

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**CÂMARA/VARA:** 3ª UJ da fazenda Pública

**COMARCA:** Belo Horizonte

#### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2025.0007694

**IDADE:** 38 anos

**Sexo:** Feminino

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** CID 10: F41.1, F84, e F90.0

**PEDIDO DA AÇÃO:** Medicamento: lisdexanfetamina 50mg e bupropiona 150mg

**FINALIDADE/INDICAÇÃO:** Tratar TDHA e ansiedade generalizada

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRM RJ 5.234.268-9, CRMMG 90.100, 101.762

#### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Solicita parecer sobre o pedido formulado na inicial

#### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatório psiquiátrico, datado de 07/12/2023, 20/12/2024, 27/11/2024, 19/02/2025, trata-se de paciente de **38 anos, com** diagnóstico de **transtorno do deficit de atenção e hiperatividade edde ansiedade generalizada**. Desde a **infância com sintomas** compatíveis com **TDHA e transtorno do espectro autista**, apresentando **dificuldade de concentração e aprendizagem, inquietação, seletividade alimentar, esteriotipias, dificuldade em lidar com estímulos, de controlar impulsos e com o comportamento social**. **Avaliação neuropsicológica confirmou diagnóstico de TDHA e TEA**, deficiências que resultam em prejuízo competitivos tenciona, dificuldade em executar tarefas, lidar com o tempo, organização e planejamento, dificuldade de controle de impulsos no comportamento social. Em **tratamento desde 2021 devido a grande impacto no cotidiano**. **Uso de metilfenidato, atomexetina, escitalopram sem melhora ou resposta significativa**. **Alegação que demais medicações litio, fluoxetina, amitriptilina clomipramina, imipramina,**

nortriptilina não são indicadas no TDHA. Iniciado Venvanse 50mg e bupropiona 150mg em 12/2024. Necessita lisdexanfetamina 50mg, e bupropiona 150mg ao dia 1 comp/dia, devido ao grande prejuízo funcional, social e econômico, com impacto no trabalho e nas atividades da vida diária. Relato de negativa do ente público.

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é descrito como um distúrbio do neurodesenvolvimento, caracterizado por um repertório de *deficits* sociais, comunicativos e comportamentais, incluindo interesses restritos, comportamentos repetitivos e estereotipados. Os sintomas e as comorbidades associados ao TEA variam em graus de severidade e se estendem desde a tenra infância até a velhice, ocasionando prejuízos no desenvolvimento e no funcionamento cotidiano do indivíduo.

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), ou transtorno hipercinetico, é um tipo de distúrbio considerado a desordem neurocomportamental mais comum na infância. 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, déficit cognitivo e comprometimento no desenvolvimento da motricidade e da linguagem. Há uma tendência a mudar de uma para outra atividade sem completar nenhuma, junto com uma atividade excessiva e desorganizada. A tríade sintomática caracteriza-se por: sintomas de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade, 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 outras atividades), promovendo prejuízo funcional significativo no desempenho escolar, ou trabalho e dificuldades afetivas nas interações sociais e atividades cotidianas, com impacto na qualidade de vida. As complicações secundárias incluem comportamento dissocial e uma perda de autoestima.

O TDAH pode se apresentar de três maneiras: com predomínio de

**desatenção** (20% a 30% dos casos); de **hiperatividade-impulsividade** (cerca de 15% dos indivíduos com TDAH); ou em apresentação combinada (entre 50% e 75% dos casos). **Com o tempo, pode haver mudança na forma de apresentação dessa condição clínica.** Geralmente os **sintomas de hiperatividade e impulsividade aparecem mais cedo (aos 3-4 anos de idade)** enquanto a **desatenção se torna mais evidente** ao iniciar o **período escolar (5-7 anos)**. Esses sintomas **tendem a persistir na vida adulta, sendo 4 vezes mais frequente nos meninos.** A literatura aponta **dados clínicos e/ou epidemiológicos informando que crianças e adolescentes com TDAH podem denotar riscos de comorbidades psiquiátricas, como depressão, ansiedade, transtorno bipolar, disruptivo, comportamento (transtorno de conduta e opositor desafiante, tiques, insônia e abuso de drogas).**

**A etiologia do TDAH e TEA continua sendo alvo de muitas pesquisas.** Há consenso de que as causas do TDAH **podem resultar de 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 **estudos genéticos envolvendo TDAH não excluem as influências culturais, familiares e exposições a eventos estressantes** (tabagismo materno na gravidez ou exposição ambiental ao chumbo). **Estudos de imagens estruturais e funcionais do cérebro, sugerem que a disfunção das regiões cingulada, frontal e parietais corticais com desequilíbrio dos sistemas dopaminérgicos e noradrenérgicos contribuem para esse mecanismo.** Parece haver **consenso neuroquímico que a dopamina e a noradrenalina participam de maneira predominante e exercem intensa influência nos**

**centros motores e na atenção**, respectivamente.

**O diagnostico destas condições é essencialmente clinico**, sem necessidade de exames laboratoriais ou de imagem, sendo conveniente a associação de uma avaliação de caráter psicossocial à investigação clinica. **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 etaria do paciente: inquietação ou desatenção maior que a esperada para sua idade**. Além disso, de acordo com os criterios do Manual de Estatistica e Diagnostico da Associação Americana de Psiquiatra (DSM-5), **o indivíduo também deve apresentar tais comportamentos antes dos 12 anos de idade, por periodo mínimo de 06 meses e em, pelo menos, dois dos contextos e a ocorrencia de pelo menos 6 dos 9 sintomas em um ou em ambos os dominios: desatenção e hiperatividade-impulsividade**. Os procedimentos adotados atualmente pelos neuropediatras entrevistados em um estudo são semelhantes entre si e, embora pautados nos criterios do DSM-IV, incluem também fatores fisicos, sensoriais, funcionamento cognitivo, entre outros.

Assim o **tratamento destes transtornos têm 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 e do TEA, dada a sua complexidade é preconizado a intervenção multimodal, com intervenções não medicamentosas (intervenções cognitivas e comportamentais) **para melhora dos sintomas, controle executivo e funcionamento ocupacional e social**. O tratamento da TDAH/TEA deve sempre envolver abordagens psicoterapicas 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** do paciente e dos cuidadores. **Conforme as agências**

**internacionais crianças e adultos com TDAH devem ser avaliados por médicos especialistas para melhor direcionamento do tratamento. Estudos relatam que a terapia medicamentosa associada a intervenções psicossociais e a maneira mais eficaz de lidar com os sintomas e prejuízos do TDAH no adulto. Entre as intervenções não medicamentosas para o TEA/TDHA estão: Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), intervenções comportamentais que envolvem familiares ou responsáveis, intervenções com foco na comunicação (verbal e/ou comunicação alternativa e aumentativa), musicoterapia, Análise do Comportamento Aplicada (Applied Behavioral Analysis, ABA) e o programa de Tratamento e Educação para Crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children, 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. Assim, a escolha do método a ser utilizado no tratamento do TEA/TDHA deve ser feita de modo conjunto entre equipe e família do paciente, garantindo informações adequadas quanto ao alcance e aos benefícios do mesmo, favorecendo a implicação e corresponsabilidade pelo cuidado.**

O tratamento farmacológico do TEA e TDHA, é eletivo, sem característica de urgência emergência e 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) (concerta, ritalina®) e o dimesilato de lisdexanfetamina (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.

Podem ser usados no TEA. 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. Na persistência dos sintomas, outras drogas atomoxetina, desipramina ou bupropiona; **antidepressivos** (imipramina, nortriptilina), nesta ordem, e **antipsicóticos**, como tioridazina ou risperidona, são úteis somente em casos específicos para controle do comportamento, especialmente no retardo mental.

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. Essas são consideradas como drogas de primeiras escolha, pois possibilitam a diminuição dos sintomas motores, impulsividade, desatenção, melhoria das interações sociais e desempenho acadêmico.

Pacientes com TDHA e condições clínicas específicas são recomendadas as seguintes alternativas como primeira linha:

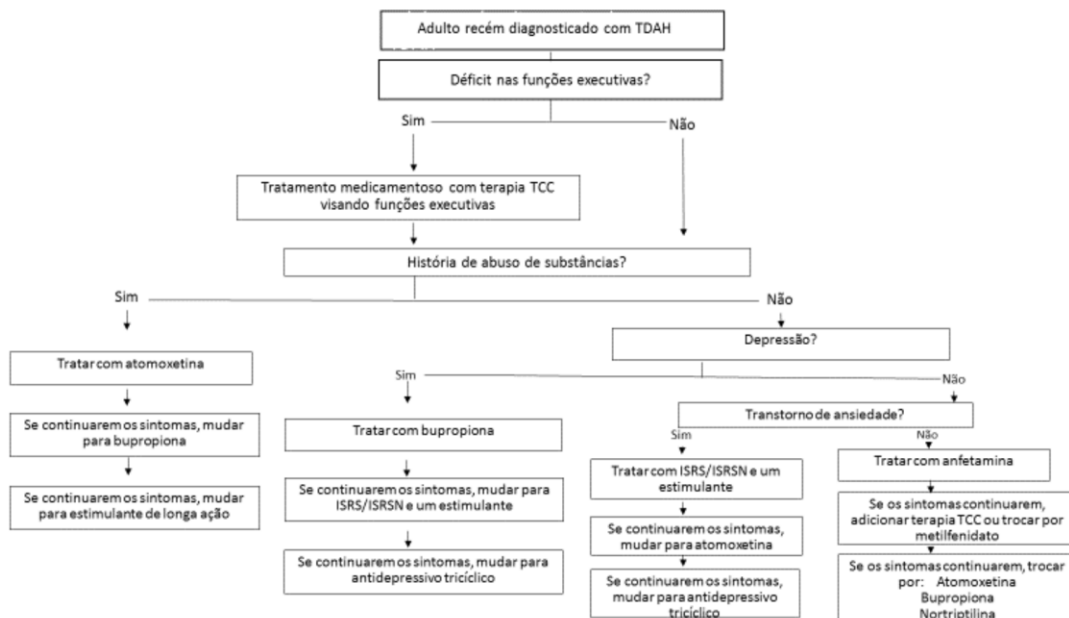
- **histórico de transtorno (abuso)** por uso de estimulantes, é recomendado a atomoxetina, eficaz para o TDAH e com pouco ou nenhum potencial de abuso.
- **transtorno ativo por uso de estimulantes, o transtorno deve ser tratado primeiro**, e a estabilização aguda deve ser alcançada antes do início da farmacoterapia para TDAH.
- **depressão concomitante, tratamento com bupropiona tem evidência de eficácia no TDAH e 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 a ocorrência da síndrome da serotonina, cujos sintomas incluem mudanças no estado mental, hipertermia e hiperatividade autonômica e neuromuscular.

- **déficits proeminentes no funcionamento executivo** (ações autodirecionadas necessárias para escolher metas e executar ações para o cumprimento dessas, como memória de trabalho, mudança de tarefa, automonitoramento, iniciar uma atividade e autoinibição). **o tratamento com anfetaminas é complementado pela TCC visando o funcionamento executivo**. A TCC pode ser usada como monoterapia ou psicoterapia.

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.

Até o momento, **os medicamentos disponíveis** para o tratamento do TEA **são voltados à redução dos sintomas associados à condição e deve ser considerado 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.**

Entre os antipsicóticos, **as diretrizes clínicas internacionais recomendam o uso de risperidona ou aripiprazol como opção terapêutica, sem que um medicamento seja considerado mais adequado, efetivo ou seguro que o outro. No Brasil apenas a risperidona e a piperazina estão indicadas no tratamento do TEA. 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.**

**No SUS os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para orientar o diagnóstico e tratamento do TDAH e TEA ainda estão em fase de definição. A psicoterapia, individual ou em grupo é ofertada. Diante da complexidade que envolve esta problemática de saúde, 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. As abordagens devem envolver ações direcionadas para o usuário e 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**

assistencia social, por exemplo). **Os serviços de saúde devem ser compostos por equipes multidisciplinares especializadas em TEA/TDAH** que possam fornecer diagnóstico, tratamento e acompanhamento adequados. Atualmente, **existem políticas governamentais que apoiam pacientes que necessitam de cuidados relacionados a saúde mental.** A **Política Nacional de Saúde Mental**, ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Alcool e outras Drogas, que define as diretrizes adotadas pelo Ministério da Saúde para organizar de forma interfederativa com municípios e estados, a promoção do cuidado integral e longitudinal as pessoas com transtornos mentais ou com problemas e necessidades pelo 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 serviços de urgência e emergência, onde estes pacientes são acolhidos. **O cuidado de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, como os com TDAH, autismo, psicoses, neuroses graves e todos que, por sua condição psíquica, sejam 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 CAPS incluindo o infantil.** O Ministério da Saúde em 2015, definiu a **Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com TEA na articulação entre os componentes e seus pontos de atenção, de modo a garantir a integralidade do cuidado e o 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 rede desenvolver as estratégias terapêuticas direcionadas ao desenvolvimento de funcionalidades, compensação de limitações funcionais; prevenção ou ao retardo de possível deterioração das capacidades funcionais.** Nos locais especializados, o paciente passa 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, sob coordenação da Rede de Cuidados à Pessoa com TEA, conforme organograma abaixo.



O LDX, produzido pela Pharmaceuticals Takeda, é um pró-fármaco e necessita de uma transformação enzimática no organismo para liberar a droga ativa, a dexanfetamina. Pode ser apresentado nas seguintes dosagens 30, 50 e 70mg. 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.

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

**CONCLUSÃO:** trata-se de trata-se de paciente de 38 anos, com diagnóstico de transtorno do deficit de atenção e hiperatividade ede ansiedade generalizada. Desde a infância com sintomas compatíveis com TDHA e transtorno do espectro autista, apresentando dificuldade de concentração e aprendizagem, inquietação, seletividade alimentar, esteriotipias, dificuldade em lidar com estímulos, de controlar impulsos e com o comportamento social. Avaliação neuropsicológica confirmou diagnóstico de TDHA e TEA, deficiências que resultam em prejuízo competitivos tenciona, dificuldade em executar tarefas, lidar com o tempo,

organização e planejamento, dificuldade de controle de impulsos no comportamento social. Em **tratamento desde 2021 devido a grande impacto no cotidiano. Uso de metilfenidato, atomexetina, escitalopram sem melhora ou resposta significativa. Alegação que demais medicações litio, fluoxetina, amitriptilina clomipramina, imipramina, nortriptilina não são indicadas no TDHA. Iniciado Venvanse 50mg e bupropiona 150mg em 12/2024. Necessita lisdexanfetamina 50mg, e bupropiona 150mg ao dia 1 comp/dia, devido ao grande prejuízo funcional, social e econômico, com impacto no trabalho e nas atividades da vida diária. Relato de negativa do ente público.**

O TEA é um distúrbio do neurodesenvolvimento, caracterizado por m repertório de *deficits* sociais, comunicativos e comportamentais, incluindo interesses restritos, comportamentos repetitivos e estereotipados. Os sintomas e as comorbidades associados ao TEA variam em graus de severidade e se estendem desde a tenra infância até a velhice, ocasionando prejuízos no desenvolvimento e no funcionamento cotidiano do indivíduo. O TDAH, é uma desordem neurocomportamental, mais comum da infância, que pode se associar ao TEA. Caracteriza-se por sintomas de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade, em diferentes contextos promovendo prejuízo funcional significativo no desempenho escolar, no trabalho com dificuldades afetivas nas interações sociais e atividades cotidianas, impactando a qualidade de vida.

O diagnóstico destes transtornos é essencialmente clínico e o tratamento requer abordagem multidisciplinar, com intervenções intersetoriais, incluindo também profissionais das áreas de saúde e educação, os pais, membros familiares e o paciente. Por isso, o tratamento deve sempre envolver abordagens psicoterápicas e de cunho educativo e social. A escolha do tratamento mais adequado deve considerar comorbidades e particularidades do caso.

Um dos objetivos principais do tratamento é habilitar as pessoas

a participar de modo ativo e independente nas atividades de vida diária. A abordagem ideal combina intervenções não medicamentosas e medicamentosas. Os possíveis eventos adversos da farmacoterapia, somados à busca por terapêuticas que corrijam as anormalidades do TDHA/TEA, levaram ao aumento do interesse por terapias não farmacológicas. Entre as intervenções dessa categoria estão: TCC, intervenções comportamentais envolvendo familiares/responsáveis, intervenções focadas na comunicação, musicoterapia, terapias ABA e 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. Deste modo, a escolha do método a ser utilizado no tratamento do TEA ou TDHA deve ser feita em conjunto entre equipe e família, garantindo informações adequadas quanto ao alcance e benefícios dos mesmos, favorecendo a implicação e corresponsabilidade pelo cuidado.

O tratamento é sintomático, não é curativo, sem relação a urgência e emergência, já que os transtornos têm características evolutivas e irreversíveis, mas com grande melhora se as devidas terapias adequadas são instituídas precocemente. No SUS os PCDT para orientar o diagnóstico e tratamento do TDAH e 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 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 ao usuário quanto para a família, exigindo organização do processo de trabalho em toda a rede de atenção a saúde, como nos demais setores envolvidos (educação e assistência social).

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.** Quando necessário, no TDAH o uso de medicamentos baseia-se **principalmente na administração de substâncias psicoestimulantes do SNC, mas que não deve ser indicado para todos os pacientes,** especialmente os com sintomas secundários a fatores ambientais e/ou outros transtornos psiquiátricos primários. Os **psicoestimulantes do SNC de curta, média e longa duração,** de escolha são as **anfetaminas, MPH e o LDX** que atuam como **agonistas indiretos neurotransmissore dopaminérgicos.** 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 (nortriptilina),** nesta ordem de opções, nem todos ainda testados pela paciente. **Pacientes com TDAH e condições clínicas específicas são recomendadas as seguintes alternativas como primeira linha no TDAH associado ao abuso atomoxetina; transtorno ativo por uso de estimulantes, o transtorno deve ser tratado primeiro; depressão , o que não é o caso da paciente, concomitante: bupropiona; transtornos de ansiedade generalizada ou social concomitantes: combinação de estimulante e um ISRS: sertralina, paroxetina, citalopram, fluoxetina, caso da paciente.**

**No Brasil a LDX está aprovada pela ANVISA no tratamento do TDHA, nas dosagens de 30,50 e 70mg, 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 com LDX 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 estão listados na RENAME, não existindo ente responsável pela distribuição dos mesmos. 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. A Conitec recomendou a não incorporação no SUS do MPH e da LDX para o tratamento do TDAH. Como a análise não apontou diferença significativa entre as duas substâncias em termos de melhora clínica, optou-se por considerar apenas a dimensão econômica para estabelecer a opção mais vantajosa para o SUS. A recomendação do Plenário considerou o elevado aporte de recursos financeiros apontado na análise de impacto orçamentário bem como a baixa/muito baixa qualidade das evidências científicas relacionadas à eficácia e a segurança dos medicamentos em questão de liberação imediata duração. Entretanto alguns Estados e Municípios, como Belo Horizonte e Itabira, dispensam o MPH de liberação imediata duração, conforme protocolos específicos nos CAPSi, para tratamento da esquizofrenia 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, para abordagem de TDAH está disponível quando associada a depressão concomitante, tratamento com bupropiona e a risperidona para o TEA.

Vale ressaltar o paciente em questão usou atomoxetina, escitalopram e MTF sem resposta, porém como apresenta ansiedade generalizada, ainda não usou todas as drogas disponíveis no SUS, referidas como inadequadas ao TDAH pela médica assistente, mas recomendadas em condições clínicas específicas são recomendadas como alternativas de primeira linha no TDHA, por exemplo combinação de estimulante e um ISRS: citalopram, fluoxetina.

#### **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.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009996.pub2/epdf/full>.

Tecnologias e Inovação em Saúde Coordenação-Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Relatório de recomendação Nº 610 Maio/2021 Dimesilato de lisdexanfetamina para indivíduos adultos com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. Brasília, 2021 71p. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/20210602\\_relatori\\_610\\_lisdexanfetamina\\_tdah\\_p\\_20-1.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/20210602_relatori_610_lisdexanfetamina_tdah_p_20-1.pdf):

4) Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria Colegiada, Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, Diretoria Adjunta da DIPRO, Diretoria de Regulação Assistencial, Gerência Geral de Assistência à Saúde. Processo Nº:33910.035910/2018-37. Nota Técnica Nº3/2021/GEAS/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO. Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-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/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp61/proposta_anexo_ii_dut_rol_2018_final_com_marcacoes_26-06-2017.pdf/view).

5) Bula da medicação Venvanse® (dimesilato de lisdexanfetamina) Shire. Farmacêutica Brasil Ltda. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_clinicas\\_cuidado\\_paciente\\_renal.pdf7](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf7).

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

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

6) Catala-Lopez F, Hutton B, Nuñez-Beltran. A, Page MJ, Ridao M, Saint-Gerons DM, Catalá MA. The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. **PLoS ONE**. 2017;12(7): e0180355. Disponível em: <https://journals>.

[plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0180355](https://plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0180355).

7) Bukstein O. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical features, course, assessment, and diagnosis. Up-To-date. Literature review: Mar 2023. This topic last updated: Apr 07, 2022.

Disponível em: [https://www-medilib.ir.translate.googleusercontent.com/uptodate/show/1232?\\_x\\_r\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=pt&\\_x\\_tr\\_hl=pt-BR&\\_x\\_tr\\_pto=sc](https://www-medilib.ir.translate.googleusercontent.com/uptodate/show/1232?_x_r_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt-BR&_x_tr_pto=sc).

8) Krull RK, Chan E. Pharmacology of drugs used to treat attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. Up-To-Date. Literature review: Mar 2023. This topic last updated: Mar 09, 2023. Disponível em:

<https://www.medilib.ir/uptodate/show/621>.

9) Hennissen L, Bakker MJ, Banaschewski T, Carucci S, Coghill D, Danckaerts M, Dittmann RW, Hollis C, Kovshoff H, McCarthy S, Nagy P, Sonuga-Barke E, Wong IC, Zuddas A, Rosenthal E, Buitelaar JK; ADDUCE consortium. Cardiovascular effects of stimulant and non-stimulant medication for children and adolescents with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of trials of methylphenidate, amphetamines and atomoxetine. **CNS Drugs**. 2017;31(3):199-215. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5336546/pdf/40263\\_2017\\_Article\\_410.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5336546/pdf/40263_2017_Article_410.pdf)

pdf

10) Taipale H, Bergström J, Gèmes K, Tanskanen A, Ekselius L, Mittendorfer-Rutz E, Helgesson M. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medications and Work Disability and Mental Health Outcomes. **JAMA Netw Open**. 2024;7(3):e242859.

Disponível em

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10955386/?report=printable>

11) 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>.

12) 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.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009996.pub2/epdf/full>.

13) Barros-Neto SG, Brunoni D, Cysneiros RM. Abordagem psicofarmacológica no transtorno do espectro autista: uma revisão narrativa. **Cad Pos-Grad Distúrb Desenvolv.** 2019;2:38-60. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-03072019000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-03072019000200004).

14) 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:**

08/05/2025

NATJUS – TJMG