



O Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), também chamado de transtorno hipercinético, é um tipo de distúrbio considerado a desordem neurocomportamental mais comum na infância que ocorre no desenvolvimento do sistema nervoso. 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 contribuam para esse mecanismo.** Parece haver um consenso neuroquímico que tanto a dopamina e a noradrenalina participam de maneira predominante e exercem intensa influência nos centros motores e na atenção, respectivamente.

**Seu diagnóstico é essencialmente clínico**, sem necessidade de recorrer a exames laboratoriais ou de imagem, sendo conveniente a associação de uma avaliação de caráter psicossocial à investigação clínica. **Baseia-se na história e avaliação funcional completa da criança**, não apenas em uma ou mais características evidentes da doença, bem como em **critérios operacionais clínicos claros e bem definidos.** Para que os tipos de comportamento sejam considerados sintomas, eles devem, entre outras coisas, **ser atípicos para a faixa etária do paciente**, ou seja, o indivíduo precisa ser muito mais inquieto ou desatento do que o esperado

para sua idade. Além disso, de acordo com os critérios do Manual de Estatística e Diagnóstico da Associação Americana de 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.

**Seu tratamento 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. Os possíveis eventos adversos da farmacoterapia, aliados 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 estão: Terapia cognitivo comportamentais (TCC), intervenções comportamentais que envolve família 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 a escolha do método a ser utilizado deve ser feita de modo conjunto entre equipe e família, garantindo informações adequadas quanto ao alcance e 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 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 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. Assim, 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 o Protocolo Clinico 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.** 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 Ministerio da Saude, por meio da Coordenaco-Geral de Saude Mental, Alcool e outras Drogas, que define as diretrizes adotadas pelo Ministerio da Saude para organizar de forma interfederativa com municipios e estados, a promoco do cuidado integral e longitudinal as pessoas com transtornos mentais ou com problemas e necessidades em decorrncia do uso de substancias psicoativas, como alcool, cocaina, crack e outras drogas. A Rede de Atenco Psicossocial (**RAPS**) **preve a porta de entrada para o cuidado em saude mental pela Atenco Primaria a Saude, os CAPS e os servicos de urgncia e emergencia, onde as pessoas sao acolhidas, sejam elas referenciadas ou por demanda espontanea. O cuidado de crianas e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, como os pacientes com TDAH, autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condio psiquica, esto impossibilitados de manter ou estabelecer laos sociais e realizar projetos de vida, seja em situao de crise ou nos processos de reabilitaco psicossocial,  realizado gratuitamente nos servicos especializados Centros de Atenco Psicossocial infantil (CAPSi).** O Ministrio da Saude em 2015, definiu a **Rede de Cuidados à Saude da Pessoa com Sofrimento Mental na articulao entre os componentes e seus pontos de ateno  central para a garantia da integralidade do cuidado e do acesso regulado a cada ponto de ateno e/ou aos servicos de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensveis à garantia da equidade na ateno de seus usurios. Cabe a rede desenvolver estratgias teraputicas direcionadas ao desenvolvimento de funcionalidades e à compensaco de limitaoes funcionais, assim como à preveno ou retardo de possvel deterioraco das capacidades funcionais. Nos locais especializados, o paciente ser avaliado biopsicossocial com equipe multiprofissional a fim de estabelecer o diagnstico funcional, identificar as potencialidades e necessidades do paciente, de sua famlia e seu contexto de vida. Todos estes fatores servem de base para a elaboraco do Projeto Teraputico 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 2ª linha: atomoxetina, bupropiona, ou antidepressivos tricíclicos (como nortriptilina), nesta ordem de opções. Pacientes com TDHA e condições clínicas específicas são recomendadas as seguintes alternativas são 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, evitar a polifarmácia

- transtornos de ansiedade generalizada ou social concomitantes, o combinação de estimulante e 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, que pode 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

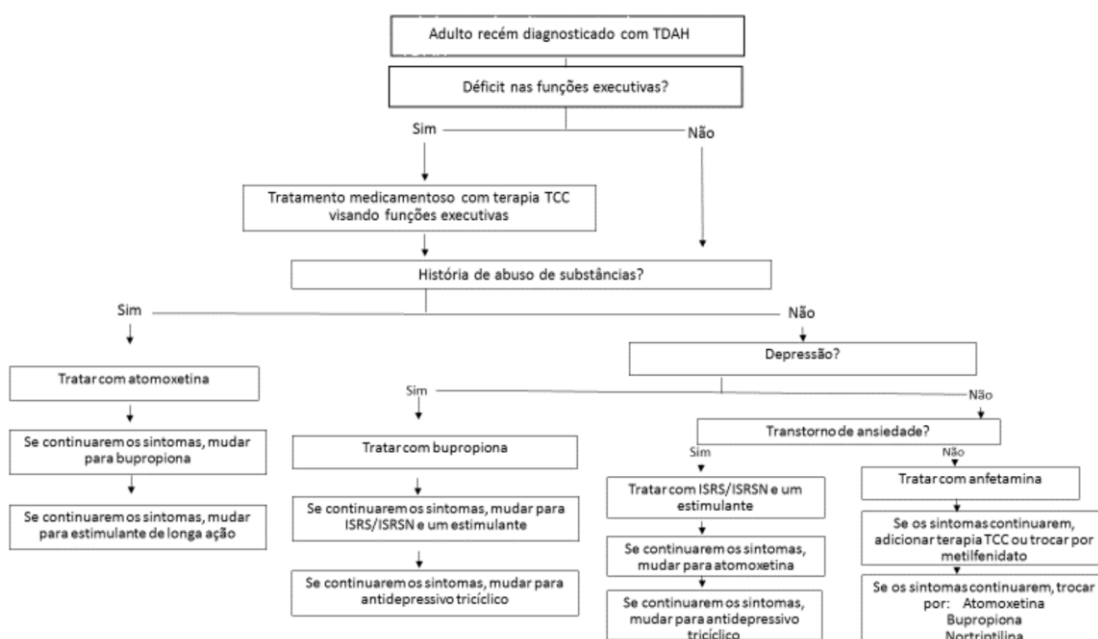
cumprimento dessas metas: memória de trabalho, mudança de tarefa, automonitoramento, iniciar uma atividade e autoinibição), **usar anfetaminas, complementada pela TCC visando o funcionamento executivo**, usada como monoterapia em pacientes internados para os quais os medicamentos são contraindicados 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, ou educacionais e outros para todas as atividades, ou de estimulantes por período limitado de tempo, enquanto outros podem precisar deles indefinidamente.

- **antipsicóticos: tioridazina ou risperidona, são úteis em casos específicos para controle do comportamento, especialmente quando há retardo mental.**

O fluxograma abaixo resume a abordagem terapêutica

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



**A risperidona é um antipsicótico fornecida pelo SUS no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no tratamento de condições específicas, como esquizofrenia, transtorno bipolar e comportamentos agressivos, associados ao autismo ou TDAH. Tem a melhor evidência de boa qualidade para controle de comportamentos agressivos, sendo considerada droga de primeira escolha, seguida pelo aripiprazol. Há evidências de boa qualidade do benefício da associação de antipsicótico no controle de sintomas comportamentais. A risperidona apresenta efeito de moderado a alto no manejo do comportamento de oposição, problemas de conduta e agressividade em jovens com TDAH como no caso em tela, sendo a primeira escolha nestes pacientes, seguida pelo aripiprazol. 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 lamotrigina, lítio, carbamazepina não são robustas. No Brasil apenas a risperidona e a piperazina estão indicadas no controle do comportamento.**

**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, nortriptilina e amitriptilina e antipsicóticos como a risperidona, ISRS (sertralina, paroxetina, citalopram, fluoxetina); ISRSN inibidor seletivo de recaptação da serotonina-norepinefrina, apesar de sua eficácia ser inferior àquela observada com as medicações de primeira linha. No TDHA com alteração do comportamento e agressividade antipsicóticos, como a risperidona são úteis, especialmente para controle do comportamento, e com destaque se 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 FHEMIG, em Belo Horizonte.**

**CONCLUSÃO:** trata-se de paciente de 26 anos, em acompanhamento com psiquiatra no SUS, com retardo mental moderado com alterações de comportamento e TDHA combinado. Apresenta atraso do DNPM sem causa definida, baixo limiar de frustração, com respostas disruptivas e comportamento agitado e agressivo, envolvimento em conflitos corporais com o irmão, alterações de comportamento, atraso intelectual e escolar, baixo repertório mental, dificuldade de se auto-gerenciar. Fez uso de carbamazepina sem resposta, haloperidol e periciazina com efeito colateral. Impedimento ao uso de clorpromazina e tioridazina não atende necessidades do paciente. Uso de risperidona, ácido valpróico e biperideno com controle do caso sem efeitos colaterais. Necessita manter Risperidona 2 mg a noite para controle do caso.

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. .

Seu diagnóstico é essencialmente clínico e o tratamento requer abordagem multidisciplinar, com intervenções intersetoriais, incluindo também profissionais das áreas de saúde e educação, os pais, membros familiares e o paciente. 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 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 envolvendo família ou responsáveis, intervenções com foco na comunicação, musicoterapia, terapias ABA e o programa de TEACCH. 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 benefícios do mesmo, favorecendo a implicação e corresponsabilidade pelo cuidado.

O tratamento farmacológico se necessário é eletivo, sem característica de urgência emergência, sintomático e não curativo, já que o TDAH tem características evolutivas e irreversível, mas com grande melhora quando as devidas terapias adequadas são instituídas precocemente. Baseia-se principalmente no uso de 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 pacientes 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 tratar primeiro; depressão concomitante: bupropiona; transtornos de ansiedade generalizada ou social concomitantes: combinação de estimulante e um ISRS – sertralina, paroxetina, citalopram, fluoxetina, transtorno atípico ou agressivo risperidona.

A risperidona é um antipsicótico fornecida pelo SUS no CEAF no tratamento de condições específicas, como esquizofrenia, transtorno bipolar e comportamentos agressivos, associados ao autismo ou TDAH. Tem a melhor evidência de boa qualidade para controle de comportamentos agressivos, sendo considerada droga de primeira escolha, seguida pelo aripiprazol. No Brasil apenas a risperidona e a piperazina estão indicadas no tratamento do controle do comportamento como agressão. Caso a agressão continue sem controle, 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 LDX e MTF, são úteis em casos de TDAH comorbido. A risperidona está disponível no SUS.

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 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 também em casos específicos para controle do comportamento, especialmente quando há retardo mental como neste caso.

Não existe solicitação de procedimento não contemplado pelo SUS, que requeira avaliação de indicação, imprescindibilidade,

substituição ou não pelo NATJUS, mas necessidade de melhor gestão de fluxos, competência do gestor de saúde local o Município de Belo Horizonte, já que a risperidona é disponível no SUS no CEAF e tem indicação como terapia de 1ª linha no distúrbio como do caso em tela.

#### **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) 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>.

5) 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>.

6) 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>

#### **V – DATA:**

15/06/2026

NATJUS – TJMG