratamento imprescindível e que não pode ser substituído por outro fármaco similar? e) há evidências científicas de que o remédio é eficaz e seguro?

#### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentos médicos e psicológico, datados 16/09/2024, 17/10/2024 e 16/12/2024, trata-se de criança de **09 anos, com** transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDHA). **Apresenta dificuldade de aprendizagem associado a deficit de atenção e disfunção executiva que comprometem o bem estar social, familiar e acadêmico.** Submetida a **Teste de inteligência mostrando percentil 95.** Fez uso de Ritalina por 30 dias, mas apresentou náuseas, cefaléia, palpitação e agitação psicomotora. **Necessita de inicio imediato de lisdexanfetamina 30 mg, 1 comp manhã, tratamento de primeira linha do TDHA, por tempo**

indeterminado, para evitar prejuízo da alfabetização e dificuldades de convívio social. **Negativas administrativas** conforme inicial.

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. 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 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, déficit cognitivo, comprometimento no desenvolvimento da motricidade e da linguagem e uma tendência a mudar de uma tarefa para outra tarefa sem completar nenhuma, associado a atividade excessiva e desorganizada. Como resulta em prejuízo escolar é comum sua associação aos chamados Transtorno Específico de Aprendizagem, descritos em síntese clínica da história do indivíduo no contexto de desenvolvimento, familiar, educacional e médico, observado em relatórios escolares e em avaliação psicoeducacional.**

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

**Seu diagnóstico é essencialmente clínico**, sem necessidade de recorrer a exames laboratoriais ou de imagem, sendo conveniente a associação de uma avaliação de caráter psicossocial à investigação clínica. **Baseia-se na história e avaliação funcional completa da criança**, não

apenas em uma ou mais características evidentes da doença, bem como em **critérios operacionais clínicos claros e bem definidos. Para que os tipos de comportamento sejam considerados sintomas, eles devem, entre outras coisas, ser atípicos para a faixa etária do paciente, ou seja, o indivíduo precisa ser muito mais inquieto ou desatento do que o esperado para sua idade. Além disso, de acordo com os critérios do Manual de Estatística e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatra (DSM-5), o indivíduo também deve apresentar tais comportamentos antes dos 12 anos de idade, por um período mínimo de seis meses e em, pelo menos, dois dos contextos e a ocorrência de pelo menos seis dos nove sintomas em um ou em ambos os domínios: desatenção e hiperatividade-impulsividade.** Os procedimentos adotados atualmente pelos neuropediatras entrevistados em um estudo são semelhantes entre si e, embora pautados nos critérios do DSM-IV, expandem a investigação e incluem fatores físicos, sensoriais, funcionamento cognitivo, entre outros.

**Transtorno Deficit de Aprendizagem (TDA) é um tipo de transtorno do neurodesenvolvimento, uma condição crônica, com sintomas que podem variar de leve a grave, caracterizada por um problema neurológico que afeta a capacidade de aprender e processar informações, como ler, escrever, ou fazer contas. Esses transtornos prejudicam o desenvolvimento funcional pessoal, social, acadêmico e/ou ocupacional, e normalmente, envolvem dificuldades de aquisição, manutenção ou aplicação de habilidades ou conjuntos de informações específicas. Como é um distúrbio do neurodesenvolvimento aparece cedo na infância, geralmente antes da atividade escolar, mas nem sempre é diagnosticado nesta ocasião, podendo, afetar crianças adolescentes e adultos. O TDA não está relacionado com inteligência, mas, sim, com dificuldades em áreas específicas da aprendizagem, como leitura, escrita ou matemática, sendo na maioria das vezes de apresentação complexa e mista, afetando a capacidade de:**

- **Compreender ou utilizar a linguagem falada**

- **Compreender ou utilizar a linguagem escrita**
- **Compreender e utilizar números e raciocínio utilizando conceitos matemáticos**
- **Coordenar os movimentos**
- **Focar a atenção em uma tarefa**

**Assim este transtorno pode ser classificado em dificuldades específicas de aprendizagem a saber:**

- **dislexia: problemas de leitura e escrita;**
- **discalculia: dificuldades no uso de números e cálculos matemáticos;**
- **disgrafia: inadequações no traçado da escrita;**
- **dispraxia: dificuldades para posicionar, movimentar e coordenar os músculos envolvidos na coordenação motora grossa e fina;**
- **TDAH: baixa capacidade de concentração, comportamento agitado e compulsivo;**
- **Transtorno do Espectro Autista (TEA): dificuldades na interação social, comunicação e interesses restritos e repetitivos;**
- **Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC): preocupações e medos infundados que desencadeiam comportamentos repetitivos.**

**Alguns autores também incluem a disortografia: escrita das palavras disforme de suas normas ortográficas, nesta classificação.**

Conforme o DSM-V o diagnóstico de TDA é composto critérios que devem persistir de alterações observadas, que devem persistir por pelo menos 6 meses, considerando as intervenções realizadas. O primeiro critério diz respeito as seis seguintes especificidades: a) leitura de palavras de forma imprecisa ou lenta e com esforço; b) dificuldade para compreender o sentido do que é lido; c) dificuldades para ortografar; d) dificuldades com a expressão escrita; e) dificuldades para dominar o senso numérico, fatos numéricos ou cálculo; e, f) dificuldades no raciocínio. O segundo critério assevera que as habilidades acadêmicas afetadas se encontram abaixo do esperado para a idade cronológica do indivíduo, com prejuízo acadêmico, profissional ou nas atividades

**cotidianas. O terceiro critério de diagnóstico dispõe que as dificuldades de aprendizagem iniciam-se durante os anos escolares, entretanto, essas limitações podem se acentuar quando as exigências pelas habilidades acadêmicas afetadas superam as capacidades comprometidas do estudante. O quarto e último critério para a confirmação diagnóstica exclui os quadros de deficiências intelectuais, acuidade visual ou auditiva não corrigida, outros transtornos mentais ou neurológicos, adversidade psicossocial, falta de proficiência na língua de instrução acadêmica ou instrução educacional inadequada.**

**O tratamento do TDHA tem como um de seus objetivos principais habilitar as pessoas a participar de modo ativo e independente nas atividades de vida diária. No gerenciamento do TDAH, dada à complexidade dessa condição, preconiza-se a intervenção multimodal, com intervenções não medicamentosas (intervenções cognitivas e comportamentais) para melhora dos sintomas deste transtorno, no controle executivo e no funcionamento ocupacional e social. O tratamento da TDAH deve sempre envolver abordagens psicoterapêuticas e de cunho educativo e social. A escolha do tratamento mais adequado deve considerar comorbidades, como epilepsia, síndrome de Tourette e outras desordens, o perfil de efeito adverso, potencial para abuso de drogas e preferências da criança e dos cuidadores. Conforme as agências internacionais crianças e adultos com TDAH devem ser avaliados por médicos especialistas para melhor direcionamento do tratamento, que consiste em intervenção psicossocial e tratamento medicamentoso. Estudos relatam que a terapia medicamentosa associada a intervenções psicossociais é a maneira mais eficaz de lidar com os sintomas e prejuízos do TDAH. A abordagem ideal combina as intervenções não medicamentosas com 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: Terapia cognitivo comportamentais (TCC), intervenções comportamentais que envolvem familiares ou responsáveis, intervenções com foco na comunicação, musicoterapia, terapias ABA e o programa de TEACCH. Não existe uma evidencia científica de superioridade de uma técnica em relação a outra. Assim a escolha do método a ser utilizado no tratamento do TDHA deve ser feita de modo conjunto entre a equipe e a família do paciente, garantindo informações adequadas quanto ao alcance e aos benefícios do mesmo, favorecendo a implicação e corresponsabilidade pelo cuidado.

Também no tratamento do TDA, a abordagem é essencialmente não medicamentosa voltada para intervenções educacionais, multissensoriais, não estando aprovado e recomendado o uso de treinamentos optométrico, perceptuais, de integração auditiva, ou uso de fármacos

No TDHA o tratamento farmacológico, quando necessário é eletivo, sem característica de urgência emergência, sintomático e não curativo e baseado, principalmente, no uso 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. Desta feita, para a maioria dos adultos e adolescentes 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 e como segunda linha, atomoxetina, bupropiona, ou antidepressivos tricíclicos (como nortriptilina), nesta ordem. Pacientes com TDHA e condições clínicas específicas são recomendadas as seguintes alternativas como tratamento de primeira linha no:

- histórico de transtorno (abuso) por uso de estimulantes, recomenda-

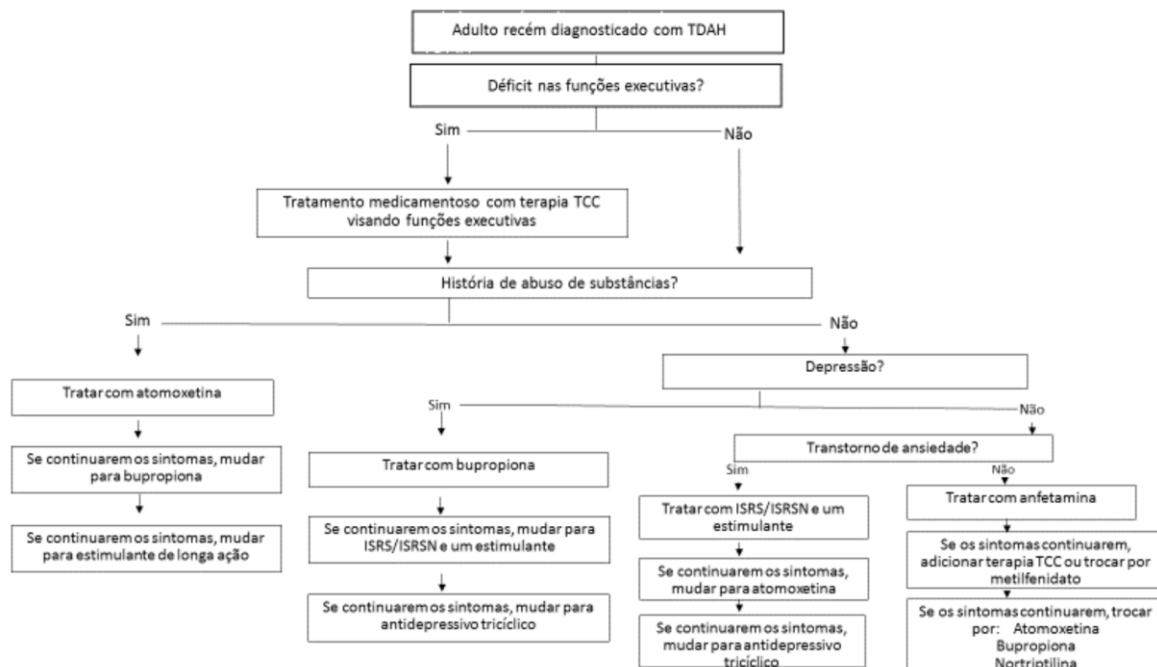
se a **atomoxetina**, eficaz no TDAH, tendo pouco ou nenhum potencial de abuso.

- **transtorno ativo por uso de estimulantes**, tratar o transtorno primeiro, e a estabilização aguda deve ser alcançada antes do início da farmacoterapia para TDAH.
- **depressão concomitante**, o uso da **bupropiona** tem evidência de eficácia tanto no TDAH quanto na depressão e a **polifarmácia pode ser evitada ou limitada**.
- **transtornos de ansiedade generalizada ou social concomitantes**, o tratamento consiste na **combinação de estimulante** e um inibidor seletivo da recaptação da serotonina (**ISRS – sertralina, paroxetina, citalopram, fluoxetina**). **O ISRS deve ser iniciado primeiro, e o estimulante adicionado após melhora dos sintomas de ansiedade**. Monitorar os pacientes para a síndrome da serotonina (condição potencialmente fatal por aumento da atividade serotoninérgica do sistema nervoso central relacionada a fármacos, cujos sintomas incluem mudanças no estado mental, hipertermia e hiperatividade autonômica e neuromuscular).
- **déficits proeminentes no funcionamento executivo** (definido como ações autodirecionadas necessárias para escolher metas e executar ações para o cumprimento dessas metas, por exemplo: memória de trabalho, mudança de tarefa, automonitoramento, iniciar uma atividade e autoinibição), **o tratamento medicamentoso com anfetaminas e visando o funcionamento executivo, complementado pela TCC**, como monoterapia 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

O fluxograma da abordagem terapêutica

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 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.**

**No SUS o Protocolo Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para orientar o diagnóstico e tratamento do TDAH ainda está em fase de definição.** Diante da complexidade que envolve a problemática de saúde do TDAH, são necessários o envolvimento e a **articulação dos entes federados na organização dos serviços, a fim de ofertar cuidado multidisciplinar adequado, integral e longitudinal, por meio de abordagens individuais e coletivas.** Essas abordagens devem envolver ações direcionadas tanto para o usuário quanto para a família, o que exige a organização do processo de trabalho em toda a rede de atenção 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. 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 no SUS para organizar de forma interfederativa com municípios e estados, a promoção do cuidado integral e longitudinal às pessoas com transtornos mentais ou 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 a Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (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, em situações de crise ou processos de reabilitação psicossocial, **é realizado gratuitamente nos serviços especializados CAPSinfantis**. O Ministério da Saúde em 2015, definiu a **Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com TDHA** e que a **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, **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 terá **avaliação biopsicossocial com equipe multiprofissional a fim de estabelecer o diagnóstico funcional, identificar suas potencialidades e necessidades, de sua família e seu contexto de vida**. Todos estes fatores servem de base para a **elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)**.

**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 por meio do** no Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), **estão disponíveis antidepressivos tricíclicos**, especialmente a **nortriptilina e amitriptilina e antipsicóticos como risperidona**. Estudos controlados confirmam a **superioridade de antidepressivos tricíclicos, especialmente desipramina e em menor grau, imipramina, nortriptilina e amitriptilina no tratamento do TDAH, apesar de sua eficácia ser inferior àquela observada com as medicações de primeira linha**. No TDHA **antipsicóticos como a risperidona são úteis somente em casos específicos para controle do comportamento, especialmente quando há retardo mental**. A TCC é o termo genérico que contempla várias abordagens do modelo cognitivo comportamental. **No SUS 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.

**CONCLUSÃO:** trata-se de criança de **09 anos**, com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDHA). **Apresenta dificuldade de aprendizagem associado a deficit de atenção e disfunção executiva que comprometem o bem estar social, familiar e acadêmico.** Submetida a Teste de inteligência mostrando percentil 95. Fez uso de Ritalina por 30 dias, mas apresentou náuseas, cefaléia, palpitação e agitação psicomotora. **Necessita de inicio imediato de lisdexanfetamina 30 mg, 1 comp manhã, tratamento de primeira linha do TDHA, por tempo indeterminado, para evitar prejuízo da alfabetização e dificuldades de convívio social. Negativas administrativas conforme inicial.**

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 TDA também é transtorno do neurodesenvolvimento, u com sintomas que podem variar de leve a grave, caracterizada por um problema neurológico que afeta a capacidade de aprender e processar informações, como ler, escrever, ou fazer contas. Esses transtornos prejudicam o desenvolvimento funcional pessoal, social, acadêmico e/ou ocupacional, e normalmente, envolvem dificuldades de aquisição, manutenção ou aplicação de habilidades ou conjuntos de informações específicas. Pode ser classificado em dificuldades específicas de aprendizagem a saber de leitura e escrita, dislexia; discalculia: dificuldades

no uso de números e cálculos matemáticos; disgrafia: inadequações no traçado da escrita; dispraxia: dificuldades para posicionar, movimentar e coordenar os músculos envolvidos na coordenação motora grossa e fina; **TDAH, comportamento agitado e compulsivo com baixa capacidade de concentração**; TEA: dificuldades na interação social, comunicação e interesses restritos e repetitivos; e TOC: preocupações e medos infundados que desencadeiam comportamentos repetitivos. **A dislexia é um transtorno de leitura que envolve problemas no processo de aprendizagem e desenvolvimento da leitura, matemática, ortografia, expressões escritas ou manuscritas, compreensão ou uso da linguagem verbal ou não verbal, descartadas as queixas de deficiência do empobrecimento cultural e dúvidas para planejar e produzir os diferentes gêneros textuais estudados, dificuldades para materializar um conceito abstrato, entre outros.**

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, com abordagens psicoterápicas e de cunho educativo e social. A escolha do tratamento mais adequado deve considerar comorbidades.

O tratamento do TDHA possui como um de seus objetivos principais habilitar as pessoas a participar de modo ativo e independente nas atividades de vida diária. A abordagem ideal combina o intervenções não medicamentosas as medicamentosas. Os possíveis eventos adversos da farmacoterapia, somados à busca por opções terapêuticas que corrijam as anormalidades do TDHA, levaram ao aumento do interesse por terapias não farmacológicas. Entre as intervenções dessa categoria aplicadas no tratamento estão: **TCC, intervenções comportamentais envolvendo familiares/responsáveis, intervenções com foco na comunicação, musicoterapia, terapias ABA e o programa de TEACCH.** Apesar de algumas terapias e técnicas terem sido

mais exploradas na literatura científica, **revisões sistemáticas reconhecem os benefícios de diversas intervenções, sem sugerir superioridade de qualquer modelo.** A escolha do método a ser utilizado no tratamento do TDHA deve ser feita de modo conjunto entre equipe e família do paciente, garantindo informações adequadas quanto ao alcance e benefícios do mesmo, favorecendo a implicação e corresponsabilidade pelo cuidado. Assim como no TDA a abordagem é não medicamentosa e voltada para intervenções educacionais, multissensoriais, não sendo indicado como treinamentos optométrico, perceptuais e de integração auditiva, e fármacos, não foram aprovados e nem são recomendados.

O tratamento farmacológico no TDHA se necessário 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. 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 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.

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 inclui outras medidas como educacionais, sociais e psicológicas. Apresenta como eventos adversos mais comumente 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. 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 e a baixa/muito baixa qualidade das evidências científicas relacionadas à eficácia e a segurança dos medicamentos em questão. Assim não há competência administrativa para sua realização já que não está incluído no SUS. Entretanto no estado de Minas Gerais o MPH de liberação imediata, é dispensado, conforme protocolos específicos em diversos municípios no CAPSi por competência municipal como Ipatinga e, em Belo Horizonte também no CEPAl, unidade da FHEMIG. Em 2024 a Câmara dos Deputados aprovou o projeto de lei 3642/2023, que incorpora o medicamento MTF no SUS, que agora tramita para apreciação pelo Senado para votação.**

**No SUS o PCDT para orientar o diagnóstico e tratamento do TDAH recomenda TCC e medicamentos, mas não recomenda a LDX ou MPH. 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. As alternativas integrantes da RENAME 2022 e disponíveis no SUS, não usadas neste paciente, 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, nortriptilina e 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.

Vale ressaltar que o relatório médico demonstra que não foram tentadas as alternativas disponíveis no SUS, nas quais há outras drogas que também são eficazes nesta doença e que não foram usadas e nem há menção aos seus efeitos colaterais.

#### **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) 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) 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).

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

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

7) 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>.

8) 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](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)

9) 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>

10) Carceres PCP, Covre P. Impacto do diagnóstico precoce e tardio da

dislexia - compreendendo esse transtorno. **Rev. psicopedag.** 2018; 35(108):296-305. Disponível em

<https://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v35n108/05.pdf>

11) Cloridrato de metilfenidato Concerta 18mg. Disponível em: <https://consultaremedios.com.br/concerta/bula>

12) Rodrigues SD, Ciasca SM. Dislexia na escola: identificação e possibilidades de intervenção. **Rev psicopedag.** 2016;33(100):86-97. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862016000100010](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862016000100010)

13) Portal da Câmara dos Deputados. Câmara aprova urgência para proposta que inclui no SUS medicamento para tratar TDAH; acompanhe · PL 4554/23, do deputado Abilio Brunini (PL-MT). Disponível em: <https://www.camara.leg.br › noticias>.

**V – DATA:**

29/04/2025

NATJUS – TJMG