



**1mg/ml, 01 ml/noite, e aripiprazol, aristab®, 10mg, 01 comp/dia, de uso contínuo. Para diminuição dos sintomas, já que se trata de quadro crônico. A ausência da medicação pode levar grave comprometimento da saúde, prejuízo na aprendizagem e socialização e prejuízo no respeito às normas sociais. Em agosto/2024, teve negativas parcial do fornecimento das medicações pelas Secretarias Municipal de Saúde de Ubá e Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais, sob a alegação que o metilfenidato e o aripiprazol não fazem parte das listas das Relações de Medicamentos Essenciais Municipal de Ubá (REMUNE), do Estado de Minas Gerais (REMEMG) e Nacional (RENAME). Entretanto a risperidona antipsicótico atípico é dispensado pelo SUS por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, estando disponível via farmácia municipal.**

O Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), também chamado de transtorno hiperativo, é um tipo de distúrbio considerado a desordem neurocomportamental mais comum na infância que ocorre no desenvolvimento do sistema nervoso. É uma comorbidade bastante frequente em criança com transtorno do espectro autista (TEA). Embora seja mais comum na infância, pode estar presente na idade adulta, e tem como características mais comuns a apresentação de falta de persistência em tarefas que exigem envolvimento cognitivo, com déficit cognitivo e comprometimento no desenvolvimento da motricidade e da linguagem. Há uma tendência a mudar de uma para outra sem completar nenhuma, junto com uma atividade excessiva e desorganizada. A tríade sintomática caracteriza-se por: sintomas de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade, que é mais frequente e grave do que o normal para a idade dessa criança ou adolescente, em diferentes contextos (casa, escola, trabalho, com amigos, familiares ou em outras atividades), promovendo um prejuízo funcional significativo no desempenho escolar, ou no trabalho e dificuldades afetivas nas interações sociais e atividades cotidianas, com impacto na qualidade de

vida. As complicações secundárias incluem comportamento dissocial e uma perda de autoestima.

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

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

**noradrenérgicos 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 Psiquiatria (**DSM-5**), o indivíduo também deve apresentar tais **comportamentos antes dos 12 anos de idade, por um período mínimo de seis meses e em, pelo menos, dois dos contextos e a ocorrência de pelo menos seis dos nove sintomas em um ou em ambos os domínios: desatenção e hiperatividade-impulsividade.** Os procedimentos adotados atualmente pelos neuropediatras entrevistados em um estudo são semelhantes entre si e, embora pautados nos critérios do DSM-IV, expandem a investigação e incluem fatores físicos, sensoriais, funcionamento cognitivo, entre outros.

**O transtorno opositivo desafiador (TOD) é um transtorno que se caracteriza por um padrão recorrente de comportamento negativo, desafiante e desobediente com frequência direcionado contra figuras de autoridade. O atributo essencial desse transtorno é um estilo interpessoal caracterizado por irritabilidade e desafio. A prevalência em crianças e adolescentes pode chegar a 15%. Antes da puberdade o número de meninos afetados é maior do que o das meninas, e após a puberdade esta diferença fica menor. É diagnosticado somente se os**

comportamentos persistirem por seis meses ou mais e forem suficientemente sérios a ponto de interferir no desempenho social ou acadêmico. As causas são desconhecidas, entretanto, este transtorno indica a presença de problemas subjacentes que podem exigir mais investigação e tratamento **como disfunção familiar ou TDAH.**

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

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

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

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

O tratamento é multimodal e deve envolver o paciente, a família, a escola e a comunidade. Identificar e tratar comorbidades (como TDAH, depressão e ansiedade) e fatores de risco modificáveis (como bullying e dificuldades de aprendizagem). O tratamento também pode variar com

**base no fato do comportamento de oposição ocorrer principalmente em contextos específicos ou se é generalizado e, portanto, requer um tratamento mais intensivo. O tratamento de primeira linha são as intervenções psicossociais. Às vezes, os medicamentos são utilizados para tratar transtornos de agressividade, depressivos ou de ansiedade. Sem tratamento, a criança tem uma chance maior de desenvolver um distúrbio comportamental mais grave o transtorno de conduta. Assim, agir sobre os sintomas quando eles aparecem pela primeira vez pode minimizar o sofrimento para o paciente e para a família, além de evitar problemas associados ao transtorno. Mesmo sem tratamento, a maioria das crianças melhora aos poucos com o passar do tempo.**

**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. A abordagem ideal combina o intervenções não medicamentosas as medicamentosas no TDHA e as vezes no TOD a medicamentosa. 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 do TOD e TDHA estão: Terapia cognitivo comportamentais (TCC), intervenções comportamentais que envolvem familiares ou responsáveis, terapia em grupo, intervenções com foco na reforço de habilidades, comunicação, musicoterapia, terapias ABA e o programa de TEACCH. Não existe uma evidencia científica de superioridade de uma técnica em relação a outra. Assim no TDHA a escolha do método a ser utilizado deve ser feita de modo conjunto entre a equipe e a família do paciente, garantindo informações adequadas quanto ao alcance e aos benefícios do mesmo, favorecendo a implicação e corresponsabilidade pelo cuidado. A terapia cognitivo comportamental (TCC) é um termo genérico que contempla varias abordagens do modelo cognitivo comportamental. As técnicas da TCC**

possibilitam que o paciente (criança ou adulto) seja capaz de reestruturar suas crenças a partir de perspectivas mais adaptativas, suprimindo ou amenizando os comportamentos condicionados, mal adaptativos e modificando suas crenças, pensamentos, emoções e, conseqüentemente, suas sensações. Com isso, espera-se desenvolver habilidades comportamentais que podem perdurar por toda a vida. As técnicas utilizadas para o tratamento do TDAH podem ser divididas didaticamente em cognitivas e comportamentais, embora na prática, ambas sejam utilizadas de forma complementar. Dentre as **técnicas cognitivas mais utilizadas, destacam-se: reestruturação cognitiva, solução de problemas, diálogo interno, treinamento de autocontrole, autorreforço e treino de autoinstrução.** Já dentre as **técnicas comportamentais, destacam-se: automonitoramento e autoavaliação, sistema de recompensas, sistema de fichas, custo de resposta, punições, tarefas de casa, modelagem, dramatizações, além de treinamento de comunicação social, planejamento e cronogramas.** As intervenções comportamentais são a forma de tratamento psicológico mais bem estabelecido, recomendado e amplamente utilizado. O gerenciamento de contingências ocorre por meio da análise funcional do comportamento, que possibilita ao paciente dar sentido aos seus sintomas por meio da identificação dos estímulos que mantêm a frequência desses comportamentos. **A psicoeducação visa proporcionar, tanto ao paciente quanto à família, informações compartilhadas de maneira compreensível sobre o diagnóstico do TDAH, os sintomas, tratamento e o ensino de estratégias compensatórias, capacitando-os a lidar com o transtorno, facilitando assim o processo de mudanças comportamentais.** Essa aprendizagem é efetiva e se estende para além do período de tratamento. Na vida adulta e na fase infanto-juvenil, a literatura atual mostra que a TCC associada a medicamentos quando comparada ao uso de medicamentos isolados é superior ao controle de sintomas de TDAH autorreferidos, assim como diminuição nos níveis de ansiedade

autorrelatados e uma tendência a ter menor depressão autorreferida. Esses dados apoiam a hipótese de que a TCC para adultos com TDAH com sintomas residuais é uma abordagem de tratamento da próxima etapa viável, aceitável e potencialmente eficaz, digna de mais testes. Já no TOD técnicas de controle do comportamento, que incluem a abordagem disciplinar consistente e reforço adequado do comportamento desejado (com recompensas). Pais e professores podem ser instruídos nessas técnicas pelo terapeuta da criança. **Terapia de família e em grupo podem ajudar crianças a melhorar suas habilidades sociais.** Entretanto, 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 psicoterapicas e de cunho educativo e social. Conforme as agencias internacionais crianças e adultos com TDAH devem ser avaliados por médicos especialistas para melhor direcionamento do tratamento, que consiste em intervenção psicossocial e tratamento medicamentoso. **A escolha do tratamento mais adequado deve considerar comorbidades**, como epilepsia, síndrome de Tourette e outras desordens, o perfil de efeito adverso, potencial para abuso de drogas e preferências da criança e dos cuidadores. Estudos relatam que a terapia medicamentosa associada a intervenções psicossociais é a maneira mais eficaz de lidar com os sintomas e prejuízos do TDAH.

**No SUS os Protocolos Clinicos e Diretrizes Terapeuticas (PCDT) para orientar o diagnostico e tratamento do TDAH ainda está em fase de definição.** Diante da complexidade que envolve a 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, **assim como TOD**. Atualmente, **existem políticas governamentais que apoiam pacientes que necessitam de cuidados relacionados a saúde mental**. A **Política Nacional de Saúde Mental** é uma ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Alcool e outras Drogas, que define as diretrizes adotadas pelo Ministério da Saúde para organizar de forma interfederativa com municípios e estados, a promoção do cuidado integral e longitudinal as 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, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida**, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial, **é realizado gratuitamente nos serviços especializados Centros de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi)**. O Ministério da Saúde em 2015, definiu a **Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Sofrimento Mental (TDHA e TOD)** na articulação entre os componentes e seus pontos de atenção **é central para a garantia da integralidade do cuidado e do acesso regulado** a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, **observadas as especificidades inerentes e**

indispensáveis à garantia da equidade na atenção de seus usuários. Cabe a esta rede desenvolver as estratégias terapêuticas direcionadas ao desenvolvimento de funcionalidades e à compensação de limitações funcionais, assim como à prevenção ou ao retardo de possível deterioração das capacidades funcionais. Nos locais especializados, o paciente será avaliado biopsicossocial com equipe multiprofissional a fim de estabelecer o diagnóstico funcional, identificar as potencialidades e necessidades do paciente, de sua família e seu contexto de vida. Todos estes fatores servem de base para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

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

- histórico de transtorno (abuso) por uso de estimulantes, atomoxetina que é eficaz para o TDAH e tem pouco ou nenhum potencial de abuso.
- transtorno ativo por uso de estimulantes, o transtorno deve ser tratado primeiro, e a estabilização aguda deve ser alcançada antes do início da farmacoterapia para TDAH.

- **depressão concomitante, a bupropiona** tem evidência de eficácia no TDAH e na depressão, devendo ser limitada ou evitada a **polifarmácia**
- **transtornos de ansiedade generalizada ou social concomitantes, o combinação de estimulante e inibidor seletivo da recaptção 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 SNC, normalmente relacionada a fármacos. Os sintomas podem incluir mudanças no estado mental, hipertermia e hiperatividade autonômica e neuromuscular).
- **déficits proeminentes no funcionamento executivo** (ações auto direcionadas necessárias para escolher metas e executar ações para o cumprimento dessas metas: memória de trabalho, mudança de tarefa, automonitoramento, iniciar uma atividade e autoinibição), **usar anfetaminas, complementada pela TCC visando o funcionamento executivo**, usada como monoterapia em pacientes internados para os quais os medicamentos são contraindicados ou psicoterapia.

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

**Os psicoestimulantes apresentam efeitos colaterais, mas em sua maioria são leves, de curta duração e reversíveis com ajustes na dose ou no seu intervalo, sendo semelhante com MPH e LDX.** Os mais **comuns incluem supressão do apetite, baixo crescimento ou perda de peso na infância, distúrbios do sono, nervosismo, habilidade emocional e retraimento social.** O risco de psicose é maior com LDX do que com MPH e de tiques maior com MPH, mas **nenhum destes efeitos são considerados**

**contra-indicação absoluta ao uso destas drogas. O MPH e o LDX são consideradas como drogas de primeiras escolha que possibilitam a diminuição dos sintomas motores, impulsividade e desatenção, bem como melhoria das interações sociais e desempenho acadêmico. O MPH é recomendado como primeira escolha para TDAH, devido ao maior número de estudos clínicos. Outras drogas como antidepressivo: imipramina, nortriptilina, atomoxetina, desipramina ou bupropiona e antipsicóticos: tioridazina ou risperidona, são úteis em casos específicos para controle do comportamento, especialmente quando há retardo mental.**

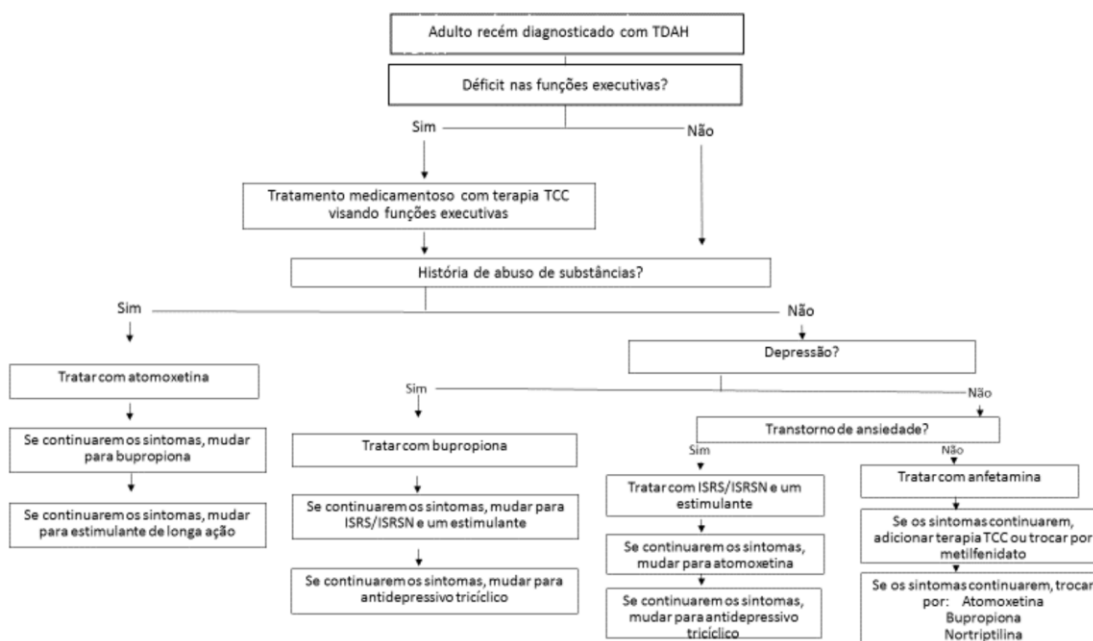
**O PCDT do SUS para orientar o diagnóstico e tratamento do TDAH recomenda TCC e medicamentos, mas não recomenda a LDX ou MPH. Quanto às alternativas integrantes da RENAME 2022 e disponíveis no SUS, estão disponíveis antidepressivos tricíclicos, especialmente a nortriptilina e a amitriptilina e antipsicóticos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

O fluxograma abaixo resume a abordagem terapêutica

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

em Belo Horizonte.

No TOD, os agentes farmacológicos são geralmente reservados para casos em que comportamentos agressivos e perturbadores não



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

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

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

O MPH Ritalina® está aprovada pela ANVISA no tratamento do TDHA. Tem como principais efeitos colaterais diminuição do apetite, insônia, cefaleia, boca seca, náusea, infecções, tontura insônia, febre, tosse. É formulado para liberar 100% do seu princípio ativo, o cloridrato de metilfenidato, de uma maneira controlada, por um período de 10 horas. Sua biodisponibilidade absoluta com concentrações plasmáticas máximas de aproximadamente 40 nmol/L (11 ng/mL) são obtidas em média 1 a 2 horas após a administração. Os efeitos colaterais das apresentações de liberação lenta ou rápida são os mesmos já que se trata da mesma droga. Seu uso prolongado por mais de 4 semanas não foi

sistematicamente **avaliado em estudos controlados, estando relacionado a redução no crescimento** (ganho ponderal e/ou estatural) e início ou **exacerbação de tiques verbais e motores. Não está listado na RENAME. 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 a 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.** Entretanto no estado de Minas Gerais o MPH de liberação imediata, é dispensado, conforme protocolos específicos em diversos municípios no Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) , em Belo Horizonte também no Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI), unidade da FHEMIG.

O aripiprazol Arpejo® é um medicamento da classe dos antipsicóticos atípicos que atua no tratamento de esquizofrenia e transtorno bipolar. Embora já se saiba que a ação dos antipsicóticos de envolva o bloqueio de receptores dopaminérgicos (principalmente D2) e

também de serotonina, ainda não se sabe ao certo qual a ação do aripiprazol no organismo. **Apesar de observações de pesquisas mostrarem que o aripiprazol pode ajudar a conter sintomas do autismo como a agressividade; hiperatividade; irritabilidade; impulsividade, seu uso nesse sentido ainda não consta na bula. Conforme sua bula também não há indicação aprovada para o seu uso em pacientes pediátricos, no autismo ou TOD.**

**CONCLUSÃO:** trata-se de criança de **07 anos, em tratamento por TDHA e TOD. Apresenta quadro de desatenção, desregulação do humor, impulsividade, inquietude, comportamento opositor em relação as normas sociais e desafiador em relação aos adultos. Tentativa do uso de outros psicofármacos há três anos, assim como da risperidona genérica por 2 meses, não obtendo resultados, cursando com piora no quadro da criança. Os psicofármacos disponíveis no SUS não são indicados no tratamento do paciente, como antidepressivos e outro antipsicóticos. Solicitado metilfenidato, ritalina®, 10mg, 02 comp/dia, risperidona, risperidon®, 1mg/ml, 01 ml/noite, e aripiprazol, aristab®, 10mg, 01 comp/dia, de uso contínuo, para diminuição dos sintomas, já que se trata de quadro crônico. A ausência da medicação pode levar grave comprometimento da saúde, prejuízo na aprendizagem e socialização e prejuízo no respeito às normas sociais. Em agosto/2024, teve negativas parcial do fornecimento das medicações pelas Secretarias Municipal de Saúde de Ubá e Estadual de Saúde de Minas Gerais, sob a alegação que o metilfenidato e o aripiprazol não fazem parte das listas das REMUNE, REMEMG e RENAME. Entretanto a risperidona antipsicótico atípico é dispensado pelo SUS por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, estando disponível via farmácia municipal.**

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

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

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

trata-se de tratamento por equipe interdisciplinar de alta intensidade foca em promover o ensino de novas habilidades e ajudar a lidar com comportamentos desafiadores, o que podem ser tanto comportamentos de crises quanto aqueles que colocam em risco a integridade física, como agressão e autoagressão para promover uma melhor qualidade de vida para a pessoa. Já no TOD técnicas de controle do comportamento, que incluem a abordagem disciplinar consistente e reforço adequado do comportamento desejado (com recompensas). Pais e professores podem ser instruídos nessas técnicas pelo terapeuta da criança. **Terapia de família e em grupo podem ajudar crianças a melhorar suas habilidades sociais.** Apesar de algumas terapias e técnicas terem sido mais exploradas na literatura científica, **revisões sistemáticas reconhecem os benefícios de diversas intervenções, sem sugerir superioridade de qualquer modelo.** Deste modo, a escolha do método a ser utilizado no tratamento 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. O tratamento farmacológico no TDHA e quando necessário no TOD é eletivo, sem característica de urgência emergência e sintomático e não curativo, já que este transtorno tem características evolutivas e irreversível, mas com grande melhora se as devidas terapias adequadas são instituídas precocemente.

No TDHA, este tratamento, **baseia-se principalmente no uso de substâncias psicoestimulantes do SNC de curta, média e longa duração, como as anfetaminas, MPH (ritalina®) e o LDX que atuam como agonistas indiretos desses neurotransmissores.** Assim, para a maioria dos adultos e crianças com TDAH sem comorbidades, a primeira linha de tratamento são as anfetaminas, em vez de outros medicamentos ou TCC. Na persistência dos sintomas substituir por MPH, constituindo a segunda linha, atomoxetina, bupropiona, ou antidepressivos tricíclicos (como nortriptilina, imipramina), nesta ordem de opções, sendo a imipramina

disponível no SUS. Pacientes com TDHA e condições clínicas específicas são recomendadas as seguintes alternativas como primeira linha no TDHA associado ao abuso atomoxetina; transtorno ativo por uso de estimulantes, o transtorno deve ser tratado primeiro; depressão concomitante: bupropiona; transtornos de ansiedade generalizada ou social concomitantes: combinação de estimulante e um ISRS – sertralina, paroxetina, citalopram, fluoxetina, transtorno opositor psicótico atípico como a risperidona.

No TOD, os agentes farmacológicos são normalmente reservados para os comportamentos agressivos e perturbadores não podem ser gerenciados apenas pelas intervenções psicossociais. O tratamento de comorbidades é primordial e deve ser a primeira opção considerada, e a carga potencial dos efeitos colaterais deve ser cuidadosamente considerada. Objetivos claros de tratamento devem ser identificados antes do início da farmacoterapia, e os efeitos adversos devem ser discutidos com o paciente e membros da família e avaliados regularmente no acompanhamento. Agentes farmacológicos no ambiente agudo devem ser avaliados caso a caso. Em casos de desregulação emocional comorbidade grave ou agressão grave, um antipsicótico atípico pode ser adicionado. A risperidona (riseridon®) tem a melhor evidência de boa qualidade para controle de comportamentos agressivos, sendo considerada droga de primeira escolha, seguida pelo aripiprazol (arpejo®). No Brasil apenas a risperidona e a piperazina estão indicadas no tratamento do controle do comportamento como agressão. O uso do aripiprazol, nesta condição é considerado off label e inclusive não é recomendado para o uso em crianças. Embora tenha sido observado que a quetiapina alivia a agressão, sua ampla gama de efeitos colaterais a torna uma escolha menos favorável do que outros antipsicóticos atípicos. Se a agressão continuar sem ser controlada, um estabilizador de humor pode ser considerado após uma avaliação completa. No entanto, as evidências para o uso de lítio, carbamazepina e lamotrigina não são

robustas. Estimulantes, incluindo o MTF, são úteis em casos de TDAH comorbido, e não estimulantes como atomoxetina, guanfacina e clonidina também têm efeitos benéficos.

No SUS o PCDT para orientar o diagnóstico e tratamento do TDAH recomenda TCC e medicamentos, mas não recomenda a LDX ou MPH. Quanto às alternativas integrantes da RENAME 2022 e disponíveis no SUS, estão disponíveis antidepressivos tricíclicos, especialmente a nortriptilina, amitriptilina, imipramina e antipsicóticos como a risperidona. Estudos controlados confirmam a superioridade de antidepressivos tricíclicos, especialmente a desipramina e em menor grau, a imipramina, a nortriptilina e a amitriptilina no tratamento do TDAH, apesar de sua eficácia ser inferior àquela observada com as medicações de primeira linha. No TDHA antipsicóticos como a risperidona são úteis somente em casos específicos para controle do comportamento, especialmente quando há retardo mental estando também indicada no TEA. Alguns estados e municípios, dispensam o MPH, conforme protocolos específicos nos Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), para tratamento da esquizofrenia Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI), unidade da FHEMIG, em Belo Horizonte e na Policlínica Municipal de Ipatinga.

Vale ressaltar que em relação a risperidona genérica e o risperidona da apresentação comercial risperidon, não se pode falar de ineficácia de uma em relação a outra, pois se trata da mesma droga, e as evidências científicas demonstram que são o mesmo, sal, mesma, dosagem com os mesmos efeitos previsto.

#### **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) 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=S1519-030720190002\\_00004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-030720190002_00004)

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

12) Novartis Biociências S.A. Cloridrato de metilfenidato Ritalina. Disponível em: <https://portal.novartis.com.br/medicamentos/wp-content/uploads/2021/11/Bula-RITALINA-Capsula-Dura-de-Liberacao-Prolongada-Comprimido-Medico.pdf>

13) EMS S.A. Arpejo (aripripazol). Disponível em: [https://img.drogasil.com.br/raiadrogasil\\_bula/Arpejo.pdf](https://img.drogasil.com.br/raiadrogasil_bula/Arpejo.pdf)

#### **V – DATA:**

26/02/2025

NATJUS – TJMG