



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



SUPERINTENDÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE DE GOIÁS
GERÊNCIA DE PESQUISA E INOVAÇÃO
Coordenação de Avaliação de Tecnologias em Saúde

1

NOTA TÉCNICA*

Evidências clínicas para processos judiciais

*O texto é para uso integral pelos membros de NAT-JUS em suas Notas Técnicas, sem necessidade de citação da autoria deste texto.

CLORIDRATO DE METILFENIDATO COMPARADO AOS MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NO SUS PARA TRATAMENTO DE TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE

BARBOSA, Aurelio de Melo¹

1. Fisioterapeuta, Mestre, professor na Universidade Estadual de Goiás, pesquisador de ATS na Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Candido Santiago” da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, aurelio.barbosa@goias.gov.br ou aurelio.barbosa@ueg.br.

GLOSSÁRIO DE ABREVIATURAS E ACRÔNIMOS

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

ATS: avaliação de tecnologias em saúde.

CONITEC: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde.

PCDT: Protocolo(s) Clínico(s) e Diretriz(es) Terapêutica(s).

RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

RR: razão de risco ou risco relativo.

SMD: *Standard mean difference* ou diferença média padronizada.

SUS: Sistema Único de Saúde.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



**SUPERINTENDÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE DE GOIÁS
GERÊNCIA DE PESQUISA E INOVAÇÃO
Coordenação de Avaliação de Tecnologias em Saúde**

2

TRANSTORNO DE SAÚDE

CID:

F90.0 – Distúrbios da atividade e da atenção.

Diagnóstico:

Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH).

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s):

Não se aplica.

DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA

Tipo da Tecnologia:

Medicamento.

Registro na ANVISA?

Sim

Situação do registro:

Válido

Nome comercial:

Ritalina®. Concerta®.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



**SUPERINTENDÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE DE GOIÁS
GERÊNCIA DE PESQUISA E INOVAÇÃO
Coordenação de Avaliação de Tecnologias em Saúde**

3

Princípio Ativo:

Cloridrato de Metilfenidato.

Via de administração:

Via oral (VO).

Posologia:

Dose diária é individualizada, varia de paciente a paciente. Para crianças com idade maior que 6 anos e adolescentes, a dose diária máxima é 60 mg (até 6 comprimidos, de 10 mg cada, ao dia. Para adultos, a dose diária máxima é de 80 mg (8 comprimidos ao dia).¹

Uso contínuo?

Sim.

Duração do tratamento:

Indeterminada.

Indicação em conformidade com a aprovada no registro?

Sim

Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde para a situação clínica do demandante?

Não.

O medicamento está inserido no SUS?

Não.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



**SUPERINTENDÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE DE GOIÁS
GERÊNCIA DE PESQUISA E INOVAÇÃO
Coordenação de Avaliação de Tecnologias em Saúde**

4

Oncológico?

Não.

OUTRAS TECNOLOGIAS DISPONÍVEIS

Tecnologia:

Cloridrato de Metilfenidato

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar:

Estão disponíveis alguns medicamentos na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) que podem ser utilizados no tratamento da TDAH, no caso os antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, clomipramina, nortriptilina) e um antidepressivo atípico (bupropiona)².

Existe Genérico?

Sim.

Existe Similar?

Sim: Attenze®, Medato®, Ragione®, Tedeaga® e Foq XR®.

CUSTO DA TECNOLOGIA

Tecnologia:

Cloridrato de Metilfenidato e Bupropiona (disponível no SUS).



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



SUPERINTENDÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE DE GOIÁS
GERÊNCIA DE PESQUISA E INOVAÇÃO
Coordenação de Avaliação de Tecnologias em Saúde

5

Laboratório:

Cloridrato de Metilfenidato — Althaia S. A. Indústria Farmacêutica e outras. Bupropiona (disponível no SUS) — Eurofarma e outras.³

Marca comercial:

Cloridrato de Metilfenidato (genérico) e Bupropiona (genérico disponível no SUS)³.

Apresentação:

Cloridrato de Metilfenidato — várias formas de apresentação em blister com 20, 30, 60 ou 90 comprimidos de 10 mg, todas com o mesmo preço por comprimido.³

Bupropiona (disponível no SUS) — várias formas de apresentação em blister com 7, 10, 12, 30, 60, 90 ou 120 comprimidos revestidos de 150 mg ou 300 mg.³

Preço de Fábrica:

Cloridrato de Metilfenidato — R\$ 22,80 (blister com 30 comprimidos de 10 mg cada) (preço de R\$ 0,76 por comprimido).³

Bupropiona (disponível no SUS) — R\$ 119,59 (blister com 60 comprimidos de 150 mg) (preço de R\$ 1,993167 por comprimido para todas as formas de apresentação).³

Preço Máximo de Venda ao Governo:

Cloridrato de Metilfenidato — R\$ 17,89 (blister com 30 comprimidos de 10 mg cada) (preço de R\$ 0,60 por comprimido).³

Bupropiona (disponível no SUS) — R\$ 93,84 (blister com 60 comprimidos) (preço de R\$ 1,564 por comprimido para todas as formas de apresentação).³

Preço Máximo ao Consumidor:



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



SUPERINTENDÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE DE GOIÁS
GERÊNCIA DE PESQUISA E INOVAÇÃO
Coordenação de Avaliação de Tecnologias em Saúde

6

Cloridrato de Metilfenidato — R\$ 60,93 (blister com 60 comprimidos de 10 mg cada) (preço de R\$ 1,016 por comprimido).³

Bupropiona (disponível no SUS) — R\$ 165,33 (blister com 60 comprimidos) (preço de R\$ 2,756 por comprimido para todas as formas de apresentação).³

CUSTO DA TECNOLOGIA - TRATAMENTO MENSAL

Tecnologia:

Cloridrato de Metilfenidato e Bupropiona (disponível no SUS).

Dose Diária Recomendada:

Cloridrato de Metilfenidato — A dose diária recomendada varia de caso a caso, conforme avaliação clínica do médico assistente. Para crianças com idade maior que 6 anos e adolescentes, a dose diária máxima é 60 mg (até 6 comprimidos, de 10 mg cada, ao dia). Para adultos, a dose diária máxima é de 80 mg (8 comprimidos ao dia).¹

Bupropiona — A dose diária recomendada é de 300 mg ao dia ou 6mg/kg de peso corporal.

Preço Máximo de Venda ao Governo:

Cloridrato de Metilfenidato — custo de R\$ 3,578 por dia e de R\$ 107,34 por mês (30 dias de tratamento) para dose diária de 60 mg, com custo de R\$ 4,77067 por dia e de R\$ 143,12 por mês (30 dias de tratamento) para dose diária de 80 mg. Custo da dose diária de 300 mg de R\$ 3,13.³

Bupropiona (disponível no SUS) — custo de R\$ 93,84 por mês (30 dias de tratamento).³

Preço Máximo ao Consumidor:

Cloridrato de Metilfenidato — custo de R\$ 6,093 por dia e de R\$ 182,79 por mês (30 dias de



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



SUPERINTENDÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE DE GOIÁS
GERÊNCIA DE PESQUISA E INOVAÇÃO
Coordenação de Avaliação de Tecnologias em Saúde

7

tratamento) para dose diária de 60 mg, com custo de R\$ 8,124 por dia e de R\$ 243,72 por mês (30 dias de tratamento) para dose diária de 80 mg.³

Bupropiona (disponível no SUS) — custo de R\$ 165,33 por mês (30 dias de tratamento). Custo da dose diária de 300 mg de R\$ 3,99.³

Fonte do custo da tecnologia:

Lista de preços de medicamentos da CMED (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos)³.

EVIDÊNCIAS E RESULTADOS ESPERADOS

Tecnologia:

Cloridrato de Metilfenidato e Bupropiona (disponível no SUS).

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia:

Conforme o PCDT federal do SUS⁴: “o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é considerado uma condição do neurodesenvolvimento, caracterizada por uma tríade de sintomas envolvendo desatenção, hiperatividade e impulsividade em um nível exacerbado e disfuncional para a idade. Os sintomas iniciam-se na infância, podendo persistir ao longo de toda a vida. A prevalência mundial de TDAH estimada em crianças e adolescentes é de 3% a 8%, dependendo do sistema de classificação utilizado. Embora o TDAH seja frequentemente diagnosticado durante a infância, não é raro o diagnóstico ser feito posteriormente. As evidências científicas sustentam sua continuidade na idade adulta, com uma prevalência estimada entre 2,5% a 3%. No Brasil, a prevalência de TDAH é estimada em 7,6% em crianças e adolescentes com idade entre 6 e 17 anos, 5,2% nos indivíduos entre 18 e 44 anos e 6,1% nos indivíduos maiores de 44 anos apresentando sintomas de TDAH. Os sintomas e o



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



SUPERINTENDÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE DE GOIÁS
GERÊNCIA DE PESQUISA E INOVAÇÃO
Coordenação de Avaliação de Tecnologias em Saúde

8

comprometimento do TDAH são frequentemente graves durante a infância e podem evoluir ao longo da vida. Por se tratar de um transtorno de neurodesenvolvimento, as dificuldades muitas vezes só se tornam evidentes a partir do momento em que as responsabilidades e independência se tornam maiores, como quando a criança começa a ser avaliada no contexto escolar ou quando precisa se organizar para alguma atividade ou tarefa sem a supervisão dos pais. Os indivíduos com TDAH também apresentam dificuldades nos domínios das funções cognitivas, como resolução de problemas, planejamento, orientação, flexibilidade, atenção prolongada, inibição de resposta e memória de trabalho. Outras dificuldades envolvem componentes afetivos, como atraso na motivação e regulação do humor. Em médio e longo prazo, crianças e adolescentes com TDAH podem apresentar dificuldades no desempenho acadêmico, nas interações interpessoais e autoestima baixa. Crianças com TDAH têm mais chances de apresentar obesidade quando comparadas com as crianças sem TDAH. Problemas de conduta podem aparecer no final do período da pré-adolescência. Além disso, pessoas com TDAH podem apresentar comportamentos sexuais de alto risco e gravidez precoce indesejada, dificuldades no trabalho, abuso de drogas ou álcool, maior probabilidade a acidentes, e criminalidade na fase adulta. O TDAH também está associado a resultados psicológicos negativos, com um maior risco de desenvolver transtornos do humor (unipolar ou bipolar), distúrbios de personalidade, especialmente, transtorno de personalidade borderline e antissocial, e possivelmente condições psicóticas”⁴.

O tratamento medicamentoso para TDAH em crianças e adolescentes, recomendado pela Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina: “Os medicamentos de primeira escolha são os estimulantes do sistema nervoso central. Paradoxalmente eles estimulam áreas depressoras, melhorando o comportamento. O tratamento clássico, desde os anos de 1960, é feito com tricíclicos, como a imipramina, a nortriptilina, a clomipramina, a desipramina e a amitriptilina. Mais de 155 estudos entre 1986 e 1996 apontam a eficácia de estimulantes no TDAH, dos quais 25 referem-se detalhadamente aos psicoanalépticos tricíclicos, em especial à imipramina. A maioria dos estudos restringe-se a crianças em idade escolar. A bupropiona, um inibidor da recaptção da dopamina e da noradrenalina, tem também bons efeitos. A clonidina demonstrou,



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



SUPERINTENDÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE DE GOIÁS
GERÊNCIA DE PESQUISA E INOVAÇÃO
Coordenação de Avaliação de Tecnologias em Saúde

9

da mesma forma, efeitos positivos”².

Entretanto, Guias de Prática Clínica de outros países, como o do Hospital da Universidade de Michigan dos Estados Unidos da América, recomendam que a primeira linha terapêutica medicamentosa de escolha para o TDAH em crianças em idade escolar e adolescentes é o metilfenidato, o dexmetilfenidato e as anfetaminas (sais mistos de anfetaminas, lisdexanfetamina etc.)⁵. A Associação Brasileira do Déficit da Atenção (ABDA) também recomenda que o tratamento seja multimodal (com medicamentos e não medicamentoso), sendo sugeridos o metilfenidato e lisdexanfetamina como primeira linha terapêutica da TDAH em crianças e adolescentes^{6,7}.

Não há disponibilidade do medicamento metilfenidato no SUS para tratamento de TDAH, exceto em alguns municípios brasileiros que o incorporaram à REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais).

Na literatura científica há disponível uma revisão sistemática com meta-análise direta⁸, que revisou quatro ensaios clínicos randomizados, dois realizados com adultos e dois com crianças e adolescentes, comparando os efeitos terapêuticos de metilfenidato (a tecnologia judicializada) aos efeitos de bupropiona (a tecnologia disponível no SUS) no tratamento de TDAH. Os quatro ensaios clínicos têm pequeno tamanho amostral: três com amostra menor que 20 pacientes usando cada medicamento e um estudo com amostra de 32-33 pacientes em uso de cada tecnologia. Todos os estudos avaliaram os efeitos de curto prazo dos medicamentos: de 6 a 16 semanas de tratamento.

As informações provenientes das meta-análises disponíveis na revisão sistemática⁸ podem ser consideradas de Nível 2 de Evidências Científicas, conforme classificação da *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*⁹, pois trata-se de uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados de baixa qualidade metodológica, o que faz cair um nível na evidência.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia:

A revisão sistemática⁸ traz a diferença média padronizada (SMD ou *standard mean difference*) para valores de resultados do tratamento em escalas que medem sintomas da pessoa com



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



SUPERINTENDÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE DE GOIÁS
GERÊNCIA DE PESQUISA E INOVAÇÃO
Coordenação de Avaliação de Tecnologias em Saúde

10

TDAH, escala essa aplicada aos pais (como esses percebem o comportamento da criança ou adolescente). Os dados mostram que a SMD= -0,41 e o intervalo de confiança é igual a -0,92 e +0,11. Muito importante notar que o limite inferior do intervalo de confiança é um valor negativo, já o limite superior é um valor positivo. Isso sugere que não há diferença estatística significativa entre os dois tratamentos. Ou seja, não há diferença de eficácia entre os tratamentos. Ambos tratamentos, com bupropiona ou com metilfenidato, promovem alívio de sintomas e não diferem entre si nos valores de redução de sintomas medidos por escalas aplicadas aos pais⁸.

Quando se considera os valores de resultados do tratamento em escalas que medem sintomas da pessoa com TDAH, escala essa aplicada aos professores (como esses percebem o comportamento da criança ou adolescente na escola), os dados mostram que a SMD= -0,10 e o intervalo de confiança é igual a -0,57 e +0,38. O limite inferior é negativo e o limite superior é positivo, sugerindo que não há diferença estatística significativa entre os dois tratamentos (similar eficácia). Os dois medicamentos promovem alívio de sintomas e não diferem entre si nos valores de redução de sintomas medidos por escalas aplicadas aos professores⁸.

Para os valores de resultados do tratamento em escalas que medem sintomas da pessoa adulta com TDAH, os dados mostram que a SMD= -0,38 e o intervalo de confiança é igual a -0,81 (limite inferior negativo) e +0,06 (limite superior positivo). Portanto, não há diferença de eficácia entre os dois tratamentos, visto que ambos promovem alívio de sintomas mensurados por escalas de TDAH em adultos⁸.

Já para o risco relativo (RR) das taxas de resposta clínica (alívio sintomático importante, alcançando redução nas escalas de sintomas de TDAH até um certo valor pré-especificado na literatura ou Guias de Prática Clínica), tanto em adultos quanto em crianças e adolescentes: os dados apresentam que a RR= 1,36 em adultos, com intervalo de confiança de 0,84 (limite inferior) e 2,21 (limite superior); em crianças e adolescentes, RR= 1,00 e intervalo de confiança de 0,76 e 1,32. Muito importante notar que, nas duas situações, o limite inferior do intervalo de confiança do RR é um valor abaixo de 1, já o limite superior é um valor acima de 1. Isso sugere que não há diferença estatística significativa entre os dois tratamentos. Ou seja, não há diferença



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



SUPERINTENDÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE DE GOIÁS
GERÊNCIA DE PESQUISA E INOVAÇÃO
Coordenação de Avaliação de Tecnologias em Saúde

11

de eficácia entre ambos tratamentos, que provocam alívio de sintomas e não diferem entre si nos valores de taxa de resposta clínica, tanto em adultos quanto em crianças e adolescentes.⁸

Quando se considera o risco relativo da taxa de descontinuação do tratamento devido a ocorrência de eventos adversos (efeitos colaterais que incomodam e faz o paciente abandonar o tratamento), os dados expõem que a RR= 0,25 em adultos, com intervalo de confiança de 0,03 (limite inferior) e 2,14 (limite superior). Em crianças e adolescentes, o risco relativo não era estimável, pois não ocorreu abandono de tratamento devido a eventos adversos em nenhum dos grupos terapêuticos. Portanto, não há diferença de tolerabilidade entre os tratamentos em adultos, bem como em crianças e adolescente, pois não diferem entre si nas taxas de descontinuação devido aos eventos adversos.⁸

A partir das evidências de nível 2 apresentadas na revisão sistemática⁸, conclui-se que o medicamento metilfenidato tem similar eficácia e segurança que bupropiona. Portanto há opções disponíveis no SUS para tratamento do TDAH em crianças e adolescentes.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante:

A CONITEC recomenda apenas tratamentos não medicamentosos para crianças, adolescentes e adultos com TDAH (terapia cognitivo comportamental, apoio educacional no ambiente escolar e intervenções escolares, orientações aos pacientes e familiares, mudança de hábitos alimentares e de estilo de vida)⁴.

A CONITEC não recomendou o tratamento medicamentoso para TDAH, pois “as evidências que sustentam a eficácia e a segurança destes tratamentos (metilfenidato e lisdexanfetamina) para TDAH em crianças e adolescentes são frágeis dada sua baixa/muito baixa qualidade, bem como o elevado aporte de recursos financeiros apontados na análise de impacto orçamentário”¹⁰. Já para TDAH em adultos, não houve a avaliação do tratamento com metilfenidato pela CONITEC, apenas para lisdexanfetamina, cuja recomendação foi desfavorável à incorporação do tratamento pois havia “grau de confiança das evidências avaliado como baixo e muito baixo e um elevado impacto orçamentário ao SUS”¹¹.

A Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, em seu Protocolo Clínico de transtornos



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



SUPERINTENDÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE DE GOIÁS
GERÊNCIA DE PESQUISA E INOVAÇÃO
Coordenação de Avaliação de Tecnologias em Saúde

12

hipercinéticos², sugere que crianças pré-escolares (idade menor que 6 anos) devem fazer psicoterapia cognitivo comportamental apenas. Já crianças maiores de 6 anos e adolescente podem utilizar medicamentos associados à psicoterapia. Sugere ainda o uso de estimulantes do sistema nervoso central (bupropiona, amitriptilina, clomipramina, nortriptilina) no tratamento de crianças em idade escolar e adolescentes. Adverte que as anfetaminas (metilfenidato, lisdexanfetamina) tem alto risco de abuso (toxicomania), sendo prudente evitar seu uso.

CONCLUSÃO

Tecnologia:

Cloridrato de Metilfenidato.

Conclusão Justificada:

Não favorável

Conclusão:

Considerando que o paciente está sendo atendido pela rede pública de saúde.

Considerando que metilfenidato não está padronizado na RENAME 2022 e não foi incorporado a Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do SUS, a nível federal, para tratamento sintomático de TDAH.

Considerando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde para TDAH e o Protocolo Clínico de Transtornos Hipercinéticos da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, que não padronizam metilfenidato para tratamento de TDAH.

Considerando que as evidências científicas disponíveis e as informações médicas apresentadas, que indicam que há opções terapêuticas disponíveis no SUS, como bupropiona.

Em face ao exposto, este Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde é desfavorável ao



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



SUPERINTENDÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE DE GOIÁS
GERÊNCIA DE PESQUISA E INOVAÇÃO
Coordenação de Avaliação de Tecnologias em Saúde

13

pedido de Metilfenidato e sugere ao médico assistente que indique bupropiona ou um antidepressivo tricíclico para o tratamento do(a) paciente (demandante judicial).

Há evidências científicas?

Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM?

Não.

Justificativa:

Não há risco potencial para a vida.

Referências:

1. Eurofarma. Cloridrato de metilfenidato: bula para o profissional [Internet]. Itapevi: EUROFARMA; 2022. p. 1–17. Available from: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=100431317>.
2. Secretaria de Estado da Saúde (SC). Transtornos hipercinéticos: protocolo clínico [Internet]. Florianópolis: SES-SC; 2015. 18 p. Available from: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9188-transtornos-hipercineticos/file>.
3. CMED Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. Listas de preços de medicamentos [Internet]. 2023 [cited 2023 Feb 9]. p. 1. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/precos>.
4. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2022. 198 p. Available from: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/portariaconjuntan14pcdttranstornododeficitdeatencacomhiperatividadetdah.pdf>.
5. O'Brien JM, Christner JG, editors. Ambulatory Pediatric Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Guideline [Internet]. Ann Arbor: University of Michigan; 2020 [cited



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



SUPERINTENDÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE DE GOIÁS
GERÊNCIA DE PESQUISA E INOVAÇÃO
Coordenação de Avaliação de Tecnologias em Saúde

14

2022 Dec 28]. p. 1–67. Available from: <https://michmed-public.policystat.com/policy/7885176/latest/>.

6. ABDA Associação Brasileira do Déficit de Atenção. Tratamento [Internet]. Rio de Janeiro: ABDA; 2017. p. 1. Available from: <https://tdah.org.br/tratamento/>.

7. Nascimento MHF, Fernandes RM, Barbosa A de M. Lisdexanfetamina comparada a metilfenidato ou antidepressivos no tratamento de TDAH em crianças e adolescentes: revisão rápida de evidências. Rev Científica da Esc Estadual Saúde Pública Goiás “Cândido Santiago” [Internet]. 2022;8(e80011):1–17. Available from: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/463>.

8. Maneeton N, Maneeton B, Intaprasert S, Woottikul P. A systematic review of randomized controlled trials of bupropion versus methylphenidate in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Neuropsychiatr Dis Treat [Internet]. 2014;10:1439–49. Available from: <https://doi.org/10.2147/ndt.s62714>.

9. OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford 2011 Levels of Evidence [Internet]. Oxford: Oxford Centre for Evidence-Based Medicine; 2011. p. 1. Available from: <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebmllevels-of-evidence>.

10. CONITEC Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde. Metilfenidato e lisdexanfetamina para indivíduos com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade [Internet]. Brasília; 2021 [cited 2022 Mar 25]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210319_Relatorio_601_metilfenidato_lisdexanfetamina_TDAH.pdf.

11. Costa MGS da, Magliano C, Lima CV, Padilla MP, Santos M. Dimesilato de lisdexanfetamina para indivíduos adultos com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade [Internet]. Ministério da Saúde (BR), editor. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2021. Available from: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/20210602_relatorio_610_lisdexanfetamina_tdah_p_20-1.pdf/@download/file/20210602_Relatorio_610_Lisdexanfetamina_TDAH_P_20.pdf.