RELATO PRÁTICO
V1 (2025): e20 doi 10.63923/sdes.2025.20

SUMMA DIÁLOGOS EM SAÚDE

Tratamento do TDAH: racionalidade clínica e realidade social na escolha entre estimulantes e não estimulantes

Aline Motta Bitencourt[1].

Resumo

A escolha do tratamento farmacológico para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) deve considerar múltiplos fatores clínicos, sociais e mercadológicos. Medicamentos estimulantes como metilfenidato e anfetaminas são de primeira linha, com eficácia comprovada, mas com potenciais efeitos adversos. Fármacos não estimulantes como atomoxetina oferecem alternativa com menor risco de dependência, mas com eficácia mais modesta. A decisão terapêutica deve ser individualizada, levando em consideração aspectos relevantes como o perfil do paciente e expectativas com o tratamento.

Palavras chave: TDAH. Estimulantes. Não estimulantes. Tratamento farmacológico. Acesso a medicamentos. Decisão clínica.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma das condições neuropsiquiátricas mais diagnosticadas em crianças e adultos no Brasil, com prevalência estimada de 5% na infância e 2,5% na vida adulta (FARAONE et al. 2021). Apesar disso, muitos casos continuam subdiagnosticados, especialmente em locais de menor acesso a profissionais capacitados ou com estigma atribuído a questões de saúde mental. Em minha prática clínica,

[1]Uniceplac

CC BY SA

observo padrão recorrente: os pacientes procuram ajuda após prejuízos em diversas áreas da vida, como desempenho acadêmico, profissional, relações interpessoais e autoestima.

As principais queixas são relacionadas a dificuldade de concentração, esquecimento frequente, sensação de pensamentos acelerados, procrastinação crônica, desorganização e exaustão. Nos adultos, é comum que a própria pessoa procure ajuda, frequentemente depois de ter acesso a informação ou conviver com um paciente diagnosticado. Em crianças e adolescentes, a demanda pode vir da escola ou dos responsáveis. A maioria dos pacientes recebe o diagnóstico entre 8 e 12 anos ou no início da vida adulta, durante a graduação ou após entrada no mercado de trabalho (THAPAR et al., 2013).

A escolha entre medicações estimulantes e não estimulantes para o manejo do TDAH envolve análise multifatorial, que inclui critérios técnicos, perfil do paciente, acesso, evidências científicas. Os estimulantes, como o metilfenidato e as anfetaminas, são tradicionalmente considerados primeira linha no tratamento do TDAH, devido à sua eficácia robustamente demonstrada em metanálises e diretrizes internacionais (CORTESE et al., 2018; FARAONE et al., 2021; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2018; WORLD FEDERATION OF ADHD, 2020). Apresentam início de ação rápido e grande efeito sobre sintomas centrais do transtorno, como desatenção, impulsividade e hiperatividade. No entanto, seus efeitos colaterais, como insônia, redução do apetite, aumento da ansiedade e risco de abuso, são limitações importantes (FARAONE et al., 2006). Esses efeitos costumam ser mais impactantes em pacientes com comorbidades psiquiátricas, histórico de transtornos do sono ou risco de dependência, além de levantar preocupações sociais e familiares, especialmente em crianças e adolescentes (HINSHAW et al., 2011).

Por outro lado, os não estimulantes, como a atomoxetina, a guanfacina e a clonidina, são considerados alternativas seguras e eficazes, especialmente em casos com contraindicação aos estimulantes. Apresentam menor risco de abuso e melhor tolerabilidade em termos de sono e ansiedade. Contudo, seu início de ação é mais lento, podendo levar semanas, e sua eficácia, embora comprovada, costuma ser mais modesta em comparação aos estimulantes (KRATOCHVIL et al., 2006). Ainda assim, para pacientes com comorbidades como transtorno de ansiedade, tiques ou uso de substâncias, podem ser a primeira escolha.

Do ponto de vista mercadológico e de acesso, os estimulantes são mais amplamente prescritos e disponíveis no mercado, embora enfrentem regulação mais rígida, com exigência de receita controlada. Os não estimulantes, por outro lado, têm custo mais elevado e menor disponibilidade em farmácias públicas, o que pode limitar sua prescrição, sobretudo em contextos de menor renda. As expectativas do paciente também influenciam na decisão. Pacientes que esperam uma resposta rápida e visível tendem a preferir estimulantes, enquanto aqueles preocupados com efeitos colaterais ou que priorizam uma abordagem mais gradual podem aceitar melhor os não estimulantes. A individualização do tratamento deve considerar não apenas os fatores clínicos, mas também o contexto social, econômico e as preferências informadas do paciente.

Uma paciente adulta, de 32 anos, procurou atendimento com relato de esquecimentos frequentes, desorganização, dificuldade para manter o foco e finalizar tarefas, além de constante autocrítica. Após avaliação estruturada e confirmação diagnóstico, ela optou pelo uso do metilfenidato de liberação prolongada. Em 10 dias, relatou melhora significativa na produtividade e maior sen-

sação de controle. Os principais critérios que nortearam essa escolha foram a necessidade de retorno funcional imediato ao trabalho e expectativa de resposta rápida. A adesão foi boa e os efeitos colaterais iniciais foram manejáveis.

Já um adolescente de 14 anos, encaminhado pela escola devido inquietude e dificuldades de concentração, apresentou forte componente ansioso e insônia. Optou-se, junto a família, pelo manejo com atomoxetina. Apesar da latência (cerca de 3 semanas), o paciente teve melhora no sono e na estabilidade emocional, que favoreceu desempenho escolar. A escolha foi norteada pela presença de ansiedade como comorbidade e histórico familiar de dependência química.

Essas experiências reforçam a importância de ir além de diretizes técnicas e considerar o contexto emocional, familiar e social de cada paciente. A escolha terapêutica mais adequada é aquela que equilibra evidência científica, segurança, acessibilidade e escuta ativa das necessidades do indivíduo.

Referências

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. Pediatrics, v. 144, n. 4, e20192528, 2019. DOI: 10.1542/peds.2019-2528.

CORTESE, Samuele et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. The Lancet Psychiatry, v. 5, n. 9, p. 727–738, 2018. DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30269-4.

FARAONE, Stephen V. et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based Conclusions about the Disorder. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, v. 128, p. 789–818, 2021. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022.