



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
DEPARTAMENTO DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

Letícia Paixão das Neves

Acesso Igualitário a Medicamentos para Pessoas com TDAH

Florianópolis/SC

2025

LETÍCIA PAIXÃO DAS NEVES

Acesso Igualitário a Medicamentos para Pessoas com TDAH

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Direito do Centro Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Direito.

Orientador(a): Prof^ª. Dr^ª. Grazielly Alessandra Baggenstoss.

Florianópolis/SC

2025

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC. Dados inseridos pelo próprio autor.

Neves, Leticia Paixão das
Acesso Igualitário a Medicamentos para Pessoas com TDAH
/ Leticia Paixão das Neves ; orientadora, Grazielly
Alessandra Baggenstoss, 2025.
86 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas,
Graduação em Direito, Florianópolis, 2025.

Inclui referências.

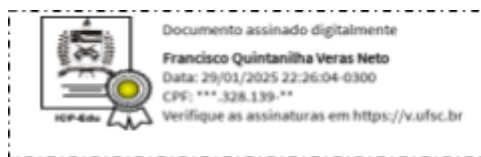
1. Direito. 2. Transtorno de Déficit de Atenção e
Hiperatividade. 3. Acesso a Medicamentos. 4. Judicialização da
saúde. 5. Atendimento igualitário. I. Baggenstoss, Grazielly
Alessandra. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação
em Direito. III. Título.

Letícia Paixão das Neves

Acesso Igualitário a Medicamentos para Pessoas com TDAH

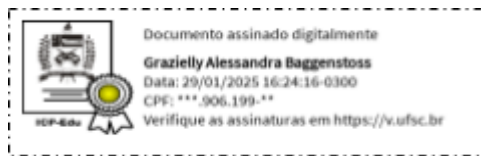
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Bacharel e aprovado em sua forma final pelo Curso de Direito.

Florianópolis (SC), 27 de janeiro de 2025.



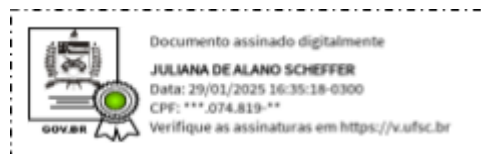
Coordenação do Curso

Banca examinadora



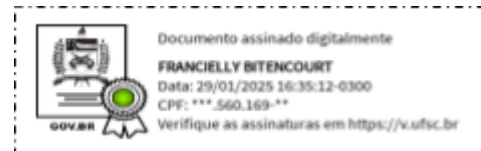
Prof^a.Dr^a. Grazielly Alessandra Baggenstoss,

Orientador(a)



Juliana de Alano Scheffer

Membro da Banca



Francielly Bitencourt

Membro da Banca



**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências Jurídicas
COORDENADORIA DO CURSO DE DIREITO**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO INEDITISMO DO TCC E ORIENTAÇÃO
IDEOLÓGICA**

Aluno(a): Letícia Paixão das Neves

RG: 7182954

CPF: 11129168905

Matrícula: 19106083

Título do TCC: Acesso igualitário a medicamentos para pessoas com TDAH

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Grazielly Alessandra Baggenstoss.

Eu, Letícia Paixão das Neves, acima qualificada, venho, pelo presente termo, assumir integral responsabilidade pela originalidade e conteúdo ideológico apresentado no TCC de minha autoria, acima referido.

Florianópolis, 27 de janeiro de 2025.

LETÍCIA PAIXÃO DAS NEVES



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA –
UFSC CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
Coordenação de TCC**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
COLEGIADO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

TERMO DE APROVAÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “*Acesso igualitário a medicamentos para pessoas com TDAH*”, elaborado pelo(a) acadêmico(a) Letícia Paixão das Neves, defendido em **27/01/2025** e aprovado pela Banca Examinadora composta pelos membros abaixo assinados, obteve aprovação com nota **10 (DEZ)**, cumprindo o requisito legal previsto no art. 10 da Resolução nº 09/2004/CES/CNE, regulamentado pela Universidade Federal de Santa Catarina, através da Resolução nº 01/CCGD/CCJ/2014.

Florianópolis, 27 de janeiro de 2025.



Documento assinado digitalmente

Grazielly Alessandra Baggenstoss

Data: 29/01/2025 16:23:59-0300

CPF: ***.906.199-**

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Grazielly Alessandra Baggenstoss
Professor Orientador



Documento assinado digitalmente

FRANCIELLY BITENCOURT

Data: 29/01/2025 16:34:27-0300

CPF: ***.560.169-**

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Francielly Bitencourt
Membro de Banca



Documento assinado digitalmente

JULIANA DE ALANO SCHEFFER

Data: 29/01/2025 16:34:46-0300

CPF: ***.074.819-**

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Juliana de Alano Scheffer
Membro de Banca



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
Coordenação de TCC

ATA DE SESSÃO DE DEFESA DE TCC (VIRTUAL)
(Autorizada pelo Colegiado de Coordenação de Curso)

Aos 27 dias do mês de janeiro do ano de 2025, às 10 horas e 33 minutos, foi realizada a defesa pública, de modo virtual, do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), intitulado “**Acesso Igualitário a Medicamentos para Pessoas com TDAH**”, elaborado pelo(a) acadêmico(a) Letícia Paixão das Neves, matrícula 19106083, composta pelos membros Prof^ª. Dr^ª. Grazielly Alessandra Baggenstoss, Mestranda Juliana Sheffer e Mestranda Francielly Bitencourt, abaixo assinados, obteve a aprovação com nota 10 (DEZ), cumprindo o requisito legal previsto no art. 10 da Resolução nº 09/2004/CES/CNE, regulamentado pela Universidade Federal de Santa Catarina, através da Resolução nº 01/CCGD/CCJ/2014.

(x) Aprovação Integral

() Aprovação Condicionada aos seguintes reparos, sob fiscalização do Prof. Orientador

Florianópolis, 27 de Janeiro de 2025.



Documento assinado digitalmente

Grazielly Alessandra Baggenstoss

Data: 29/01/2025 16:23:44-0300

CPF: ***.906.199-**

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Grazielly Alessandra Baggenstoss
Professor Orientador



Documento assinado digitalmente

FRANCIELLY BITENCOURT

Data: 29/01/2025 16:33:06-0300

CPF: ***.560.169-**

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Francielly Bitencourt
Membro de Banca



Documento assinado digitalmente

JULIANA DE ALANO SCHEFFER

Data: 29/01/2025 16:34:12-0300

CPF: ***.074.819-**

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Juliana de Alano Scheffer
Membro de Banca

“Dedico este trabalho a todos que, em algum momento de suas vidas, sentiram-se incompreendidos ou inadequados por não se encaixarem nos padrões impostos como normais”.

*“Todo mundo cai na ideia de que todos
têm que ser iguais
Pra serem normais
E o mundo sai pregando um modelo que
ele mesmo faz
Que diz que os diferentes ficam para trás
E se loucos forem todos os outros que se
dizem tão normais”
(Daniel Lüdtke)*

AGRADECIMENTOS

O TDAH esteve presente em toda a minha vida, mas foi apenas aos 21 anos, no terceiro ano da graduação, que as dificuldades de decorar os textos de Teoria do Direito, os intervalos desperdiçados por não lembrar a tabuada como os colegas no ensino fundamental, o início e abandono involuntário de atividades, ganharam um nome e tudo isso passou a fazer sentido.

Não há como chegar a lugar algum completamente sozinho. Como diz a frase atribuída a Aristóteles: “Somos seres sociáveis e, como tais, estamos em constante contato com outras pessoas”. Há pessoas mais sociáveis e outras menos, e nesse meio estou eu, e sou imensamente grata por ter um grupo seleto de pessoas que fizeram a diferença na minha árdua trajetória, especialmente ao longo de toda a minha graduação.

Minha imensa gratidão vai, em primeiro lugar, para minha mãe, Hilda, por ser a pessoa mais inteligente, esforçada e dedicada em tudo o que faz, especialmente na criação dos filhos. Ela fez o inimaginável para nos oferecer o mundo. Foi ela quem me ensinou a ler, a escrever, a ter bom gosto musical e quem me permitiu ser uma criança com personalidade própria, com hiperfoco em girassóis, animes, doramas, Harry Potter e muitos livros. Além disso, ela sempre foi meu porto seguro em todos os momentos difíceis da vida. Sou quem sou e estou onde estou por causa dela.

Agradeço também aos meus irmãos, por compartilharem a vida comigo e me permitirem viver experiências únicas, desde os gostos semelhantes até os completamente diferentes, mas sempre com histórias a serem divididas. E ainda ao meu padrasto Rodrigo, por direta e indiretamente por contribuir positivamente nas nossas vidas.

Minha melhor amiga para além desta vida, minha colega de quarto e prima, Ulhi (Ulhiana), é outra pessoa a quem sou profundamente grata. Ela sempre esteve ao meu lado, do início ao fim desta jornada. Desde o vestibular até o dia da nossa primeira aventura na UFSC, quando perdemos o horário da matrícula, e em cada momento na grama em frente à BU, dividindo os maravilhosos brownies do Drago após os almoços no RU, antes dos nossos atrasos consecutivos para as aulas. Sou grata pela sua presença na minha vida, que a tornou mais acolhedora e menos assustadora. Também agradeço ao meu primo de coração e esposo da Ulhi, Renan, por ser o primeiro TDAH com quem tive o prazer de conviver e compartilhar “sintomas” e por me acolher da melhor forma possível. Nesse mesmo nicho agradeço ainda à minha tia Zê, por me acolher e me tratar como filha.

Ao João Vitor, meu melhor amigo, que tem a magnífica habilidade de transformar meus dias nublados em dias coloridos. Ele é o TDAH na sua essência mais pura, permitindo que compartilhássemos experiências que só quem vive com TDAH entende. Ele foi o guarda-chuva amarelo nos dias em que a depressão tomou conta de mim e a dose de dopamina quando nem mesmo eu acreditava em mim. Sou grata por sua vida ter cruzado a minha, por me acompanhar e me apoiar até aqui.

À Tainara, que se tornou minha melhor amiga além do curso, não há palavras suficientes para agradecer o impacto que ela tem na minha vida hoje. Este trabalho só foi possível graças à presença dela.

À minha orientadora Grazielly, por enxergar além de um número de matrícula e aceitar me orientar nesta fase tão importante da minha vida.

Às meninas do "close", Bianca Victoria da Trindade dos Santos, Catherine Oliveira Araujo, Daiane dos Santos Pereira, Mariana Corrêa de Souza e Nathalia das Graças Bertolini Cardoso. O grupo começou no terrível Direito das Coisas, mas hoje levo a amizade para a vida, pois elas me acolheram como sou e me permitiram levar boas memórias, mesmo nas fases difíceis. Aos meus colegas de estágio, por serem pessoas dispostas a ensinar, ouvir e permitir meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, passaram pela minha vida. Mesmo sem nomear cada um, saibam que sou imensamente grata pela diferença que sua presença fez em minha trajetória.

*“Eu acho que sou o que eu sempre fui.
Não Audácia, não Abnegação, não sem
facção. Divergente”*

(Beatrice Prior, em Divergente)

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo analisar e discutir a necessidade de criação e aprimoramento de leis que garantam o acesso igualitário e gratuito ao atendimento integral à saúde das pessoas com TDAH de modo a proporcionar melhor qualidade de vida e suporte. Para alcançar esse objetivo, utilizam-se os procedimentos metodológicos da abordagem indutiva e exploratória, além do método descritivo. A pesquisa foi conduzida por meio de revisão bibliográfica e documental, a fim de compreender a necessidade de tratamento para as pessoas com TDAH, e a importância de sua disponibilização pelo SUS, visando diminuir os impactos negativos do transtorno na vida do portador, além da problemática da ausência de leis que amparem a saúde do indivíduo com TDAH. A partir do presente trabalho monográfico, foi possível concluir que é imprescindível que o Estado adote uma postura ativa e comprometida com a promoção da saúde mental e inclusão social dos neurodivergentes com a formulação de políticas públicas que garantam o fornecimento de medicamentos e tratamentos por meio do SUS, bem como a criação de programas de conscientização, apoio educacional e capacitação profissional para essa população.

Palavras-chave: TDAH, qualidade de vida, saúde, igualdade.

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyze and discuss the need to create and improve laws that guarantee equal and free access to comprehensive health care for people with ADHD in order to provide better quality of life and support. In order to achieve this objective, the following methodological procedures were used: the inductive and exploratory approach, as well as the descriptive method. The research was conducted by means of a bibliographical and documentary review, in order to understand the need for treatment for people with ADHD, and the importance of its availability by the SUS, with a view to reducing the negative impacts of the disorder on the life of the sufferer, as well as the problem of the absence of laws that support the health of individuals with ADHD. The conclusion drawn from this monographic work is that it is essential for the State to adopt an active and committed stance towards the promotion of mental health and the social inclusion of neurodivergents, by formulating public policies that guarantee the provision of medication and treatment through the SUS, as well as creating awareness programs, educational support and professional training for this population.

Keywords: ADHD, quality of life, health, equality.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1: Medicamento Dimesilato de Lisdexanfetamina..... | 60 |
| Figura 2: Medicamento Dimesilato de Lisdexanfetamina..... | 60 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Linha do tempo do TDAH..... | 24 |
| Quadro 2 - Formulações de metilfenidato disponíveis no Brasil..... | 34 |
| Quadro 3 - Grupo de medicamentos psiquiátricos deferidos judicialmente nos Estados do Paraná e Santa Catarina:..... | 45 |
| Quadro 4 - Direitos assegurados à pessoa com TDAH..... | 51 |
| Quadro 5 - Leis que versam sobre de TDAH..... | 53 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACAP American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

ABDA Associação Brasileira do Déficit de Atenção - ABDA

AM Amazonas

AME Atrofia Muscular Espinhal

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APA American Psychological Association

ASPS Ações e Serviços Públicos de Saúde

CADDRA Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance

CAP Coeficiente de Adequação de Preço

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CDOH Commercial Determinants of Health

CE Ceará

CID Classificação Internacional de Doenças

CMED Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos

CNJ Conselho Nacional de Justiça

CONITEC Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias

CPF Cadastro de Pessoas Físicas

DF Distrito Federal

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ES Espírito Santo

EUA Estados Unidos da América

GM Gabinete do Ministro

GO Goiás

INSPER Instituto de Ensino e Pesquisa

LBI Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência

LDX dimesilato de lisdexanfetamina

MPH cloridrato de metilfenidato

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

ONU Organização das Nações Unidas

P&D Pesquisa e Desenvolvimento

PCDT Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PMVG Preço Máximo de Venda ao Governo
PR Paraná
RAS Rede de Atenção à Saúde
RE Repercussão Extraordinário
RENAME Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SC Santa Catarina
SNC Sistema Nervoso Central
STF Supremo Tribunal Federal
STJ Superior Tribunal de Justiça
SUS Sistema Único de Saúde
TCC Terapia Cognitivo-Comportamental
TDAH Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA Transtorno de Espectro Autista
TJSC Tribunal de Justiça de Santa Catarina
TRF4 Tribunal Regional Federal da 4ª Região
UNICAMP Universidade Estadual de Campinas
USP Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 20 |
| 2. CAPÍTULO I - INFERÊNCIA DO TDAH NA VIDA DOS NEUROSDIVERSOS | 23 |
| 2.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS | 23 |
| 2.2 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: ENTENDENDO O TRANSTORNO E SEUS PILARES | 23 |
| 2.3 A REPRESENTATIVIDADE DE BRASILEIROS NEURODIVERSOS ACOMETIDOS PELA CONDIÇÃO TDAH | 29 |
| 2.4 O DIAGNÓSTICO DOS NEURODIVERSOS COM TDAH | 30 |
| 2.5 INDICAÇÕES DE TRATAMENTO PARA O SINTOMAS DO TDAH | 32 |
| 2.6 PARTICIPAÇÃO DO SUS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO TDAH. | 35 |
| 3. CAPÍTULO II - POLÍTICAS PÚBLICAS – MAPEAMENTO DE LEIS E PROJETOS | 38 |
| 3.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS | 38 |
| 3.2 RECONHECIMENTO DO DIREITO | 38 |
| 3.3 ESCASSEZ DE RECURSOS ATUAIS | 40 |
| 3.4 O PAPEL DOS ESTIMULANTES NO TRATAMENTO DO TDAH E OS DESAFIOS DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL | 41 |
| 3.5 ANÁLISE E MAPEAMENTO DE LEIS | 47 |
| 3.5.1 A Lei nº 14.254/21 e o Acompanhamento Integral de Educandos Portadores de Transtornos de Aprendizagem | 47 |
| 3.5.2 Projeto de Lei nº 3642/2023 | 48 |
| 3.5.3 Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98) | 49 |
| 3.5.3.1 Relação entre o Sistema Único de Saúde e o Projeto de Lei nº 3642/2023 | 49 |
| 3.5.4 Lei 13.146/15 | 50 |
| 3.5.5 Lei Nº 7354 DE 14/07/2016 | 52 |
| 4. CAPÍTULO III - JUDICIALIZAÇÃO E ACESSIBILIDADE: O IMPACTO DOS PREÇOS DOS MEDICAMENTOS NA SAÚDE PÚBLICA | 54 |
| 4.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS | 54 |
| 4.2 O ATENDIMENTO AOS NEURODIVERGENTES COM TDAH | 55 |
| 4.2.1 Política e Saúde: Dilema entre Inclusão e Exclusão no SUS | 56 |
| 4.3 ENTRE O LUCRO E A VIDA: A PRECIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS E TRATAMENTOS | 57 |
| 4.3.1 Pesquisas Públicas e Lucros Privados: Transparência na pesquisa e desenvolvimento | 58 |
| 4.3.2 Como a Precificação da CMED Afeta Consumidores e o Sistema Público de Saúde | 59 |
| 4.3.3 A fixação do preço dos medicamentos | 61 |
| 4.3.4 Economia da Saúde: Precificação e Decisões de Incorporação no SUS | 62 |
| 4.3.5 Parcerias Público-Privadas para Gerenciamento de Riscos em Saúde | 62 |
| 4.4 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE BRASILEIRA | 64 |
| 5. CONCLUSÃO | 72 |

1. INTRODUÇÃO

A neurodiversidade abrange cada vez mais pessoas no mundo, essa divergência se manifesta em distintas condições, entre elas o Autismo (TEA) a Dislexia e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), a qual será foco principal do presente trabalho.

O termo neurodiversidade foi introduzido em 1999 pela socióloga australiana Judy Singer, que também era portadora da síndrome de Asperger. Para Singer (1999, p. 63), a neurodiversidade trata-se de “nova categoria de diferença humana”, a qual não configura como uma doença que pode ser tratada e curada, mas sim uma diferença no funcionamento neurológico do indivíduo. Essa concepção ganhou forças com o surgimento do movimento pela neurodiversidade que foi influenciado por diversos fatores tais, como: o feminismo, que deu às mães a segurança para questionar o modelo psicanalítico predominante que as culpava pelo autismo dos filhos; o crescimento de grupos de apoio aos pacientes, aliado à diminuição da autoridade médica, uma vez que a Internet possibilitou que a organização dos grupos e as trocas de informações ocorressem sem intermediação de profissionais de saúde; e, por fim, o avanço dos movimentos políticos de defesa dos direitos das pessoas com deficiência, especialmente de surdos, que reforçaram a importância da autorrepresentação e da identidade autista (Ortega, 2008). As contribuições desses movimentos repercutiram também para pessoas com TDAH e outras condições neurodiversas.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) caracteriza-se por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, que interfere significativamente no funcionamento e desenvolvimento da pessoa. Esses sintomas aparecem geralmente na infância e podem continuar na vida adulta. É uma condição complexa do neurodesenvolvimento que tem sido cada vez mais tema de pesquisas científicas e amplamente debatida em fóruns ao redor do mundo, frequentemente tem sido tratada como uma questão médica. Sua conceituação passou por diversas transformações, refletindo avanços no entendimento, diagnóstico e tratamento, sendo este último composto por uma combinação de medicamentos, de psicoterapia e orientações aos familiares e professores (ABDA¹, 2024).

A questão da acessibilidade e desigualdade social do público neurodiverso é uma preocupação presente nos debates atuais que na discussão sobre a Agenda 2030, ocorrida em

¹ A Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), fundada em 1999, é uma entidade sem fins lucrativos que dissemina informações científicas sobre TDAH, capacita profissionais de saúde e educação, e apoia pessoas com o transtorno e seus familiares em todo o Brasil (ABDA, 2024).

2015, em Nova Iorque, a ONU desenvolveu um novo símbolo de acessibilidade, que fora nomeado de “The Accessibility” (A Acessibilidade) no intuito de abranger todas ou a grande maioria das deficiências existentes, e de fortalecer e conscientizar o mundo sobre o que é e como é o universo da pessoa com deficiência (Valle; Saldanha, 2024). Desse modo, o interesse por essa temática de pesquisa surge da necessidade de garantir os direitos das pessoas neurodiversas com TDAH, condição que também afeta a autora deste trabalho. A ênfase recai especialmente sobre a isonomia, princípio fundamental da igualdade e assegurado de direitos básicos desde o início da vida.

A discussão quanto a garantia do direito à igualdade às pessoas com TDAH se justifica pelo histórico da trajetória das pessoas com deficiência, em seu sentido mais amplo, na sociedade, a qual sempre foi retratada de forma pitoresca e inferiorizada em que prevalecia a privação dos direitos e garantias fundamentais dos mesmos, fomentando a exclusão social. Atualmente é possível perceber diversas atitudes preconceituosas, oriundas do desconhecimento e da falta de informações sobre o tema, evidenciando o despreparo da sociedade, dos profissionais das áreas de saúde e da educação, conseqüentemente tais fatores resultam na violação da dignidade dessas pessoas.

A falta de diagnóstico e tratamento adequado é um agravante na condição de vida dos neurodivergentes/diversos, e embora os debates em torno do TDAH tenham aumentado nas últimas décadas, é necessário a garantia dos direitos dessas pessoas.

Sendo assim, este trabalho procura responder o seguinte problema: de que modo a implementação de leis específicas afetam a padronização de políticas públicas, e o acesso igualitário de pessoas portadoras de TDAH ao tratamento especializados e medicamentos do sistema único de saúde (SUS).

O debate da questão apresentada ancora-se na hipótese de que no Brasil a ausência de leis específicas que garantam atendimento profissional especializado e fornecimento integral de medicamentos para portadores de TDAH agravam as desigualdades, impactando nas condições psicossociais dessas pessoas.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho monográfico se dá em analisar e discutir a necessidade de criação e aprimoramento de leis que garantam o acesso igualitário e gratuito ao atendimento integral à saúde das pessoas com TDAH de modo a proporcionar melhor qualidade de vida e suporte. Para atender esta finalidade elencou-se os seguintes objetivos específicos: i) Examinar a representatividade dos neurodiversos brasileiros afetados pela condição e os processos de diagnóstico e tratamento; ii) Identificar, Mapear e analisar as leis e

projetos de leis brasileiras, bem como a demanda pelo tratamento e medicação voltadas para atender especialmente às pessoas com TDAH; iii) Verificar a eficiência da aplicação das leis já existentes relacionadas ao atendimento aos neurodiversos com TDAH.

O método de abordagem empregado no presente trabalho foi o indutivo, por tratar-se de um processo de raciocínio que se desenvolve a partir de fatos particulares, até atingir uma conclusão de ordem geral, valendo-se da observação (Gil, 2008). Quanto ao objetivo da pesquisa segue o método exploratório – descritivo. Segundo Henriques (2017, p. 98), o estudo exploratório tem por finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, “em geral, não se ocupam de amostragem e técnicas quantitativas de coleta de dados”. Já o método descritivo visa “descrever as características de um fenômeno de maneira sistemática e objetiva” (Gil, 2002, p. 45). Sendo assim, esta pesquisa tem caráter qualitativa, visto que “se aproxima da realidade do estudo de uma maneira natural, isto é, procurando não alterar o que ocorre, nem impor moldes para encerrar a realidade em um padrão de observação, uma pergunta ou uma teoria previamente desenvolvida” (BRICEÑO-LEÓN, 2003, p. 161). Com o intuito de buscar a compreensão do tema, adotou-se os seguintes procedimentos de pesquisa: bibliográfica e documental. Uma vez que a análise tem como objetivo organizar os dados de forma que fique possível o fornecimento de respostas para o problema proposto.

Este estudo propõe uma abordagem multidisciplinar que integra as ciências humanas, constitucionais e jurídicas. Essa integração proporciona uma visão mais abrangente do sistema de justiça brasileiro, permitindo a compreensão dos aspectos técnicos, sociais e comunicativos que dificultam a promoção da equidade social e a melhoria da qualidade de vida por meio do direito e do poder público.

O presente estudo está estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo apresenta uma contextualização do conceito de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), traçando um breve histórico do transtorno e discutindo suas implicações na vida das pessoas neurodiversas afetadas com essa condição. Com base na literatura pesquisada, são considerados os critérios diagnósticos utilizados na prática clínica, assim como as principais abordagens terapêuticas recomendadas, incluindo intervenções farmacológicas e não farmacológicas, com base em evidências científicas contemporâneas.

O segundo capítulo aborda a inclusão de pessoas com TDAH na sociedade por meio de políticas públicas e garantia de qualidade de vida. Ele explora a importância do reconhecimento de direitos fundamentais, a disponibilidade de recursos, a busca por tratamento no judiciário e a eficácia de leis e propostas.

Por fim, o último capítulo aborda o impacto negativo dos altos preços de medicamentos na saúde pública e a judicialização para garantir qualidade de vida. Divide-se em três itens: o dever do Estado em proteger a vida e a dignidade dos neurodivergentes, as dificuldades de acesso devido ao custo elevado de tratamentos, e as consequências da judicialização da saúde.

2. CAPÍTULO I - INFERÊNCIA DO TDAH NA VIDA DOS NEUROSDIVERSOS

2.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No presente capítulo será discorrido sobre o TDAH. Para isso, ele foi dividido em cinco itens, estando o primeiro destinado a discorrer sobre a definição do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; o segundo, sobre a porcentagem de pessoas no Brasil acometidas pelo transtorno; o terceiro, sobre o diagnóstico e seus fundamentos; o quarto, sobre os tratamentos indicados para TDAH; e o quinto, por fim, sobre a importância da participação do SUS nos aspectos anteriores.

2.2 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: ENTENDENDO O TRANSTORNO E SEUS PILARES

A nomenclatura TDAH, teve sua primeira descrição no início do século XIX, segundo a Cartilha de Perguntas e Respostas sobre TDAH da ABDA:

A primeira descrição oficial do que hoje chamamos TDAH data de 1902, quando um pediatra inglês, George Still, apresentou casos clínicos de crianças com hiperatividade e outras alterações de comportamento, que na sua opinião não podiam ser explicadas por falhas educacionais ou ambientais, mas que deveriam ser provocadas por algum transtorno cerebral na época desconhecido (Silva; Cabral, 2024, p.4).

Ao longo do tempo, a medicina tratou o transtorno com diferentes nomes, tais como: “síndrome da criança hiperativa, lesão cerebral mínima, disfunção cerebral mínima, transtorno hipercinético, transtorno primário da atenção” (Silva; Cabral, 2024, p.4). Segundo Mattos *et al.* (2006) o termo ‘hiperatividade’, tem sua origem no termo grego “hipercinese” e correspondente ao termo latino “superatividade”. Esta nomenclatura ganhou ampla “divulgação no meio médico e laico a partir da década de 70” (p. 50). Resende (2016), na matéria intitulada “*A história completa do TDAH que você não conhecia*”, destaca em ordem

cronológica as diferentes definições dadas ao transtorno ao longo de 200 anos, conforme quadro 1:

Quadro 1 - Linha do tempo do TDAH.



Fonte: Psicoedu (2016).

A Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA), define o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), da seguinte forma:

o TDAH é um transtorno neurobiológico, com grande participação genética (isto é, existem chances maiores de ele ser herdado), que tem início na infância e que pode persistir na vida adulta, comprometendo o funcionamento da pessoa em vários setores de sua vida, e se caracteriza por três grupos de alterações: hiperatividade, impulsividade e desatenção (Silva; Cabral, 2024, p.4).

O diagnóstico do TDAH baseia-se na presença contínua por pelo menos seis meses da chamada tríade sintomatológica que é composta por altos níveis de hiperatividade, impulsividade e desatenção, tais características causam impacto substancial em áreas importantes da vida do indivíduo.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-5), estabelece três apresentações do TDAH: com predomínio da desatenção, com predomínio da hiperatividade/impulsividade e com uma combinação de ambos.

O diagnóstico de TDAH com predominância desatenta (TDAH-D), exige que o indivíduo atenda, no mínimo, a seis dos critérios estabelecidos para a desatenção, esses pacientes apresentam maior dificuldade de concentração, de organizar atividades e de seguir instruções. Já o TDAH combinado é diagnosticado quando o indivíduo atende, simultaneamente, aos critérios para desatenção e para hiperatividade-impulsividade por pelo menos seis meses. Na apresentação com predominância à impulsividade, o diagnóstico se baseia em sintomas relacionados à dificuldade de controle de ações e comportamentos impulsivos, que também devem ser consistentes e persistentes por, no mínimo, seis meses. A

impulsividade é vista como fator de grande potencial para desfechos negativos em crianças e adolescentes com transtorno, com TDAH, tais como: comportamentos disruptivo, transtorno do uso de substâncias, dependência de internet e comprometimento acadêmico (Fernandes; Marcondes, 2017; Cruz; Minervino; Pereira, 2021).

Diversas abordagens de pesquisa têm sido utilizadas para investigar as causas do TDAH, incluindo estudos de neuroimagem, etiologia e genética. Embora estudos epidemiológicos sugiram fortemente o papel da genética, ainda não há uma causa definitiva para o transtorno. Não existe consenso sobre um “defeito” psicológico central, uma localização anatômica específica, padrões neuropsicológicos definidos ou bases neuroquímicas e genéticas que explicam o TDAH de forma conclusiva. De acordo com Fernandes e Marcondes (2017, p. 55), tanto as causas de origem genética, bioquímica e cerebral quanto os fatores socioambientais de natureza macrosociológica permanecem como hipóteses e teorias. A ausência de exames ou critérios diagnósticos objetivos reforça essa indefinição. Portanto, o TDAH é amplamente reconhecido como uma condição clinicamente heterogênea, possivelmente influenciada por múltiplos fatores, que variam entre biológicos, ambientais e sociais.

Dessa forma, estudos sugerem que o modelo neurobiológico, isoladamente, não é suficiente para explicar as causas do TDAH. Mattos et al. (2006, p. 52) destacam que “a adoção de um único modelo etiológico neurobiológico parece ser insuficiente até o momento para explicar a grande heterogeneidade observada no desempenho em testes neuropsicológicos”. Algumas pesquisas apontam que o transtorno pode estar relacionado a dificuldades no controle inibitório, devido a alterações em áreas do cérebro envolvidas ao planejamento e à atenção. Também destacam, problemas na resposta às recompensas tardias, condicionadas às mudanças nos sistemas de motivação (Brandão, 2011). Esses resultados reforçam que ainda não há um modelo único capaz de explicar as diferenças observadas no desempenho de indivíduos com TDAH em testes neuropsicológicos.

Os impactos do TDAH na vida dos neurodiversos podem ser observados ao longo da vida. Mesmo com diagnóstico e tratamento adequado esses sintomas permanecem na fase adulta em 60% a 70% dos casos, embora possam ser amenizados pelo uso de medicamentos e tratamentos (Desidério; Miyazaki, 2007; Paula *et al.*, 2023). Sendo assim, o TDAH é considerado um transtorno crônico, uma vez que não tem cura e impacta negativamente na vida acadêmica, profissional e social dos sujeitos com transtorno (Brandão, 2011; Diniz; Barros, 2021). Entretanto, embora os efeitos sejam sentidos ao longo da vida, são mais

facilmente vislumbrados na infância na fase escolar, quando é exigido dela maiores atividades cognitivas e prolongadas.

As crianças com TDAH ao iniciar os estudos na pré-escola, logo são evidenciadas no seu comportamento características como agitação e inquietude ou falta de atenção. Para aquelas com predominância a hiperatividade costumam mover-se sem parar pelo ambiente, geralmente mexem em vários objetos, agitam pés e mãos, não param quietas na cadeira, por vezes muito falantes e constantemente pedem para sair de sala (Kestelman, 2017).

A prevalência de desatenção e hiperatividade faz com que crianças e adolescentes apresentem baixo rendimento escolar, visto que possuem maior dificuldade de concentração, de organizar e finalizar atividades e de seguir orientação, tem dificuldade de finalizar tarefas, mudando de outra sem concluir nenhuma (Bruna, 2013; ABDA, 2024). Esses sintomas se mantêm por toda a vida, dificultando significativamente o progresso estudantil de crianças e adolescentes.

O estudo de Signor e Santana (2020), apontou que em ambientes escolares podem ocorrer um processo de rotulação dessas crianças e adolescentes e a exclusão dos grupos de convívio. Outros estudos discorrem sobre o status de inferiorização dado ao estudante com TDAH, para Lima (2023), tais fatores evidenciam as desigualdades enfrentadas pelos portadores do transtorno e a violação do direito à educação. Conforme o doutrinador Flávio Corrêa Coutinho “a educação como direito fundamental social é pressuposto básico para a concretização de todos os demais direitos. O direito à educação constitui-se como um instrumento para que os indivíduos possam usufruir a igualdade de oportunidades” (Coutinho, 2017, p. 92, *apud* Diniz; Barros, 2021, p 29). Desse modo, a educação deve ser espaço de inclusão, exercício do direito e erradicação das desigualdades.

Diversos estudos na área da psicologia afirmam a importância das relações sociais positivas, no entanto, indivíduos com TDAH desde cedo passam a experienciar problemas de sociabilidade. Segundo Desidério e Miyazaki (2007, p. 166), é “no início do ensino fundamental, que a criança com TDAH começa a ser vista como diferente das demais e os problemas começam a aparecer com maior intensidade”. Nesta fase crianças e adolescentes com TDAH enfrentam dificuldades em estabelecer relações sociais estáveis, visto que esses indivíduos “têm dificuldade em manter amizades e, frequentemente, são evitados por estudantes de sua idade”, desse modo, tendem a se isolar (Lima 2023, p. 24117). Assim, crianças e jovens com TDAH podem apresentar comportamento agressivo e instável, ou seja, são mais propensos a desenvolver problemas comportamentais.

Segundo a literatura consultada, pesquisas têm encontrado nos indivíduos com TDAH níveis significativamente mais baixos de competências sociais, interação social e habilidades de comunicação, visto que segundo Lima (2023, p. 24117) “essas crianças e adolescentes têm dificuldade em entender a perspectiva de outras pessoas e em perceber o feedback social”. Esses problemas afetam diretamente a capacidade dos mesmos em entender de forma adequada as pistas sociais, o que pode levar a respostas e reações negativas por parte de seus pares.

Isso evidencia-se que as relações sociais afetam diretamente a qualidade de vida dessas crianças e adolescentes e, “essas dificuldades podem contribuir para a exclusão social, estigmatização e baixa autoestima, resultando em um impacto negativo no desenvolvimento emocional desses jovens” (Lima, 2023, p. 24120). Neste sentido, pesquisas têm mostrado que os neurodivergentes com TDAH têm maior propensão à dependência química (drogas e bebidas) e depressão (Diniz; Barros, 2021).

Em crianças portadoras de TDAH, as alterações da função executiva prejudicam a capacidade delas em lidar com tarefas de baixa motivação, aquelas que exigem capacidade de persistência da atenção, ainda afetam as funções de “controle de impulsos e inibição do comportamento como também do nível de atividade” (Brandão, 2011, p.40). Tais características do TDAH exigem do indivíduo portador, maior e contínuo esforço para promover estratégias específicas de autorregulação e adaptação às demandas do ambiente.

As funções executivas são habilidades cognitivas que permitem que indivíduos se envolvam em comportamentos específicos. A pessoa com TDAH, apresenta alterações no funcionamento do lobo frontal do cérebro interferindo no desenvolvimento das funções, as quais destacando-se as seguintes: atenção; capacidade de autoestimulação; habilidade de planejar-se com objetivos e metas; controle dos impulsos e das emoções; e memória, que está diretamente relacionada à atenção (Lima, 2023).

O comprometimento das funções executivas interfere diretamente na maneira como o indivíduo pensa e age. Segundo Mattos *et al.* (2006, p. 52):

As funções executivas capacitam o indivíduo para o desempenho de ações voluntárias, independentes, autônomas, auto-organizadas e orientadas para metas. Em termos práticos, o comprometimento daquelas acarreta problemas na estimativa e uso do tempo, no cumprimento de obrigações, além de dificuldades de colocar em prática proposições e acordos realizados no plano teórico”.

As alterações das funções executivas, ainda que presente em crianças com TDAH, é mais perceptível na vida adulta quando passa a ser necessário maior autonomia nas tomadas de decisões. Embora os sintomas de hiperatividade e impulsividade tendam a reduzir ao final da adolescência, adultos com TDAH mantêm graus variados da tríade sintomática de desatenção, inquietude e impulsividade. As consequências desses sintomas na vida dos acometidos pelo transtorno por vezes são complexas, interferindo em diferentes frentes, inclusive na vida conjugal. Mattos *et al.* (2006), relaciona a impulsividade com os relacionamentos rompidos prematuramente. Neste sentido, Diniz e Barros (2021) destacam que há um expressivo número de desemprego e divórcios entre os adultos com TDAH.

Sintomas como a desatenção, desorganização, comprometimento da memória e falta de sono, são normalmente identificados na fase adulta, sendo que o primeiro sintoma pode ser evidenciado em “situações dialógicas, em tarefas que exigem organização e sustentação da atenção ao longo do tempo e nas dificuldades com a memória” (Mattos *et al.* 2006, p. 52). No indivíduo com TDAH algumas funções executivas comumente encontram-se deficitárias, sendo:

[...] ativação independente para as tarefas, persistência, planejamento, organização, automonitoramento, controle de impulsos, estabelecimento de prioridades, tomada de decisão e integração de diferentes atividades mentais de momento a momento, entre outros (Mattos *et al.* 2006, p 52).

Os sintomas do transtorno podem ser amenizados quando diagnosticado e tratado corretamente, no entanto, ainda que isso ocorra, Diniz e Barros (2021) alertam que os indivíduos continuam sendo afetados na escola, nas universidades, na profissão e nas relações sociais, isso porque o portador de TDAH encontra dificuldade para realizar sozinho suas tarefas, principalmente quando são muitas, sendo necessário que outras pessoas lembrem o tempo todo o ele precisa fazer (Kestelman, 2017). Além disso, para o portador de TDAH pode ser difícil persistir nas tarefas, frequentemente “deixa as coisas pela metade”, inacabadas.

Sendo assim, o TDAH se mostra um desafio que precisa de um olhar atento da família, dos profissionais de educação e de saúde, e de políticas públicas que visem a melhoria das condições de vida para os neurodivergentes afetados pelo TDAH, os quais representam uma expressiva parcela da população mundial, composta por muitos brasileiros.

2.3 A REPRESENTATIVIDADE DE BRASILEIROS NEURODIVERSOS ACOMETIDOS PELA CONDIÇÃO TDAH

O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade atinge pessoas de diferentes faixas etárias por todo o mundo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Associação Americana de Psiquiatria (APA), em 2022, o TDAH afetava cerca de 3% dos adultos e entre 5% e 8% das crianças e adolescentes ao redor do mundo. Ainda no mesmo ano, no Brasil, verificou-se que a estimativa da prevalência do TDAH em crianças e adolescentes, com idade entre 6 e 17 anos, era cerca de 7,6%, e em pessoas com idade entre 18 e 44 anos 5,2% e nos indivíduos maiores de 44 anos em torno de 6,1% (Brasil, 2022).

Estudos mostram que nos últimos anos houve um expressivo aumento no número de diagnósticos para todas as idades. Segundo o portal Drauzio Varella em um período de 20 anos nos EUA, houve uma “explosão” no número de casos de TDAH aumentando de 6,1% (em 1997) para 10,4% até 2016 (Marins, 2024). Este aumento repercute para o Brasil, segundo jornais de circulação tais como Correio Braziliense e Zero Hora, com base em dados do Ministério da saúde, noticiaram que em 2022 cerca de 11 milhões de brasileiros são afetados pelo transtorno, destes, 2 milhões são adultos. Ainda sobre dados do ano de 2022, o estudo de Ribeiro *et al.* (2024) apontou que naquele ano, 229.872 crianças de 0 a 14 anos, foram diagnosticadas com TDAH no Brasil, a pesquisa de Ribeiro *et al.* (2024) ainda buscou analisar o perfil epidemiológico dessas crianças, constatando-se que a maioria dos diagnósticos são oriundos de clínicas e ambulatórios de atendimento especializado e baixa contribuição do CAPS na emissão dos diagnósticos. Também foi observado índice por região, sendo a de maior incidência de diagnósticos a região nordeste, e a região norte com o menor número de casos. Segundo os autores “essas variações podem refletir disparidades na disponibilidade de recursos diagnósticos e na conscientização sobre a condição em diferentes áreas” além disso, podem estar envolvidas fatores culturais, sociais e metodológicos os quais influenciam a percepção clínica e as diferenças nas prevalências de transtornos comportamentais entre culturas (Ribeiro *et al.*, 2024, p.16). Ainda foi encontrado resultado igualmente já apontado por Cruz, Minervino e Pereira (2021), sobre a maior prevalência de diagnóstico em meninos. Além disso, o estudo revela que a maior parcela da população afetada é parda.

2.4 O DIAGNÓSTICO DOS NEURODIVERSOS COM TDAH

O diagnóstico médico dos neurodiversos com TDAH deve fundamentar-se no quadro clínico comportamental, proveniente de sistemas classificatórios como o (Diagnostic and Statistical Manual - 4rd edition) DSM-IV ou a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) aplicando critérios validados pela comunidade científica. Entre as ferramentas validadas na avaliação padronizadas para o diagnóstico de TDAH, inclui-se questionários de autorrelato, escalas de avaliação comportamental e testes neuropsicológicos, embora alguns autores, como Mattos *et al.* (2006), vejam a validade deste último com ressalvas, para diagnósticos em adultos.

A ausência de um marcador biológico implica que o diagnóstico seja baseado em avaliação clínica e comportamental, considerando também o cotidiano do indivíduo. Nesta perspectiva têm-se dado mais atenção aos fatores de risco presentes na história de vida da criança (Ortega *et al.*, 2010; Brandão, 2011).

De acordo com Desidério e Miyazaki (2007, p.174) “o diagnóstico do TDAH requer a identificação de comportamentos específicos, presentes em mais de um contexto, como na escola, em casa ou em ambientes sociais”, tendo a práticas diagnósticas abrangência multidimensionais. Sendo assim, o diagnóstico do transtorno em crianças, também baseia-se em relatos subjetivos acerca do seu comportamento e em resultados de questionários preenchidos pelos pais, por professores/ escola e eventualmente pela própria criança.

Por outro lado, o diagnóstico em adultos depende de uma abordagem clínica, “obtido através de uma anamnese cuidadosa, do emprego de critérios clínicos bem definidos e de treinamento no diagnóstico diferencial de transtornos psiquiátricos” (Mattos *et al.*, 2006, p 57). Para diagnóstico em adultos, o método clínico é o instrumento mais recomendado para evitar equívocos nos diagnósticos e a super inclusão de casos, principalmente devido a suposição de diagnósticos por indivíduos leigos auto-referidos (Desidério; Miyazaki, 2007; Mattos *et al.*, 2006).

Há casos em que o diagnóstico do TDAH é facilitado devido ao grau de sintomas apresentados pelo indivíduo. Cerca de 80% dos indivíduos com diagnóstico de TDAH apresentam sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, podendo variar o grau entre os sintomas (Desidério; Miyazaki, 2007).

Os sintomas podem se manifestar de formas diferentes para o sexo masculino e o feminino. Nos meninos prevalecem os sintomas de hiperatividade e impulsividade, enquanto nas meninas a tendência a sintomas de desatenção.

O estudo de Ribeiro *et al.* (2024) mostrou que a taxa de diagnóstico de meninos é maior, em comparação a de meninas, as quais muitas vezes enfrentam desigualdades no atendimento por questão de gênero, obtendo o diagnóstico tardiamente em relação a seus pares, visto que os sintomas muitas vezes são confundidos com comportamentos próprio do sexo feminino. Segundo Martins (2024) a diferença de sintomas entre os sexos permite que os garotos tenham cinco vezes mais chance de serem diagnosticados com TDAH do que as garotas, além disso eles têm de três a oito vezes mais possibilidade de receberem o tratamento adequado. Isso mostra que a avaliação diagnóstica se diferencia conforme a idade ou sexo do indivíduo.

Para o diagnóstico de TDAH em crianças e adolescentes os critérios e métodos são semelhantes, contudo, no caso dos adolescentes, eles podem apresentar sintomas menos evidentes ou diferentes, tornando essencial considerar o prejuízo funcional em vários contextos (escolar, social e familiar), pois, segundo Graeff e Vaz (2008, p.349) “jovens com elevados potencialmente (como inteligência, habilidades cognitivas, ou outros talentos específicos) podem compensar parcialmente os sintomas, funcionando dentro da média esperada para a idade”, apresentando sintomas mais discretos ou diferentes dos observados em crianças. Além disso, fatores como elevado potencial cognitivo e comorbidades devem ser analisados para evitar diagnósticos equivocados e garantir uma avaliação abrangente e precisa. Entre as comorbidades associadas com o TDAH em jovens, estudos identificaram o transtorno de conduta associado, transtorno desafiador opositivo, transtornos de ansiedade e de depressão (Ribeiro *et al.*, 2024; Graeff; Vaz, 2008).

Assim fica evidente que o diagnóstico para TDAH carece de uma minuciosa investigação clínica da história do paciente, realizado por profissionais com competência, experiência clínica e conhecimento teórico, ou seja, é imprescindível uma análise qualificada, e abrangente do funcionamento cognitivo da criança e do adolescente. Desse modo, destaca-se que “o intercâmbio multidisciplinar é de extremo valor, pois a troca de informações entre profissionais de diversas áreas, como psiquiatras e psicólogos, por exemplo, pode ser muito útil para um entendimento mais global de um caso” (Graeff; Vaz, 2008). Porém, esses profissionais nem sempre estão acessíveis às famílias, e essa dificuldade de acesso e adesão a equipes multidisciplinares, assim como problemas na relação médico-paciente, podem atrasar

o diagnóstico do TDAH. Isso significa que, sem profissionais adequados e uma boa comunicação entre médico e paciente, o tempo necessário para identificar o transtorno aumenta, dificultando uma avaliação precoce (Paula *et al.*, 2023).

Nota-se a importância de atendimento para um diagnóstico adequado do problema, pois o diagnóstico tardio e equivocado do TDAH “interfere principalmente na relação benéfica entre o tratamento não farmacológico e o tratamento medicamentoso” (Paula *et al.*, 2023, p. 6859). Sendo o diagnóstico imprescindível, para que portadores de TDAH recebam tratamento correto, dando a estes, condições para melhor desempenho acadêmico, profissional, social, ou seja, melhor qualidade de vida.

2.5 INDICAÇÕES DE TRATAMENTO PARA OS SINTOMAS DO TDAH

O tratamento para o TDAH abrange, desde terapia comportamental à medicamentos, lembrando que do ponto de vista médico, até o momento, não há cura para o transtorno. No âmbito da medicina, o tratamento é descrito como multimodal, ou seja, deve envolver equipes diversificadas de profissionais, realizado por meio de intervenções multidisciplinares, combinando abordagens psicossociais e psicofarmacológicas, conforme a intensidade dos sintomas (Mattos *et al.*, 2006; Desidério; Miyazaki, 2007; Ortega, 2010; Brandão, 2011), e outros.

Lima (2023) reflete sobre a importância de uma abordagem integrada para o tratamento de crianças e adolescentes com TDAH com problemas de sociabilidade. Assim, com intuito de melhorar o controle dos impulsos e na adaptação escolar e social é recomendado a “intervenção medicamentosa, orientação aos pais e professores, além de técnicas específicas que são ensinadas ao paciente” (Brandão, 2011, p. 45). Desse modo, o tratamento pode ser ampliado para além somente do uso do medicamento, pois este atua apenas nos sintomas e inclui inclusive a psicopedagogia no caso de estudantes. Estudos também apontam para que haja uma melhora significativa, é fundamental que o indivíduo compreenda sua condição e desenvolva estratégias para lidar com os sintomas de maneira mais saudável, considerando não apenas aspectos biológicos, mas também fatores afetivos e sociais associados ao TDAH, e isso pode ser proporcionado por meio de atendimento especializado como a terapia comportamental (Lima, 2023).

Neste sentido, alguns autores defendem para melhorias dos sintomas de TDAH, o uso da psicoterapia chamada de Terapia Cognitivo Comportamental que, segundo Diniz e Barros

(2011), no Brasil é uma prática exclusiva de psicólogos. Para que a prática alcance resultados positivos, Lima (2023), destaca importância da colaboração conjunta:

A terapia comportamental, as intervenções baseadas na escola e as medidas preventivas devem ser implementadas em conjunto para garantir o sucesso do tratamento. A colaboração entre profissionais de saúde mental, educadores e pais é crucial para promover melhores resultados e garantir que os pacientes com TDAH possam ter uma qualidade de vida satisfatória (Lima, 2023, p. 24122).

Segundo Brandão (2011), as técnicas da terapia cognitivo-comportamental (TCC) buscam auxiliar na percepção da capacidade de modificar comportamentos e pensamentos, além de promover o desenvolvimento de estratégias de autocontrole pelo indivíduo afetado pelo efeito do TDAH. De forma geral, essa abordagem terapêutica inclui treino em solução de problemas, desenvolvimento de habilidades sociais, técnicas de relaxamento, organização de atividades rotineiras e de objetivos, bem como a reestruturação de padrões de pensamento que possam ser prejudiciais.

Intervenções farmacológicas e psicoterápicas têm como principais objetivos o controle dos impulsos e a melhoria da adaptação escolar e social. No caso de crianças e adolescentes com TDAH, o tratamento terapêutico medicamentoso tem sido a primeira opção (Brandão, 2011).

Especialistas parecem convergir quanto ao uso da medicação e eficácia no tratamento dos sintomas do TDAH. De acordo com Louzã e Mattos (2007), os fármacos usados para o tratamento do TDAH em adultos são compostos por três grupos de medicamentos: os psicoestimulantes, os antidepressivos e a atomoxetina. O medicamento mais indicado no Brasil e principalmente nos Estados Unidos, onde há um exacerbado consumo, é o Metilfenidato, conhecido popularmente como Ritalina/Concerta (Ortega *et al.*, 2010).

No Brasil, vários estudos apontam o metilfenidato como o principal estimulante utilizado na intervenção psicofarmacológica para tratar o TDAH em indivíduos de diferentes faixas etária (Mattos *et al.*, 2006; Graeff; Vaz, 2008; Ortega *et al.*, 2010; Cruz; Minervino; Pereira, 2021). Essa medicação se mostrou eficaz em todas as apresentações do transtorno (Cruz; Minervino; Pereira, 2021, p. 10). Em estudos mais atuais, a lisdexanfetamina (venvance) é incluída na indicação de medicamentos para o tratamento dos sintomas do TDAH (Paula *et al.*, 2023).

No Brasil, o metilfenidato está disponível em três formulações, uma de ação rápida e duas de ação mais prolongada. “A formulação de liberação imediata exige o uso de várias tomadas ao longo do dia, por causa de sua rápida metabolização e eliminação” já as

formulações de liberação prolongada, por diminuírem o risco do efeito de reforço causado por súbitos aumentos do nível plasmático de metilfenidato, o que reduz o potencial de abuso enquanto mantém a ação terapêutica, são consideradas mais seguras, além de mais práticas (Louzã; Mattos, 2007, p. 53). O quadro 2 mostra detalhes destas formulações:

Quadro 2 - Formulações de metilfenidato disponíveis no Brasil.

| Nome comercial | Método de liberação | Duração da ação | Número de tomadas diárias | Doses disponíveis (mg) |
|----------------|----------------------------|-----------------|---------------------------|------------------------|
| Ritalina® | Imediata | 3-4 horas | 3 a 5 | 10 |
| Ritalina LA® | Prolongada (sistema SODAS) | 8 horas | 1 a 2 | 20, 30, 40 |
| Concerta® | Prolongada (sistema OROS) | 12 horas | 1 | 18, 36, 54 |

Fonte: Louzã Mattos (2007, p. 54).

Brandão (2011) destaca que no tratamento do TDAH em pessoas que apresentam comorbidade ou na ausência de resposta aos estimulantes, se faz necessário uma combinação da medicação com antidepressivos tricíclicos e a bupropiona.

Como pode se observar no Brasil o Metilfenidato e a lisdexanfetamina são um dos poucos recursos medicamentosos que os portadores de TDAH podem usar com eficácia comprovada, para auxiliar na diminuição dos sintomas e melhorar a qualidade de vida. Porém, é importante destacar que a alta prescrição de medicamentos como a Ritalina no Brasil, frequentemente sem um diagnóstico preciso, aponta para uma necessidade urgente de revisão das práticas de avaliação e tratamento do TDAH. O incentivo ao uso de abordagens comportamentais e a conscientização sobre o diagnóstico clínico são fundamentais para evitar a dependência indevida de medicamentos e para promover uma intervenção mais ética e centrada na realidade de cada indivíduo (Ortega *et al.*, 2010).

O Brasil é o segundo maior consumidor mundial de medicamentos tarja preta, ficando atrás apenas dos Estados Unidos, segundo uma pesquisa realizada em 2011 pela USP, Unicamp e Albert Einstein College of Medicine, quase 75% dos jovens brasileiros que utilizam Ritalina ou similares não possuem diagnóstico correto, (Fernandes; Marcondes, 2017). No Brasil, diagnósticos psicopedagógicos e a crescente medicalização de Dificuldades/Transtornos de Aprendizagem têm legitimado o uso do metilfenidato, cujo controle por receita médica ainda

não impede o uso da substância entre adolescentes e pessoas sem diagnóstico de TDAH. Segundo Ortega *et al.* (2010), indivíduos sem diagnóstico de TDAH ou outras condições médicas que justifiquem o uso do medicamento passaram a utilizá-lo com o objetivo de melhorar o desempenho acadêmico.

Esse uso indevido para fins não terapêuticos implica em questões sociais, ética e culturais, pois além dos riscos de dependência e outros efeitos colaterais que estes jovens estão sujeitos, está implícito o fator de desigualdade social.

Ortega *et al.* (2010), explica que a medicação age na parte cognitiva dos indivíduos, aumentando a concentração dos neurotransmissores e alivia os sintomas do transtorno. Assim, para um portador de TDAH, em tratamento o uso medicação dá a eles condições de “igualdade” de aprendizado, convivência e desenvolvimento como um todo (acadêmico profissional, social e pessoal) em comparação aos indivíduos sem o transtorno, simbolizando um instrumento de justiça social.

Como pode se perceber, evidenciou-se neste capítulo a importância do diagnóstico e tratamento adequado para indivíduos neurodiversos com TDAH. Isso mostra a emergência do debate para igualdade e equidade no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, garantindo que todos possam contar com equipes multidisciplinares, medicamentos e suporte de forma justa e acessíveis. Essas medidas são essenciais para contribuir com o desenvolvimento humano dessas pessoas.

2.6 PARTICIPAÇÃO DO SUS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO TDAH.

A preocupação com diagnósticos tardios, equivocados e a falta de tratamento é crescente diante da complexidade dos sintomas dos portadores de TDAH, isso destaca a importância de contar com especialistas e técnicas adequadas para diagnósticos e tratamentos mais precisos (Mattos *et al.*, 2006; Ribeiro *et al.*, 2024). O atraso no diagnóstico e no tratamento compromete significativamente a qualidade de vida dessas pessoas, reforçando a necessidade de uma rede de amparo como o Sistema Único de Saúde (SUS), que preza pelo atendimento igualitário e de qualidade, uma vez que tal suporte é fundamental para a dignidade humana, conforme os princípios da lei.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei nº 8.080/90, baseia-se na concepção de que a saúde é um direito de todos e uma obrigação do Estado, cuja função é garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade, abrangendo as diversas necessidades da população,

segundo os princípios de universalidade, integralidade e equidade, com o objetivo de promover a justiça social (Brasil, 1990).

Para atingir esse propósito, o SUS organiza-se conforme as diretrizes de descentralização, regionalização e controle social, visando garantir que os serviços estejam próximos às pessoas e respeitem as especificidades locais. Além disso, busca-se a participação ativa dos cidadãos na construção e qualificação desse sistema, assegurando a inclusão de ações em diferentes níveis de complexidade para atender às variadas demandas de saúde da população (Brasil, 2000).

Com o passar do tempo novas leis foram implementadas para o SUS, no campo da saúde mental surgiu a Lei 10.216/2001 que estabeleceu normas sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e regulamentou os tipos de internações psiquiátricas. Quase uma década depois, em 2010, a Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Um ano depois com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, o SUS passou a adotar o modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS), com a finalidade de assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

A Portaria MS/GM nº 4.279/2010, apresenta três funções essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS): i) Resolução - visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população. ii) Organização - visa organizar os fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde; iii) Responsabilização - visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam (Brasil, 2010b).

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, incluiu em sua revisão o decreto supracitado e aprovou a “*Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*”. No artigo 2, § 4º foram adotadas estratégias visando minimizar desigualdades/iniqüidades, com objetivo de evitar a exclusão social de grupos vulneráveis e suscetíveis a sofrer estigmatização ou discriminação, “de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde”. A Portaria ainda estabelece em seu art. 3º os princípios e diretrizes a serem operacionalizados na Atenção Básica do SUS e da RAS, entre eles destaca-se a Universalidade, a Equidade e a Integralidade (Brasil, 2017). Essas redes são importantes por integrarem os serviços e ações de diferentes níveis tecnológicos, conectados por sistemas de suporte técnico, logístico e de gestão, para garantir um cuidado integral e contínuo.

Para compreender tal política de saúde é essencial entender a sua base principiológica. O princípio da Universalidade traz em seu âmago garantir o acesso contínuo e universal a serviços de saúde de qualidade e eficaz:

[...] possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades (Brasil, 2017).

No segundo, o Princípio da Equidade, apresenta que o cuidado em saúde deve ser oferecido considerando as diferenças sociais e individuais, garantindo atendimento inclusivo e equitativo a todos (Brasil, 2017).

Ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

A garantia de atendimento integral, está explícito no Princípio da Integralidade. Este define que o cuidado em saúde deve ser completo, considerando todas as dimensões das necessidades das pessoas, além do tratamento de doenças.

É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade (Brasil, 2017).

Estes princípios são importantes por convergir com os objetivos da RAS, a qual visa promover uma integração dos serviços de saúde para fornecer uma atenção de qualidade, responsável e humanizada, e melhorar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica (Brasil, 2010a).

Isso posto, evidencia-se o comprometimento do SUS para com o cuidado completo com a saúde de todos e de forma equitativa, eficiente e contínua. No entanto, estudiosos têm denunciado, no que tange o atendimento aos neurodiversos com TDAH, demora no atendimento, escassez de profissionais de saúde mental treinados, tanto para o diagnóstico bem como para o tratamento do TDAH, falta de informações, diagnósticos equivocados e a indisponibilidade de medicação para tratar o transtorno (Diniz; Barros, 2021; Ribeiro *et al.*, 2024;).

Nessa toada, é necessário discutir o papel do SUS na garantia do atendimento e tratamento para as pessoas com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade de forma igualitária, pois, o Sistema Único de Saúde é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e tem proporcionado avanços importantes, mas ainda enfrenta barreiras significativas para oferecer diagnóstico precoce e atendimento especializado. A luta das famílias por cuidados adequados e a capacitação dos profissionais evidenciam que, embora o SUS tenha progredido, ainda há obstáculos a serem superados para garantir um atendimento inclusivo e equitativo para todos, tamanha a relevância deste ponto temático que se faz necessário um capítulo inteiro para tratar de suas particularidade, sendo o terceiro capítulo destinado para este fim.

3. CAPÍTULO II - POLÍTICAS PÚBLICAS – MAPEAMENTO DE LEIS E PROJETOS

3.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente capítulo visa abordar as políticas públicas existentes quanto à inclusão das pessoas com TDAH na sociedade. Ele está dividido em 4 itens, de modo que o primeiro tratará da importância do reconhecimento do direito como fundamental; o segundo quanto à disposição de recursos; o terceiro se refere a solicitação de tratamento no judiciário; No quarto, por fim, a apresentação e análise da eficácia de leis e propostas.

3.2 RECONHECIMENTO DO DIREITO

O reconhecimento dos direitos fundamentais à personalidade humana passou por uma evolução lenta e gradual ao longo da história. Como destacado por Szaniawski (2005), foi na Grécia Antiga que surgiu a ideia de igualdade entre os indivíduos, assim como o entendimento da lei como reguladora das relações sociais em prol do bem comum. Já na sociedade romana, a visão sobre personalidade jurídica era mais restrita, limitando-se a

indivíduos que possuíssem três condições específicas: o *status libertatis*, o *status civitatis* e o *status familiae*, com cidadania sendo exigida para o primeiro (Silva, 2022).

A meta de garantir acesso igualitário aos serviços de saúde a todos os cidadãos têm grandes implicações para o contexto nacional, que é marcado por desigualdades significativas entre grupos populacionais em termos de renda, condições de vida e escolaridade. Essas diferenças afetam o acesso aos serviços de saúde conforme as necessidades de cada indivíduo. Para promover a igualdade de acesso, as desigualdades socioeconômicas precisam ser reconhecidas e enfrentadas por meio de políticas públicas.

Assim, o princípio da equidade surge como uma extensão do princípio da igualdade, implicando que pessoas com diferentes necessidades devem ser tratadas de forma diferenciada para que, ao final, alcancem igualdade de condições. No âmbito das políticas públicas, a equidade significa uma distribuição diferenciada de recursos, serviços e oportunidades, destinando mais recursos a grupos desfavorecidos (Escorel, 2009). A equidade em saúde é alcançada quando se garante igualdade de acesso ao cuidado e a utilização, para necessidades semelhantes e qualidade de cuidado igual para todos (Whitehead, 1992).

No cenário internacional, o Brasil é signatário do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas, adotado pela XXI Sessão da Assembleia Geral da ONU em 19 de dezembro de 1966 (Brasil, 1992), e do Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, também conhecido como Protocolo de São Salvador, concluído em 17 de novembro de 1988 (Brasil, 1999). Em relação ao direito à saúde, o artigo 12 do Pacto reconhece o direito de toda pessoa ao mais alto nível de saúde física e mental, e o artigo 10 do Protocolo estabelece que toda pessoa tem direito à saúde, compreendendo-a como o desfrute do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social (Brasil, 1992;1999).

Ao ratificar esses tratados, o Brasil confirma o direito à saúde como um direito humano, assumindo-o também como um direito fundamental ao incorporá-lo na Constituição Federal de 1988, no título sobre direitos e garantias fundamentais. Esse direito está associado ao direito à vida (art. 5º, capítulo I: dos direitos e deveres individuais e coletivos) e é um direito social (art. 6º, capítulo II: dos direitos sociais), implicando tanto o direito a receber

cuidados de saúde (direito positivo)² quanto ao direito de proteção contra ameaças à saúde (direito negativo)³ (Sarlet; Figueiredo, 2010).

Outro aspecto importante do direito à saúde no Brasil é o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde. No título sobre a ordem social, o artigo 196 da Constituição estabelece que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde" (Brasil, 1988). Já o artigo 198 determina que as ações e serviços de saúde públicos devem compor uma rede regionalizada e hierarquizada, formando um sistema único com as seguintes diretrizes: i) descentralização com direção única em cada esfera de governo; ii) atendimento integral, priorizando atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; e iii) participação comunitária (Brasil, 1988).

3.3 ESCASSEZ DE RECURSOS ATUAIS

Selecionar as tecnologias mais adequadas para a saúde de uma população, considerando simultaneamente as necessidades e preferências dos pacientes, representa um desafio em qualquer sistema de saúde universal. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a incorporação de novas tecnologias desperta grande interesse na sociedade, frequentemente envolvendo perspectivas conflitantes. Contudo, os aspectos sociais frequentemente acabam sendo colocados em segundo plano diante de outras prioridades.

Conforme o Ministério da Saúde (2016), tecnologia em saúde refere-se à aplicação de conhecimentos voltados para promover a saúde, prevenir e tratar doenças, além de reabilitar os indivíduos. Entre os exemplos de tecnologias em saúde, destacam-se: medicamentos, produtos médicos, procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte, bem como programas e protocolos assistenciais que orientam a prestação de cuidados à população. Essas tecnologias abrangem desde a prevenção de doenças até o tratamento e a recuperação da saúde das pessoas.

Relevante destacar a complexidade dos processos envolvendo a avaliação de tecnologias e a tomada de decisão sobre a incorporação de tecnologias ao sistema de saúde.

² Direito positivo é conjunto de normas jurídicas criadas e estabelecidas por uma autoridade legítima, como o Estado, para regular as relações sociais. Ele é definido pela legislação e deve ser seguido pelos cidadãos (Azevedo, 2020).

³ Direito negativo está relacionado à ideia de direitos fundamentais que protegem o indivíduo de interferências externas, especialmente do Estado. Enfatiza a liberdade do indivíduo para agir sem restrições indevidas (Azevedo, 2020).

As decisões sobre a incorporação não levam em conta apenas as evidências de sua eficácia e segurança, mas também se consideram evidências de efetividade, além de evidências econômicas que atestem a superioridade da tecnologia avaliada em relação a outras existentes (já incorporadas ou não) e que demonstrem o impacto orçamentário que a possível incorporação da tecnologia provocará no sistema de saúde (Charlton et al., 2017).

Portanto, a decisão sobre a oferta de um determinado bem ou serviço, como as tecnologias, em um sistema de saúde leva em consideração fatores que extrapolam o campo da medicina baseada em evidências, pois não é suficiente ter provas que suportem a indicação de seu uso para orientar uma prática clínica é preciso avaliar as várias alternativas terapêuticas e escolher aquela que resulte na melhor relação entre seus custos e os benefícios produzidos, mas não apenas isso, é necessário também considerar o impacto orçamentário de sua introdução. Novas tecnologias podem ser custo-efetivas, porém caras demais para serem custeadas pelo sistema de saúde (Charlton et al., 2017).

Além disso, em um contexto de escassez de recursos, incorporar uma tecnologia com alto impacto orçamentário pode resultar na redução da oferta de outras tecnologias, com possíveis prejuízos para o direito à saúde no Brasil, seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça da população, destaca-se que esta não é apenas uma preocupação em países em desenvolvimento, países desenvolvidos consideram, na decisão de incorporação de uma tecnologia, os resultados de estudos de impacto orçamentário. França, Alemanha, Suécia, Inglaterra, Itália, Holanda, Polônia e Espanha utilizam esses estudos, sendo que eles são obrigatórios nos processos decisórios de incorporação de tecnologias na Alemanha, Inglaterra e Polônia (Angelis; Lange; Kanavos, 2018).

3.4 O PAPEL DOS ESTIMULANTES NO TRATAMENTO DO TDAH E OS DESAFIOS DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL

No tratamento do TDAH, estudos desenvolvidos no Canadá demonstraram eficácia superior para os estimulantes em comparação com outras modalidades, incluindo tratamentos comportamentais e psicossociais (The Mta Cooperative Group, 1999; Conner, 2002) . Em suas diretrizes de 2001, a Academia Americana de Pediatria recomendou medicamentos estimulantes como tratamento de primeira linha para o TDAH, novamente devido à sua eficácia demonstrada no tratamento dessa condição. Por sua vez, em 2002, a Academia Americana de Psiquiatria da Criança e do Adolescente se referiu ao metilfenidato e às anfetaminas para uso como estimulantes de primeira linha (AACAP Official Action, 2002).

Segundo Hosenbocus e Chahal (2009, “*tradução nossa*”) havia preocupações crescentes com as preparações de estimulantes de liberação imediata, a adesão estava se tornando um problema devido à necessidade de administração de múltiplas doses por dia, o uso de doses diárias criou uma exposição e algumas crianças não estavam dispostas a tomar medicamentos na escola, perdendo assim doses. Também havia preocupações sobre os picos e baixa significativa dos níveis de estimulantes no sangue ocorrendo nos momentos mais desestruturados do dia, quando o controle dos sintomas é mais necessário. As implicações dessas variações nos níveis de sangue a longo prazo, bem como a ocorrência do fenômeno de rebote ou recaída à noite, levantaram preocupações.

As preocupações supramencionadas ensejaram um ajuste constante das doses pelos clínicos para ajudar as crianças a agirem de forma ideal ao longo de todo o dia, incluindo as noites, para fazer lição de casa ou outras atividades. Em suas diretrizes de prática do TDAH de 2006, a Aliança de Recursos do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade do Canadá (CADDRA) se refere às preparações de longa duração, administradas uma vez ao dia, como Agentes de Primeira Linha, enquanto designa os estimulantes de liberação imediata e de ação intermediária como Agentes de Segunda Linha ou Adjuvantes, essa designação levou a indústria farmacêutica a se concentrar no desenvolvimento de mais preparações de longa duração, administradas uma vez ao dia, quatro dessas estão agora em uso no Canadá e outras formulações estão atualmente disponíveis em outros países. É importante que os clínicos que tratam crianças diagnosticadas com TDAH se familiarizem com os diferentes aspectos desses medicamentos de longa duração e liberação controlada antes que novos agentes cheguem ao mercado (Hosenbocus; Chahal, 2009).

Mais recentemente, na revisão da diretriz de prática clínica de 2019 foram publicadas diretrizes de tratamento de TDAH, onde a AAP recomenda que o clínico deve titular doses de medicamentos para TDAH para atingir seu benefício máximo com efeitos colaterais toleráveis. Dada a grande variabilidade na resposta dos pacientes aos medicamentos para TDAH, há um interesse crescente em ferramentas farmacogenéticas que possam auxiliar os clínicos na seleção da medicação e da dosagem mais adequadas para cada criança ou adolescente. No entanto, as evidências científicas disponíveis ainda não são suficientes para comprovar a utilidade clínica dessas ferramentas. Isso se deve ao fato de que muitas das variantes genéticas comprovadas não foram suficientemente científicas em relação aos efeitos dos medicamentos sobre os sintomas e comprometimentos do TDAH. Além disso, os resultados dos estudos são inconsistentes ou apresentam tamanhos de efeito reduzidos, o que

limita sua aplicabilidade clínica. Por esse motivo, o uso dessas ferramentas farmacológicas não é recomendado (WOLRAICH *et al.*, 2019).

Outro fator a ser considerado é o alto custo desses testes, que podem chegar a milhares de dólares e geralmente não são cobertos pelos planos de saúde. Para que uma ferramenta desse tipo seja indicada para uso clínico, seria necessário que estudos demonstrassem necessidades de: Associações consistentes e replicáveis entre as variantes genéticas comprovadas e a resposta ao tratamento medicamentoso, além de que o conhecimento sobre o perfil genético do paciente impactaria positivamente a tomada de decisão clínica, resultando em melhores resultados ou na redução de custos e carga de tratamento, a aceitabilidade e a confiabilidade do teste, e ainda incluindo a sensibilidade, especificidade e precisão dos resultados. Até que esses critérios sejam atendidos, o uso clínico dessas ferramentas permanece não recomendado (WOLRAICH *et al.*, 2019)

No Brasil, a assistência à saúde da população é oferecida de acordo com um modelo misto, os serviços de saúde são prestados tanto pelo sistema público de saúde, conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS), como pelo sistema de saúde privado (suplementar). Cerca de 75% da população brasileira depende do SUS como forma de acesso assistencial à saúde, convém destacar que a gestão do SUS é tripartite, o que significa dizer que a sua organização e suas obrigações são estabelecidas e divididas entre municípios, estados e Distrito Federal e a União. Dentre outras responsabilidades, cabe precisamente ao governo federal elaborar diretrizes terapêuticas e orientações de diagnóstico e decidir as opções farmacológicas para as mais diversas doenças, incluindo os transtornos mentais (Morozowski; Massuda, 2023).

Na ausência de medicamentos e de orientações oficiais para o tratamento desses transtornos, estados e municípios podem optar por ampliar a assistência farmacêutica, incluindo determinadas substâncias em suas listas próprias de medicamentos (listas estaduais e municipais). Frequentemente, muitas condições clínicas permanecem sem tratamento adequado no SUS, assim, nesses casos, os usuários do sistema precisam recorrer à aquisição dos medicamentos por conta própria, ou quando os recursos financeiros são insuficientes, uma alternativa tem sido buscar o acesso aos medicamentos por meio do Poder Judiciário.

Conforme estudo realizado entre 2022 e 2023, pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER), na última década, ocorreu um aumento percentual importante dos processos judiciais no Brasil com temáticas de saúde, estima-se que mais de 13% dos processos judiciais solicitam tratamentos (cirurgias, exames, internações, medicamentos etc.). Há,

porém, poucos estudos ou estatísticas demonstrando a frequência e as características dos medicamentos solicitados pela via judicial no Brasil.

Morozowski e Massuda realizaram um apanhado sobre a frequência de solicitações dos diferentes grupos de medicamentos, objetivando demonstrar a porcentagem e a frequência dos diferentes grupos medicamentosos utilizados para tratamento psiquiátrico solicitados judicialmente contra os Estados de Santa Catarina e Paraná. Os autores solicitaram às farmácias dos Estados do Paraná e de Santa Catarina que informassem as quantidades de medicamentos dispensados por ordem judicial para pacientes ativos, bem como fornecessem a lista das medicações mais frequentemente utilizadas no tratamento de transtornos mentais em cada estado. Para facilitar a análise, os medicamentos foram classificados em categorias, tais como antidepressivos, estabilizadores de humor, antipsicóticos, estimulantes, indutores do sono, ansiolíticos e outros. É importante destacar que algumas das medicações empregadas no manejo de transtornos mentais também possuem indicações para o tratamento de outras condições de saúde. Exemplos dessas medicações incluem o valproato de sódio, lamotrigina, carbamazepina, gabapentina, pregabalina e duloxetina (Morozowski; Massuda, 2023).

Conforme os resultados obtidos a partir da solicitação de todos os medicamentos dispensados por ordens judiciais ativas na data de 27 de agosto de 2022, ao todo, nessa data, existiam 20.985 solicitações de medicamentos pela via judicial para a Farmácia do Estado do Paraná, vinculada à Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Dessas, 3.176 (15%) eram de medicamentos utilizados em tratamentos psiquiátricos (Morozowski; Massuda, 2023).

No Estado de Santa Catarina, havia 18.855 solicitações judiciais deferidas de medicamentos, e 4.923 (26%) delas eram de uso em tratamentos psiquiátricos. Considerando o total de medicações psiquiátricas fornecidas, os antidepressivos foram os mais deferidos (PR: 48%; SC: 46%). Em seguida, figuravam os antipsicóticos (PR: 24%; SC: 18%), os estabilizadores de humor (PR: 7%; SC: 15%) e os estimulantes (PR: 12%; SC: 7%) (Morozowski; Massuda, 2023).

Em ambos os Estados, a maioria das decisões favoráveis ao usuário do SUS foram para a disponibilização de drogas do grupo dos antidepressivos. Dentre os antidepressivos, a medicação mais deferida judicialmente foi a venlafaxina em ambos os estados. Analisando os estados individualmente, no Estado do Paraná, a droga mais fornecida judicialmente foi o estimulante metilfenidato. Já em Santa Catarina era a venlafaxina (Morozowski; Massuda, 2023).

Quadro 3 - Grupo de medicamentos psiquiátricos deferidos judicialmente nos Estados do Paraná e Santa Catarina:

| | Paraná | | Santa Catarina | |
|---|--------|----------|----------------|----------|
| | | | | |
| Antidepressivos | 1513 | (44,16%) | 2285 | (39,86%) |
| Antipsicóticos | 822 | (23,99%) | 1013 | (17,67%) |
| Ansiolítico e Benzodiazepínicos | 161 | (4,70%) | 384 | (6,70%) |
| Canabidiol | 24 | (0,70%) | 88 | (1,54%) |
| Estabilizador de humor | 250 | (7,30%) | 843 | (14,71%) |
| Estimulantes | 420 | (12,26%) | 395 | (6,89%) |
| Hipnóticos | 76 | (2,22%) | 157 | (2,74%) |
| Medicamento para Demências | 53 | (1,55%) | 108 | (1,88%) |
| Outros* | 107 | (3,12%) | 459 | (8,01%) |
| Total | 3426 | (100%) | 5732 | (100%) |
| *Outros: pregabalina, biperideno e naltrexona | | | | |

Fonte: Morozowski; Massuda, 2023.

O estudo mostra que, de todas as solicitações por via judicial, as solicitações de medicação relacionadas a diagnóstico psiquiátrico, no Estado do Paraná, somam 15%, enquanto no Estado de Santa Catarina, correspondem a 26%.

Ocorre que, mesmo quando existe um Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), nem todas as medicações registradas no país para uma respectiva doença são incluídas nele, existem medicamentos que não passam pela análise do órgão responsável pela avaliação de tecnologias em saúde no SUS (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde-Conitec) e há aqueles cuja incorporação não é recomendada pela comissão. Assim, drogas não contempladas nos PCDTs podem ser objeto de processo judicial, ademais, outro fator que provoca a judicialização de medicamentos para doenças com PCDTs é a ausência de atualização dessas orientações relativas à esquizofrenia, cuja as publicações existentes foram registradas há mais de 10 anos, sem uma nova atualização até o momento.

Assim como ocorre no caso de indivíduos diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), observou-se que, no estado do Paraná, o medicamento mais frequentemente prescrito foi o metilfenidato, este fármaco é amplamente reconhecido e

aprovado para o tratamento do TDAH, sendo indicado como parte do manejo clínico da condição, tanto o metilfenidato quanto a lisdexanfetamina pertencem ao grupo de medicamentos conhecidos como estimulantes, que atuam diretamente no sistema nervoso central para melhorar os sintomas característicos do Transtorno (Morozowski; Massuda, 2023).

Entretanto, apesar da necessidade do tratamento farmacológico, até o momento, não existe oferta de medicamentos para o TDAH no SUS. Atualmente, como mencionado no decorrer deste trabalho, existem no Brasil dois medicamentos aprovados pela Anvisa para o tratamento de TDAH, são eles o cloridrato de metilfenidato (MPH) e o dimesilato de lisdexanfetamina (LDX), ambos estimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC) (Ministério da Saúde, 2020).

Todavia, a Conitec, na 93ª reunião ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de dezembro de 2020, realizou uma revisão detalhada sobre esses medicamentos. Os estudos considerados durante a avaliação do tema apresentaram limitações metodológicas importantes, o que resultou em baixa confiança na evidência, além do mais, durante a análise, a comissão destacou dois pontos principais: os custos elevados associados a essas medicações e a qualidade limitada das evidências científicas disponíveis que sustentem a recomendação para sua ampla incorporação no Sistema Único de Saúde (SUS), assim conseqüentemente os membros da Comissão entenderam que não houve argumentação suficiente para alterar a recomendação inicial de não recomendar a incorporação do metilfenidato e da lisdexanfetamina para o tratamento de TDAH em crianças e adolescentes (Ministério da Saúde, 2020).

Isso reflete a complexidade de equilibrar a eficácia terapêutica com a viabilidade econômica no contexto das políticas públicas de saúde. Os números mostram que um número significativo de medicamentos dispensados por ordem judicial são destinados a transtornos mentais, especialmente antidepressivos e antipsicóticos. É importante ressaltar que a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), tanto no seu conteúdo básico como especializado, nem sempre é suficiente para atender às necessidades de tratamento medicamentoso em saúde mental, o que pode levar à busca por alternativas através da via judicial. Esses dados são um indicativo da importância de avaliar e implementar políticas públicas que possam ampliar o acesso a medicamentos e outras terapias em saúde mental, reduzindo assim a necessidade de recorrer à judicialização para obter tratamento (Morozowski; Massuda, 2023).

3.5 ANÁLISE E MAPEAMENTO DE LEIS

As leis são instrumentos fundamentais para assegurar que as pessoas com TDAH tenham seus direitos respeitados, vivam com dignidade e possam acessar os recursos necessários para enfrentar os desafios impostos pelo transtorno.

3.5.1 A Lei nº 14.254/21 e o Acompanhamento Integral de Educandos Portadores de Transtornos de Aprendizagem

A Lei nº 14.254 aprovada em novembro de 2021, representa um avanço importante na legislação brasileira, especialmente no âmbito da educação inclusiva e do apoio aos estudantes que enfrentam desafios específicos de aprendizagem, como dislexia, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e outros transtornos relacionados. Essa iniciativa foi apresentada durante o governo de 2018 a 2022, contando com o respaldo de diversos ministérios, incluindo os da Educação, Cidadania, Saúde e Mulher, Família e Direitos Humanos, refletindo um esforço conjunto para promover políticas públicas que atendam às necessidades desses educandos de forma mais abrangente e eficaz (Holz; Priori; Piffer, 2023).

Esta lei estabelece que o poder público deve oferecer um programa de diagnóstico e tratamento precoce para alunos com TDAH, dislexia ou outros transtornos de aprendizagem, além disso a lei também prevê que os sistemas de ensino devem garantir que os professores tenham acesso a informações e formação continuada para identificar sinais de TDAH, assim o foco principal da lei é garantir o acompanhamento integral desses educandos, desde a identificação precoce dos transtornos até o apoio educacional nas escolas e o suporte terapêutico especializado na área de saúde. A intenção principal é assegurar o desenvolvimento pleno desses educandos em todos os aspectos, incluindo o físico, mental, moral, espiritual e social, contando com a colaboração de redes de proteção governamentais e não governamentais (Brasil, 2021).

Para assegurar a plena execução da Lei nº 14.254/21 e garantir que seu objetivo de promover a inclusão e o atendimento integral aos estudantes com necessidades específicas de aprendizagem seja alcançado, é essencial que gestores em todas as esferas – estadual, municipal e federal – se dediquem a criar regulamentações detalhadas, essas regulamentações devem abordar de forma abrangente pontos fundamentais, como a identificação precoce das dificuldades, a formação de parcerias interministeriais, a destinação de recursos financeiros

adequados e a oferta de suporte terapêutico especializado. Esse comprometimento é crucial para que a lei se traduza em ações concretas e efetivas.

Além disso, é essencial que o Ministério da Educação e o Conselho Nacional de Educação desenvolvam orientações detalhadas para a aplicação da legislação, garantindo que todos os envolvidos compreendam claramente os procedimentos a serem seguidos. Destaca-se que a educação inclusiva é um direito básico, e, por isso, a execução eficaz dessa legislação é indispensável para atender adequadamente os estudantes que enfrentam dificuldades no processo de aprendizagem (Junior; Aymoré, 2022).

3.5.2 Projeto de Lei nº 3642/2023

O Projeto de Lei 3642/2023 tem como proposta a ideia de tornar obrigatório o fornecimento do medicamento metilfenidato no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Se aprovado esse projeto terá impacto quanto ao acesso a Tratamentos, visto que poderá garantir aos pacientes diagnosticados com TDAH, independente de sua condição socioeconômica, tenham acesso ao metilfenidato, encontrado em medicamentos como a RITALINA e o CONCERTA, os quais são os principais medicamentos utilizados e recomendados para o manejo do transtorno, uma vez que, o tratamento do TDAH com medicamentos como o metilfenidato, aliado a intervenções psicossociais, têm impacto direto na melhora da atenção, redução da impulsividade e controle da hiperatividade (Brasil, 2023).

Não há como negar que a incorporação obrigatória do metilfenidato no SUS terá impacto financeiro, pois o governo precisará adquirir o medicamento em larga escala. Entretanto, os custos podem ser compensados por benefícios a longo prazo, como redução de evasão escolar, melhora na produtividade e diminuição de problemas relacionados ao não tratamento do TDAH, como transtornos secundários e dificuldades psicossociais.

Destaca-se que esta medida reforçará o princípio de equidade do SUS, assegurando que todas as pessoas com TDAH tenham os mesmos direitos de acesso ao tratamento, promovendo maior inclusão social e educacional para aqueles que enfrentam desafios associados ao transtorno. Ademais, poderá impulsionar a ampliação do diagnóstico e do tratamento do TDAH no Brasil, incluindo maior capacitação de profissionais de saúde e conscientização da população sobre o transtorno (Brasil, 2023).

Trata-se de uma iniciativa de grande importância no campo da saúde pública, voltada especialmente para pacientes que enfrentam barreiras no acesso a tratamentos adequados,

pois, a partir da aprovação do projeto, o TDAH passa a ser reconhecido como uma questão relevante de saúde pública, destacando-o como um transtorno que exige atenção sistemática e suporte por parte do governo, essa medida possibilita que cidadãos dependentes exclusivamente do SUS tenham acesso a um tratamento que antes poderia ser inviável devido ao alto custo.

Assim, busca-se garantir que o diagnóstico seja realizado de forma criteriosa, com o envolvimento de profissionais capacitados, e que a distribuição de medicamentos seja acompanhada de orientações e apoio psicossocial, tendo em vista que essa iniciativa representa um avanço significativo na ampliação dos direitos das pessoas com TDAH, promovendo a saúde e fortalecendo a inclusão social no Brasil.

3.5.3 Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98)

No sistema globalmente utilizado para categorizar e padronizar doenças e condições de saúde (CID-10), incluindo o TDAH, que está registrado sob o código F90.0. Ao incluir o TDAH, a legislação brasileira obriga os planos de saúde a cobrirem diagnósticos e tratamentos para a condição, como medicamentos, consultas médicas e terapias (Brasil, 1998).

A inclusão do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na Lei dos Planos de Saúde (nº 9.656/98), associada à sua Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), representa um marco importante na garantia de direitos para pacientes diagnosticados com esse transtorno essa obrigatoriedade visa assegurar o acesso ao tratamento adequado, reduzindo os impactos do TDAH na vida dos pacientes e promovendo maior equidade no sistema de saúde suplementar.

Sendo assim, os planos de saúde devem oferecer não apenas a prescrição de medicamentos (como o metilfenidato), mas também o suporte de profissionais especializados, como: psiquiatras e neurologistas; psicólogos e terapeutas comportamentais; e fonoaudiólogos, quando necessário. A cobertura pelos planos estimula famílias a buscarem avaliação especializada cedo, possibilitando diagnósticos precoces que levam a intervenções mais eficazes (Brasil, 1998).

3.5.3.1 Relação entre o Sistema Único de Saúde e o Projeto de Lei nº 3642/2023

Enquanto a Lei dos Planos de Saúde abrange usuários do sistema privado, o Projeto de Lei nº 3642/2023 visa estender o direito de acesso ao tratamento para a população que depende exclusivamente do SUS. Ambas as iniciativas, portanto, são complementares no

sentido de ampliar a cobertura e garantir que o maior número possível de pessoas tenha acesso ao tratamento, no entanto, é importante observar que o diagnóstico e tratamento devem ser realizados com critérios bem definidos, evitando sub-diagnósticos ou diagnósticos inadequados.

Os planos de saúde podem, em alguns casos, questionar a obrigatoriedade de cobrir certos tratamentos ou medicamentos específicos, tornando necessário um acompanhamento jurídico ou administrativo por parte dos beneficiários. Ocorre que, sem a cobertura obrigatória, muitas famílias enfrentam dificuldades financeiras para arcar com tratamentos, especialmente medicamentos de uso contínuo como o metilfenidato, que podem ser caros. A inclusão do TDAH nos planos de saúde também contribui para combater o estigma social em torno da condição, mostrando que é um transtorno legítimo e que merece atenção médica e terapêutica.

Logo, com a inclusão do TDAH na Lei dos Planos de Saúde reforça a importância de políticas públicas que reconheçam e tratem condições de saúde mental de forma adequada. Aliado a projetos como o PL 3642/2023, o objetivo maior é garantir que todos, independentemente do sistema de saúde ao qual estejam vinculados, tenham acesso a cuidados eficazes e dignos.

3.5.4 Lei 13.146/15

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), ou Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/2015), é um marco legal que assegura os direitos das pessoas com deficiência no Brasil, seu objetivo é promover a inclusão, combater a discriminação e garantir igualdade de oportunidades e acessibilidade (Brasil, 2015a).

Embora o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) não seja, por definição, uma deficiência em todos os casos, a LBI pode ser aplicada em situações específicas em que o TDAH compromete significativamente o desempenho funcional, social ou educacional de um indivíduo.

De acordo com o art. 2º, da LBI, deficiência é caracterizada como "uma limitação de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que, em interação com diversas barreiras, pode obstruir a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas" (Brasil, 2015a).

Assim o TDAH pode ser considerado uma deficiência para fins legais quando impacta severamente a vida da pessoa, prejudicando seu desempenho escolar, profissional ou social,

logo nessas circunstâncias, os portadores têm direito à proteção e aos benefícios previstos na LBI. Proporcionando, portanto:

Quadro 4 - Direitos assegurados à pessoa com TDAH

| | |
|---|---|
| Educação Inclusiva | Escolas e universidades devem implementar adaptações razoáveis, como: Ampliação de tempo para provas. Material didático adaptado. Apoio pedagógico especializado. |
| Acesso ao Mercado de Trabalho | Empresas devem oferecer condições de trabalho inclusivas e não discriminatórias, ajustando funções ou condições quando necessário para incluir pessoas com limitações significativas. |
| Direito à Saúde | O acesso ao tratamento, incluindo acompanhamento psicológico, psiquiátrico e medicamentos como o metilfenidato, deve ser garantido tanto pelo SUS quanto por planos de saúde, dependendo do contexto. |
| Proteção Contra Discriminação | Qualquer ato de discriminação em razão de limitações funcionais resultantes do TDAH pode ser questionado legalmente, com direito a reparação. |
| Participação Social e Acessibilidade | A LBI assegura que espaços públicos e privados promovam acessibilidade e participação plena, incluindo o direito à |

| | |
|--|--|
| | comunicação clara e suporte adequado, se necessário. |
|--|--|

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A aplicação da LBI para pessoas com TDAH fortalece a proteção contra desigualdades e o preconceito, garantindo direitos fundamentais em diversas áreas. Visto que é uma ferramenta poderosa na promoção da inclusão e da igualdade de direitos, para pessoas com TDAH que enfrentam limitações significativas, ela pode garantir suporte e proteção contra discriminação, promovendo sua plena integração na sociedade. Contudo, sua efetividade depende do reconhecimento do TDAH como uma condição que, em certos casos, demanda proteção legal equiparada à de outras deficiências.

3.5.5 Lei Nº 7354 DE 14/07/2016

A Lei Nº 7354, de 14 de julho de 2016, é uma legislação estadual do Rio de Janeiro que estabelece a Semana de Conscientização e Orientação sobre o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), essa lei reflete a crescente preocupação com a identificação precoce, o diagnóstico correto e o tratamento adequado dessa condição, que afeta crianças, adolescentes e adultos em diferentes graus, tem como propósito principal promover ações educativas e informativas para conscientizar a população sobre o TDAH, desmistificando e enfatizando que o TDAH é um transtorno neurodesenvolvimental reconhecido pela ciência, e não resultado de falta de disciplina ou mau comportamento (Rio de Janeiro (estado), 2016).

Além de buscar preparar educadores, profissionais de saúde e a sociedade em geral para identificar sinais de TDAH e encaminhar casos suspeitos para avaliação profissional, buscando incentivar o acesso ao diagnóstico precoce e a intervenções adequadas, como tratamentos psicoterápicos, medicamentosos (quando necessários), apoio psicopedagógico e informar às famílias e indivíduos diagnosticados com TDAH sobre os direitos assegurados pela legislação brasileira, como os previstos na Lei Brasileira de Inclusão (LBI) e na Lei dos Planos de Saúde (Rio de Janeiro (estado), 2016).

A Semana de Conscientização e Orientação sobre o TDAH, instituída pela lei, ocorre anualmente, com eventos e atividades como: palestras e seminários para professores, pais e profissionais de saúde, distribuição de material informativo sobre o transtorno, campanhas de

mídia para conscientizar a população em geral, parcerias com escolas e instituições de saúde para identificar e apoiar alunos com TDAH.

Muitas crianças com TDAH enfrentam dificuldades escolares e sociais devido ao desconhecimento sobre sua condição, enquanto adultos diagnosticados tardiamente lidam com desafios no ambiente de trabalho e na vida pessoal. Portanto, ao instituir uma semana dedicada ao tema, a lei ajuda no avanço na luta por maior reconhecimento, apoio e inclusão de pessoas com TDAH no estado do Rio de Janeiro. Ainda que sua implementação efetiva dependa do engajamento de governos, educadores, profissionais de saúde e da sociedade em geral para garantir que o conhecimento sobre o transtorno alcance todas as camadas da população, promovendo um ambiente mais acolhedor e inclusivo para quem vive com essa condição.

Pode-se citar ainda Leis de Municípios e Estados que identificaram a necessidade de conscientizar e informar a população, quanto ao TDAH, como demonstrado agora:

Quadro 5 - Leis que versam sobre de TDAH

| AM- Manaus | CE- Fortaleza | DF- Distrito Federal | ES | GO | SC- Camboriú | SC- Bombinhas |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| - Lei nº 2.260/17 | - Lei nº 10.891/19 | Lei nº 5.310/14 | Lei nº 11.076/19 | Lei nº 19.913/17 | Lei nº 3.595/24 | Lei nº 939/2006 |

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

- **Lei nº 2.260/17 (Manaus):** Dispõe sobre as medidas a serem adotadas para identificar, acompanhar e auxiliar o aluno portador de TDAH e/ou dislexia nas redes pública e privada de ensino do município de Manaus e dá outras providências.
- **Lei nº 10.891/19 (Fortaleza):** Institui o Dia Municipal de Conscientização sobre o TDAH, promovendo atividades educativas, palestras e debates para informar a população e reduzir o estigma relacionado ao transtorno.
- **Lei nº 5.310/14 (Distrito Federal):** Dispõe sobre a educação especial e o atendimento e acompanhamento integral aos estudantes que apresentem necessidades especiais nos diferentes níveis, etapas e modalidades de educação
- **Lei nº 11.076/19 (Espírito Santo):** Obriga as unidades escolares públicas e privadas, no âmbito do Estado do Espírito Santo, a disponibilizar assentos em locais

determinados aos alunos com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade – TDAH, e dá outras providências.

- **Lei nº 19.913/17 (Goiás):** Estabelece sobre o atendimento especializado para as pessoas diagnosticadas com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Dislexia nos Concursos Públicos e Vestibulares.
- **Lei nº 3.595/24 (Camboriú):** Dispõe sobre medidas de apoio e garantia dos direitos das pessoas com Transtorno Do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) no âmbito do município de Camboriú/SC, institui dia municipal da conscientização das pessoas com tdah e dá outras providências.
- **Lei nº 939/2006 (Bombinhas):** Dispõe sobre a criação do programa de apoio à criança com transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH, e dá outras providências.

Essas legislações reforçam a importância de conscientizar a sociedade sobre o TDAH e de garantir o direito ao diagnóstico precoce, tratamento adequado e inclusão nos diferentes contextos. No entanto, resta evidente a necessidade das pessoas com TDAH de recorrer à judicialização para acesso a medicamentos para que se tenha uma possibilidade de melhor qualidade de vida.

Dessa forma, os pontos discutidos ao longo deste capítulo demonstram com base nos dados apresentados a necessidade da promoção de acesso a medicamentos e novas terapias, passa por uma decisão técnica, política e econômica e representa uma tarefa complexa dada a evolução na ciência médica e assistência à saúde. O equilíbrio entre a garantia de direitos fundamentais individuais dos cidadãos e a garantia de um Estado eficiente com distribuição de recursos escassos e que garanta universalidade e equidade da política pública em saúde para a população são desafios para o poder judiciário.

4. CAPÍTULO III - JUDICIALIZAÇÃO E ACESSIBILIDADE: O IMPACTO DOS PREÇOS DOS MEDICAMENTOS NA SAÚDE PÚBLICA

4.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O que se propõe a discutir neste momento final é uma das principais determinantes comerciais negativas da saúde pública, que consiste no preço dos medicamentos e na necessidade de ajuizar ações pleiteando a garantia de qualidade de vida. O capítulo está dividido em três (3) itens, sendo estes: O primeiro trata a respeito do dever do Estado em

proteger o direito à vida e à dignidade dos neurodivergentes; O segundo trata sobre o alto preço dos medicamentos e tratamentos, limitando e dificultando o acesso à ambos de forma igualitária; Por fim o terceiro item trata sobre as consequências do alto custo do tratamento, ou seja, a necessidade de judicializar a saúde.

4.2 O ATENDIMENTO AOS NEURODIVERGENTES COM TDAH

De acordo com Sarlet e Figueiredo (2010), os direitos fundamentais sociais, como o direito à vida e à dignidade, estão diretamente relacionados à garantia das necessidades essenciais de cada indivíduo, impondo ao Estado a responsabilidade de assegurar o "mínimo existencial". Esse conceito refere-se a um conjunto de condições materiais indispensáveis para garantir a sobrevivência física com dignidade e qualidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no preâmbulo de sua Constituição de 1946, define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, indo além da simples ausência de doenças. O direito à integridade mental e psíquica, ainda que não explicitamente previsto no Código Civil, decorre da proteção constitucional ao direito à vida e à dignidade, protegendo o indivíduo contra interferências psicológicas não consentidas, como afirma Bittar (2008).

O art. 196 da Constituição Federal de 1988, estabelece que o acesso aos bens e serviços de saúde deve ser universal, igualitário e integral, considerando as necessidades de cada indivíduo em todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde. Essa perspectiva de integralidade visa não apenas a recuperação, mas também a promoção e a proteção da saúde, promovendo avanços no acesso à saúde no Brasil. Contudo, as diretrizes de universalidade, igualdade e integralidade de acesso ainda não são garantidas a todos, como evidenciado pelas desigualdades regionais e socioeconômicas, mencionadas na seção deste texto sobre desigualdades e iniquidades em saúde. Torna-se claro que políticas públicas são essenciais para efetivar esses princípios (Brasil, 1988).

Para Barcellos (2010), o Estado, ao assumir o dever de garantir o acesso à saúde para um indivíduo, deve garantir o mesmo a todos que dele necessitam, respeitando a "reserva do possível". Assim, há necessidade de ampliar o controle coletivo e abstrato pelo Judiciário para garantir o direito à saúde, especialmente em um país com grandes disparidades no acesso à saúde e à justiça.

Comparato e Pinto (2015) defendem que a Constituição Federal de 1988 proíbe retrocessos na oferta de serviços de saúde, e o piso orçamentário destinado a ações e serviços

públicos de saúde (ASPS) serve como proteção financeira para esse direito. A aplicação mínima de recursos na saúde representa um mecanismo formal e material de garantia desse direito, que deve ser ampliado de forma progressiva e sem retrocessos. Caso contrário, o Estado estaria violando cláusulas da Convenção Americana de Direitos Humanos de 1969, conhecida como Pacto de San José da Costa Rica (Bühning, 2015).

Portanto, o Judiciário desempenha um papel crucial na defesa do direito à saúde no Brasil, principalmente por meio do monitoramento do financiamento do SUS e de outras políticas públicas essenciais.

4.2.1 Política e Saúde: Dilema entre Inclusão e Exclusão no SUS

O sistema de saúde é vasto e intrincado, englobando uma grande diversidade de participantes nas esferas pública e privada, assim como várias entidades reguladoras e diversos dispositivos legais que orientam a interação entre esses diferentes agentes. Esse direito está previsto em quatro extensos artigos constitucionais, que estabelecem as diretrizes gerais da política pública e da oferta privada desses serviços, sendo mencionado ainda outras 62 vezes ao longo do documento, sua importância econômica também é relevante, de acordo com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2019) representando cerca de 10% da renda nacional, e tem mostrado um crescimento consistente nos últimos anos, tanto no volume de serviços quanto nos custos .

Como ressalta Oliveira e Silva (2019), as políticas de saúde são influenciadas pelo contexto político mais amplo, incluindo as prioridades governamentais, as pressões de grupos de interesse e o cenário político geral. A decisão sobre a inclusão de medicamentos pode ser afetada por fatores como a percepção pública, a atuação de grupos de pacientes e as relações entre o governo e a indústria farmacêutica.

Além disso, a escolha de não incluir neuropsicoestimulantes no SUS pode ser influenciada por questões relacionadas à equidade no acesso à saúde. Como observam Andrade et al. (2020), o SUS tem o objetivo de oferecer cuidados de saúde justos e acessíveis a toda a população brasileira. A inclusão de medicamentos caros, que beneficiam apenas uma pequena parte da população, pode ser considerada contrária a esse princípio de equidade.

Contudo, a não inclusão desses medicamentos no SUS pode resultar em diversas repercussões negativas. Primeiramente, há o risco de tratamento inadequado ou insuficiente para pacientes com TDAH. Sem acesso aos medicamentos apropriados, muitos indivíduos

podem não obter o tratamento mais eficaz disponível, o que pode acarretar em um controle insatisfatório dos sintomas e prejudicar a qualidade de vida dos pacientes.

Ademais, a falta de acesso a esses medicamentos no sistema público pode ampliar a desigualdade para além da saúde dos indivíduos com TDAH, visto que pacientes que não têm condições de arcar com os custos da medicação ficam sem alternativas de tratamento eficazes, comprometendo o desempenho em atividades cotidianas, com impacto negativo e significativo nos estudos e na profissão, levando muitos ao abandono escolar, desemprego e outros fatores agravados ou desencadeados por falta de tratamento (Brandão, 2011; Lima, 2023).

4.3 ENTRE O LUCRO E A VIDA: A PRECIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS E TRATAMENTOS

Pouco se discute a respeito dos fatores comerciais que influenciam a saúde (Commercial Determinants of Health – CDOH). De forma bastante simplificada, eles abrangem elementos, sistemas ou estratégias comerciais que impactam a saúde pública, tanto de maneira positiva (determinantes comerciais benéficos) quanto negativa (determinantes comerciais prejudiciais).

De acordo com uma estimativa apresentada na Assembleia Mundial da Saúde da OMS em 2019, os gastos com medicamentos são apontados como causa de pobreza para cerca de cem milhões de pessoas a cada ano. Como destacado no *Health and Human Rights Resource Guide*, “atualmente, mais do que nunca, os altos custos dos medicamentos essenciais são amplamente reconhecidos como uma questão global que afeta todos os países, e não apenas os em desenvolvimento.” Ainda que seja ofertado aos consumidores descontos, individualmente, ao adquirir medicamentos em farmácias, sintam-se satisfeitos, isso não deveria ser motivo de celebração, mas sim de preocupação, visto que quando se consegue um medicamento por um preço reduzido, é provável que o valor inicial de venda seja muito superior ao justo. Essa situação é ainda mais grave para populações vulneráveis e em áreas onde não há concorrência entre os comerciantes. Conforme Salib (2023), os tratamentos destinados a doenças raras e ultrarraras – uma tendência emergente na indústria farmacêutica – estão sendo oferecidos a preços milionários, sem que haja clareza sobre os critérios de precificação ou transparência em relação aos valores cobrados em outros países onde esses medicamentos possam estar disponíveis, como por exemplo: terapias genéticas voltadas ao tratamento da Atrofia Muscular Espinhal (Zolgensma), da Hemofilia B (Hemgenix) e da Distrofia Muscular de

Duchenne (Elevidys) foram lançadas com preços de US\$ 2,1 milhões, US\$ 3,5 milhões e US\$ 3,2 milhões, respectivamente.

4.3.1 Pesquisas Públicas e Lucros Privados: Transparência na pesquisa e desenvolvimento

De acordo com Santos e Neto (2024), embora a indústria farmacêutica frequentemente justifique os altos preços dos medicamentos pelo custo de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), menos da metade desse custo é coberta por ela mesma, segundo dados do *Washington Post*, muitas das descobertas de novas drogas têm origem em pesquisas financiadas por instituições públicas, como apontado por Márcia Angell (2007) e Peter Gotzsche (2016) o que enfraquece o argumento de que os preços elevados são necessários para cobrir investimentos privados.

Ademais, a ausência de informações claras impede a validação da defesa apresentada pelas empresas farmacêuticas que frequentemente recorrem ao argumento do elevado custo de criação de novas tecnologias para justificar os valores praticados no mercado – fica enfraquecida devido à falta de comprovação objetiva acerca dos investimentos em P&D, das despesas relacionadas, da promoção dos medicamentos, dos estímulos para sua prescrição e consumo, bem como dos ganhos obtidos com a comercialização de novos produtos, é um aspecto que demanda atenção, visto que prejudica a análise crítica da justificativa para os preços elevados (Santos; Neto, 2024).

A disparidade entre os lucros obtidos e os investimentos realizados em P&D é ilustrada pelo caso da farmacêutica Novo Nordisk. Dados compilados pela Bloomberg, mostram que as vendas dos medicamentos Ozempic e Wegovy podem superar, em breve, todo o orçamento de P&D da empresa nas últimas três décadas. Isso revela como a lucratividade pode ultrapassar os gastos com inovação.

Importante destacar que os acordos confidenciais entre fabricantes e países para a aquisição de medicamentos destinados a sistemas públicos de saúde dificultam a comparação de preços entre mercados globais, vez que a confidencialidade frequentemente abrange, inclusive, os preços definidos para a venda dos medicamentos, estabelecidos por meio de acordos negociados com países que os adquirem para utilização em sistemas públicos de saúde, esse sigilo prejudica a análise de preços por parte de órgãos reguladores de outras nações, que muitas vezes não têm conhecimento sobre os valores praticados globalmente.

Logo, o tema carece de sustentação quando confrontada com a falta de transparência e o peso das pesquisas públicas no desenvolvimento de novas tecnologias. Além disso, os altos

lucros e a confidencialidade em acordos de preços indicam um sistema que favorece práticas comerciais pouco acessíveis ao escrutínio público, com potenciais impactos negativos para a saúde global.

4.3.2 Como a Precificação da CMED Afeta Consumidores e o Sistema Público de Saúde

Além da necessária transparência, é indispensável que sejam repensados os critérios de precificação, revisão ou atualização das tabelas CMED, a precificação e os reajustes das tabelas CMED são feitos anualmente com base na inflação. No entanto, os dados apontam que esse método não leva em conta que, em muitos casos, os preços de medicamentos podem diminuir ao longo do tempo devido a fatores como avanços tecnológicos, aumento na concorrência ou mudanças nas condições de mercado. Isso pode resultar em uma defasagem entre os preços tabelados e os preços reais de mercado (Santos; Neto, 2024).

Os preços tabelados pela CMED são estabelecidos considerando os valores de registro de medicamentos em nove países. No entanto, nem sempre os preços internacionais oficialmente registrados refletem os valores efetivamente praticados nesses países, gerando uma desconexão com a realidade do mercado global.

A prática de grandes descontos em farmácias demonstra que, apesar dos preços máximos estabelecidos pela CMED, as empresas conseguem operar com margens de lucro viáveis vendendo medicamentos a preços bem abaixo dos limites tabelados. Um exemplo disso é a exigência de cadastro de CPF nas farmácias para obter descontos expressivos, indicando que os preços máximos não são necessariamente indicadores do valor real de mercado. Em algumas situações, o preço pago diretamente pelos consumidores em farmácias é igual ou até inferior ao Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), que é o valor de fábrica reduzido pelo Coeficiente de Adequação de Preço (CAP). Isso sugere que a margem de lucro permitida nas vendas ao governo pode ser maior do que a necessária, evidenciando possíveis falhas na precificação ou na aplicação dos critérios de ajuste (Santos; Neto, 2024).

Esse cenário indica a necessidade de maior transparência e modernização dos critérios de precificação para alinhar os valores tabelados às condições reais de mercado. Sem essa adequação, tanto os consumidores quanto o sistema público de saúde podem acabar pagando preços superiores ao necessário, comprometendo a eficiência econômica e o acesso aos medicamentos. Tome-se como exemplo dimesilato de lisdexanfetamina, medicamento utilizado para o tratamento de TDAH. Na apresentação de 70mg, uma caixa com 30

comprimidos do laboratório Eurofarma laboratórios S.A tem o PMVG fixado em R\$239,48 pela CMED (tabela vigente em 2024), considerada a alíquota máxima do ICMS (22%).

Em rápida consulta a sites de vendas na internet, pode-se encontrar o mesmo medicamento, na mesma apresentação, com preço ao consumidor de R\$266,08 em que o vendedor oferece um desconto de 25% sobre o preço original:

Figura 1: Medicamento Dimesilato de Lisdexanfetamina



Cód.: 187789

Dimesilato de Lisdexanfetamina 30 Cápsulas Eurofarma Genérico 70mg

Princípio ativo: DIMESILATO DE LISDEXANFETAMINA 70.0MGC
Laboratório: EUROFARMA GENERICO

★★★★★ (1) Clique e veja!

Prescrição obrigatória -25% OFF ↓

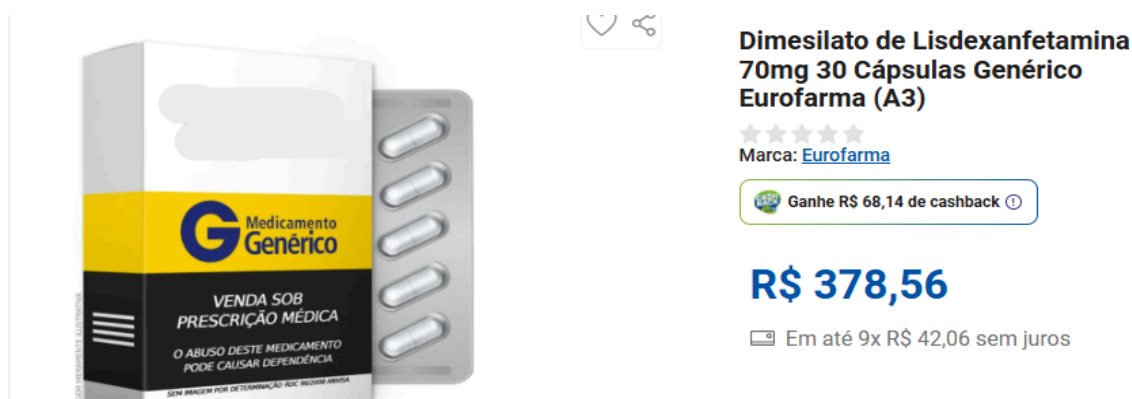
R\$ 354,77
R\$ 266,08

Ou em até 6x de R\$ 44,34 sem juros

Fonte: <https://www.farmaciaindiana.com.br/> (2024).

Outra farmácia anuncia o mesmo produto pelo valor de R\$ 378,56 sem qualquer desconto:

Figura 2: Medicamento Dimesilato de Lisdexanfetamina



♡ 🔗

Dimesilato de Lisdexanfetamina 70mg 30 Cápsulas Genérico Eurofarma (A3)

★★★★★
Marca: [Eurofarma](#)

👉 Ganhe R\$ 68,14 de cashback ⓘ

R\$ 378,56

📅 Em até 9x R\$ 42,06 sem juros

Fonte: <https://www.saojoaofarmacias.com.br/> (2024).

O preço final praticado por algumas farmácias ao consumidor frequentemente supera o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG) estipulado pela CMED, mesmo estando dentro da estrutura regulatória vigente. Essa situação expõe uma clara desconexão entre o tabelamento oficial e as práticas de mercado, especialmente no caso de medicamentos amplamente disponíveis e sujeitos à concorrência.

Na prática, essa discrepância demonstra que a fixação de preços máximos pela tabela CMED tem pouca ou nenhuma influência no mercado real. Apenas determinados grupos, como o Poder Público, consumidores localizados em áreas sem concorrência e pessoas em situação de vulnerabilidade econômica, acabam pagando os valores mais altos pelos medicamentos. Isso evidencia a limitação do sistema atual em proteger justamente os públicos mais afetados por altos custos. Essa realidade reforça a necessidade de ajustes no modelo de precificação para garantir maior eficiência e justiça, tanto para o consumidor quanto para o sistema de saúde pública.

4.3.3 A fixação do preço dos medicamentos

Outro aspecto relevante relacionado à definição de preços dos medicamentos refere-se ao momento em que o valor inicial é determinado. Para que um medicamento possa ser comercializado no Brasil, é necessário obter o registro prévio junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), conforme previsto no art. 16, da Lei nº 6.360/76. Durante esse processo, a empresa fabricante informa o preço pretendido (art. 16, VII), embora a legislação permita, em casos específicos, a dispensa de apresentação de dados econômicos (art. 16, § 2º). No entanto, somente após a autorização do registro inicia-se o processo efetivo de precificação, com a inclusão do valor na Tabela CMED, conforme procedimento estabelecido pela Lei nº 10.742/2003 e regulamentado pela Resolução CMED nº 2/2004. Conforme definido pela resolução, a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) possui um prazo de 60 a 90 dias para fixar o preço, após o qual a comercialização é autorizada conforme solicitado pelo fabricante.

Permitir o registro sem a precificação prévia gera um intervalo desfavorável para o consumidor, que fica sujeito ao preço livremente estipulado pela empresa até que a CMED defina o valor oficial. Por isso, é essencial que o registro junto à ANVISA seja condicionado à definição prévia do preço ou que ambos os processos ocorram simultaneamente, esse intervalo entre o registro de um medicamento e a fixação de seu preço oficial pode ser prolongado, prejudicando a análise de novas tecnologias pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). A comissão avalia pedidos de incorporação ao SUS com base em critérios como custo-efetividade e impacto orçamentário, conforme estabelecido na Lei nº 8.080/90 (art. 19-Q, § 2º, II, e § 3º), ausente um preço definido, essas análises e eventuais incorporações ao SUS tornam-se inviáveis.

No julgamento do Tema 1234 de Repercussão Geral (RE 1.366.243), o Supremo Tribunal Federal analisou diversas questões relacionadas à judicialização da saúde no Brasil. Durante esse processo, foi criada uma comissão especial com representantes dos entes federativos e outras instituições relevantes, cujo objetivo era buscar consenso sobre medidas a serem implementadas, entre as propostas discutidas, algumas abordam diretamente o problema da precificação (Santos; Neto, 2024).

O ideal seria que a definição do preço ocorresse de forma simultânea ao registro, como uma consequência lógica do pedido inicial. Esse pedido deveria ser acompanhado de todas as informações necessárias para que a CMED, dentro do mesmo processo, pudesse determinar o valor máximo a ser praticado no mercado.

4.3.4 Economia da Saúde: Precificação e Decisões de Incorporação no SUS

A inclusão de novas tecnologias de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) exige uma análise criteriosa pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Essa análise não se limita às evidências científicas sobre segurança, eficácia e efetividade do tratamento, mas também abrange aspectos econômicos, como a relação custo-efetividade e o impacto orçamentário de sua eventual disponibilização no sistema público de saúde. O mesmo princípio aplica-se à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ao avaliar a incorporação de tecnologias para o setor privado.

No que diz respeito à relação custo-efetividade, a CONITEC, em conformidade com o artigo 19-Q, § 3º, da Lei nº 8.080/90, emitiu diretrizes específicas sobre “O Uso de Limiares de Custo-Efetividade nas Decisões em Saúde”. Esses limiares estabelecem parâmetros técnicos que determinam até que ponto os custos para incorporar uma nova tecnologia são justificáveis em relação aos resultados esperados do tratamento. Gastos que ultrapassam esses limites podem ser considerados desvantajosos devido ao benefício insuficiente em comparação com o custo.

Para que essas análises econômicas sejam realizadas com rigor técnico pelas agências competentes, é fundamental que a regulação da precificação de medicamentos seja moderna, confiável e eficiente. Isso deve garantir que os preços atendam não apenas aos interesses da indústria farmacêutica, mas também às necessidades dos pacientes e ao orçamento público.

4.3.5 Parcerias Público-Privadas para Gerenciamento de Riscos em Saúde

Além da precificação, outras iniciativas podem contribuir para ampliar o acesso econômico a tratamentos médicos, funcionando como determinantes comerciais positivas. Uma dessas medidas é a celebração de acordos de compartilhamento de riscos entre o SUS, operadoras de planos de saúde e os fabricantes de medicamentos.

Novos medicamentos, frequentemente apresentados como inovações revolucionárias, chegam ao mercado com custos extremamente elevados. Contudo, nem sempre existem evidências científicas robustas que comprovem sua eficácia clínica em comparação com tratamentos já disponíveis. Em outras situações, os dados disponíveis não permitem concluir de forma precisa sobre a relação custo-efetividade ou custo-oportunidade, dificultando sua incorporação pelo SUS ou pelos planos de saúde.

Diante desse cenário de incertezas, é razoável que os riscos de possíveis frustrações em relação aos benefícios esperados sejam divididos entre o Poder Público e os fabricantes, em vez de serem integralmente suportados pelo orçamento público.

Embora acordos de compartilhamento de riscos sejam amplamente adotados em outros países, no Brasil, sua aplicação ainda é limitada e pouco estruturada. Um exemplo foi a Portaria GM nº 1.297/2019, que introduziu um projeto-piloto para o medicamento Spinraza (Nusinersena), utilizado no tratamento da Atrofia Muscular Espinhal (AME 5q) tipos II e III, no âmbito do SUS.

Entretanto, não houve atualizações recentes sobre o sucesso dessa iniciativa ou sua ampliação para outros medicamentos de alto custo. Embora o modelo experimental de compartilhamento de riscos tenha sido um marco importante para introduzir essa abordagem no Brasil, ele também foi alvo de críticas pertinentes. Ramos, Thomazi e Duarte Júnior apontaram questões relevantes a serem aperfeiçoadas para que essa modalidade de aquisição e fornecimento de novas tecnologias possa ser ampliada e refinada.

Portanto é perceptível que o modelo atual de pesquisa e desenvolvimento de medicamentos é concentrado fortemente na iniciativa privada. Ainda que a busca do lucro, por si, não seja algo ruim, a atividade econômica relacionada ao desenvolvimento de novas tecnologias em saúde deve, portanto, ser incentivada. Novas tecnologias são pensadas e desenvolvidas primordialmente de acordo com o proveito econômico que elas proporcionam para as empresas e não com as necessidades de saúde pública. O resultado disso é a existência de uma vasta gama de doenças negligenciadas e de tratamentos inovadores, mas economicamente inacessíveis à população, além da falta de equidade de acesso entre sociedades de alta e baixa renda.

É explícita a necessidade do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil em participar da produção de medicamentos e outros insumos, assim como no incentivo ao desenvolvimento científico, tecnológico e à inovação, conforme disposto na Constituição Federal (art. 200, incisos I e V). A Carta Magna também prioriza a pesquisa científica básica e tecnológica como um dever do Estado, com o objetivo de promover o bem público e o progresso em ciência e tecnologia (art. 218, § 1º).

A publicação da Lei nº 14.977, de 18/09/2024, complementa essas disposições ao incluir o artigo 19-W na Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde). Essa nova norma estabelece que laboratórios farmacêuticos públicos devem produzir os princípios ativos necessários para tratar doenças de impacto social significativo. Para viabilizar essa produção, a lei autoriza o poder público a financiar a produção de princípios ativos por laboratórios públicos, estimular e promover a criação ou ampliação de infraestrutura e recursos tecnológicos, e ainda buscar parcerias com outros laboratórios, incluindo a transferência de tecnologia, o que visa modernizar e expandir a capacidade produtiva nacional.

Medidas essas que reforçam o papel do Estado como protagonista no enfrentamento de problemas de saúde pública, promovendo a independência tecnológica e reduzindo a dependência de importações, além de priorizar o tratamento de condições que afetam desproporcionalmente grupos vulneráveis ou doenças negligenciadas.

Por essas razões, é fundamental que o Poder Público atue na pesquisa e desenvolvimento de tecnologias em saúde, seja diretamente, com pesquisas custeadas e promovidas em instituições públicas, seja indiretamente, incentivando a iniciativa privada a operar de acordo com o interesse público. Fica claro que a questão da provisão de saúde pelo Estado, especialmente no que tange ao tratamento do TDAH, ilustra um paradoxo estatal notável. Ainda que por um lado, o Estado se obriga, por meio de suas políticas e legislações, a garantir o direito da personalidade à saúde para todos os cidadãos.

4.4 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE BRASILEIRA

A chamada "judicialização da saúde" é, portanto, uma manifestação dessa disputa estrutural por recursos, mas alcança proporções ainda maiores do que seria esperado devido à sua importância no contexto das relações socioeconômicas. Um exemplo marcante desse fenômeno foi o caso da Fosfoetanolamina, também conhecida como "pílula do câncer", que gerou, em um período de oito meses, aproximadamente 13 mil liminares exigindo que a Universidade de São Paulo fornecesse um medicamento que ainda não havia sido aprovado

pela ANVISA e cuja eficácia não estava comprovada por estudos técnicos (Bucci; Duarte, 2017).

A intervenção do poder judiciário tornou-se essencial, pois, com o aumento das ações judiciais relacionadas ao fornecimento de medicamentos, surgiu a necessidade de esclarecer quais esferas do governo deveriam ser responsabilizadas. Um exemplo disso é o Recurso Extraordinário (RE) 1366243, julgado pelo Supremo Tribunal Federal (STF), que originou o Tema 1234 de repercussão geral, que aborda a legitimidade passiva da União e a competência da Justiça Federal em ações que envolvem o fornecimento de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), mas não padronizados no Sistema Único de Saúde (SUS).

A questão central é determinar se a União deve figurar no polo passivo de ações judiciais que buscam o fornecimento de medicamentos não incorporados nas políticas públicas do SUS, embora registrados pela ANVISA, e se tais demandas devem tramitar na Justiça Federal. O STF estabeleceu a seguinte tese:

As ações relativas a medicamentos não incorporados na política pública do SUS, mas com registro na ANVISA, tramitarão na Justiça Federal quando o valor do tratamento anual específico do fármaco ou do princípio ativo for igual ou superior a 210 salários mínimos, conforme o Preço Máximo de Venda do Governo (PMVG) divulgado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED).

Se houver mais de um medicamento com o mesmo princípio ativo e não for solicitado um fármaco específico, considera-se, para efeito de competência, aquele com menor valor na lista da CMED.

Na ausência de valor fixado na lista da CMED, considera-se o valor do tratamento anual do medicamento solicitado na demanda, podendo o magistrado, em caso de impugnação, solicitar auxílio à CMED.

Salienta-se que ficam incluídos os medicamentos que não constam na política pública do SUS, medicamentos previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) para outras finalidades; medicamentos sem registro na ANVISA; e medicamentos off label sem PCDT ou que não integrem listas do componente básico.

Conforme decidido no Tema 500 da repercussão geral⁴, mantém-se a competência da Justiça Federal para ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA, as quais devem ser propostas contra a União, observadas as especificidades já definidas. Além de que as ações de fornecimento de medicamentos, incorporados ou não, que se inserirem na competência da Justiça Federal, serão custeadas integralmente pela União.

Em caso de condenação supletiva dos Estados e do Distrito Federal, haverá ressarcimento integral pela União, via repasses Fundo a Fundo (Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual de Saúde), na hipótese de redirecionamento pela impossibilidade de cumprimento pela União, a ser implementado mediante ato do Ministério da Saúde, previamente pactuado em instância tripartite, no prazo de até 90 dias.

Essa decisão do STF visa uniformizar o entendimento sobre a responsabilidade e a competência judicial em casos que envolvem o fornecimento de medicamentos não padronizados pelo SUS, mas com registro na ANVISA, estabelecendo critérios claros para a tramitação dessas ações e o custeio dos tratamentos.

De acordo com o Conselho Nacional de Justiça (2019), o aumento exponencial das demandas judiciais na área da saúde revela um problema que está longe de ser restrito a casos isolados. Entre 2008 e 2017, o número de ações judiciais relacionadas à saúde registrou um crescimento de 130%, em comparação a um aumento de apenas 50% no volume total de processos judiciais no mesmo período. Dados do Ministério da Saúde indicam que, em sete anos, os gastos com demandas judiciais dispararam, passando de valores insignificantes para R\$1,6 bilhão em 2016 (CNJ, 2019). Embora essa cifra seja pequena em relação ao orçamento total da saúde, representa uma parcela significativa dos recursos discricionários, afetando diretamente a política de compra de medicamentos, frequentemente o objeto principal dessas demandas.

A judicialização da saúde é um fenômeno marcado por alta complexidade, estudos acadêmicos apresentam divergências sobre quem são os principais demandantes judiciais, quais serviços ou produtos eles buscam e os impactos concretos dessas ações na formulação e execução das políticas públicas de saúde. Na esfera privada, esse fenômeno influencia de maneira direta ou indireta os contratos entre operadoras de planos de saúde, prestadores de

⁴ Recurso extraordinário em que se discute, à luz dos artigos 1º, III; 6º; 23, II; 196; 198, II e § 2º; e 204 da Constituição Federal, a possibilidade, ou não, de o Estado ser obrigado a fornecer medicamento não registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

serviços e cerca de 50 milhões de beneficiários, destacando sua relevância não apenas para o sistema de assistência à saúde, mas também para o próprio Poder Judiciário (CNJ, 2019).

A jurisprudência brasileira, por sua vez, tem reconhecido amplamente o direito ao fornecimento de medicamentos indispensáveis ao tratamento médico, desde que comprovada a necessidade do fármaco e a impossibilidade financeira do paciente em arcar com os custos, refletindo o compromisso do Estado em assegurar o direito à saúde.

Tal entendimento se confirma ao observar o teor das decisões em julgados, como no exemplo do processo nº 5007558-34.2020.4.04.7001, o qual trata-se de ação civil pública proposta pelo Ministério Público do estado do Paraná, na qual busca a prestação de tutela jurisdicional em benefício dos representados, em face da autarquia municipal de saúde de Londrina, objetivando o fornecimento gratuito do medicamento Dimesilato de Lisdexanfetamina (VENVANSE), para o tratamento de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno de Déficit de Atenção.

APELAÇÃO CIVIL. DIREITO À SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. DIMESILATO DE LISDEXANFETAMINA (VENVANSE®) PARA TRATAMENTO DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE - TDAH. critérios definidos pelo STJ. CUMPRIMENTO. Concessão judicial do fármaco postulado. possibilidade. ATRIBUIÇÕES, CUSTEIO E REEMBOLSO DAS DESPESAS (TRF4, Apelação cível nº 5007558-34.2020.4.04.7001, Curitiba, rel. Des. CLÁUDIA CRISTINA CRISTOFANI, j. 12-8-2021).

De início, cumpre destacar que a demanda foi ajuizada em razão do resultado ineficaz, do medicamento metilfenidato (Ritalina), bem como a comprovação da adequação e eficácia do tratamento requerido, promovendo o bom rendimento escolar e melhora da auto estima dos assistidos, conforme atestado pelos laudos médicos acostados aos autos.

Por fim, a Turma decidiu, por unanimidade, negar provimento à apelação, do município de Londrina, e à remessa necessária, nos termos da fundamentação, do relatório, votos e notas de julgamento que ficam fazendo parte integrante do presente julgado.

Tradicionalmente, o custeio de medicamentos de alto custo é direcionado à União Federal, na medida em que é ela quem detém maior capacidade financeira para tanto, porém é indispensável mencionar que há casos que se reconhece a responsabilidade solidária dos municípios, união e estados. Como na situação do Agravo Regimental no Agravo de Instrumento nº 961.677/SC, julgado pela Segunda Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) em 20 de maio de 2008, sob a relatoria da Ministra Eliana Calmon, abordou a responsabilidade dos entes federativos no fornecimento de medicamentos a cidadãos que não

possuem condições financeiras para adquiri-los. O caso envolveu um pedido de fornecimento de medicamento por parte de um cidadão hipossuficiente, direcionado contra o Estado de Santa Catarina. A questão central era determinar se o Estado tinha a obrigação de fornecer o medicamento necessário ao tratamento de saúde do requerente.

EMENTA:

ADMINISTRATIVO E CONSTITUCIONAL. RECEBIMENTO DE MEDICAMENTOS. ENTES POLÍTICOS - RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA. INEXISTÊNCIA DE LITISCONSÓRCIO NECESSÁRIO. 1. A União, Estados-Membros e Municípios têm legitimidade passiva e responsabilidade solidária nas causas que versam sobre fornecimento de medicamentos. 2. A jurisprudência da Turma é firme no sentido de que, em se tratando de fornecimento de medicamentos, existe solidariedade entre os entes da Federação, mas não litisconsórcio necessário. Escolhendo a parte, contudo, litigar somente contra um dos entes, não há como obrigar ao chamamento ao processo. (TRF4, APELRE 5001198-68.2011.404.7205, Terceira Turma, Rel. p/ acórdão Des. Federal Maria Lúcia Luz Leiria, D.E. 10/08/2012)

A Segunda Turma do STJ, acompanhando o voto da relatora, negou provimento ao agravo regimental, mantendo a decisão que reconheceu a responsabilidade do Estado no fornecimento do medicamento pleiteado. A decisão, resumidamente, baseou-se na Responsabilidade solidária dos entes federativos, ou seja, o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é de responsabilidade conjunta da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Portanto, qualquer um desses entes pode ser acionado para garantir o acesso a medicamentos necessários ao tratamento de saúde de cidadãos desprovidos de recursos financeiros.

Além dos Precedentes jurisprudenciais, onde o STJ, em reiterados precedentes, tem afirmado a prevalência do direito à saúde, bem como a responsabilidade solidária dos entes federativos na implementação desse direito mediante a oferta de tratamento médico a pacientes economicamente hipossuficientes portadores de doenças graves.

Como é o caso do processo nº 0309490-94.2015.8.24.0036, julgado pelo Tribunal de Justiça de Santa Catarina (TJSC), refere-se a uma ação de Procedimento Comum Cível movida por um jovem com TDAH contra o Estado de Santa Catarina e outro réu, visando o fornecimento de medicamentos.

O autor ingressou com a ação pleiteando que o Estado de Santa Catarina fornecesse determinados medicamentos necessários ao seu tratamento de saúde, alegando não possuir condições financeiras para adquiri-los por conta própria. Após a análise dos autos, o juiz da Vara da Fazenda Pública proferiu sentença favorável ao autor, determinando que o Estado de Santa Catarina fornecesse os medicamentos solicitados, conforme prescrição médica apresentada. A decisão baseou-se no entendimento de que é dever do Estado garantir o acesso à saúde, conforme previsto na Constituição Federal, especialmente quando o cidadão comprova a necessidade do tratamento e a incapacidade de arcar com os custos dos medicamentos indispensáveis à sua recuperação.

O processo exemplifica a atuação do Judiciário na garantia do direito à saúde, obrigando o Estado a fornecer medicamentos essenciais a cidadãos que não dispõem de recursos para adquiri-los, reafirmando o compromisso constitucional com a dignidade da pessoa humana.

Destacam-se ainda, duas situações em processos de 2º grau, em que o Agravo de Instrumento nº 5054074-66.2020.4.04.0000, julgado pela Sexta Turma do Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF4), sob a relatoria da Desembargadora Federal Taís Schilling Ferraz, foi juntado aos autos em 9 de abril de 2021. Este agravo de instrumento foi interposto contra decisão que indeferiu pedido de tutela de urgência em ação que buscava o fornecimento de medicamento específico pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A Sexta Turma do TRF4, acompanhando o voto da relatora, deu provimento ao agravo de instrumento, determinando que a União fornecesse o medicamento pleiteado, considerando a comprovação da necessidade do tratamento e a incapacidade financeira do autor para arcar com os custos. A decisão baseou-se nos seguintes pontos:

- Direito à saúde: A Constituição Federal assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado, conforme o artigo 196.
- Precedentes jurisprudenciais: O entendimento consolidado nos tribunais superiores reconhece a obrigação do Estado em fornecer medicamentos indispensáveis ao tratamento de saúde de cidadãos hipossuficientes.

O TRF4, ao prover o agravo de instrumento, reafirmou o compromisso do Estado em garantir o direito fundamental à saúde, determinando o fornecimento do medicamento necessário ao tratamento do autor, em conformidade com a jurisprudência consolidada sobre o tema.

Na segunda situação, o Agravo de Instrumento nº 5000004-65.2021.4.04.0000, julgado pela Turma Regional Suplementar do Paraná do Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF4), sob a relatoria do Desembargador Federal Fernando Quadros da Silva, foi juntado aos autos em 13 de maio de 2021. Este agravo de instrumento foi interposto pela União contra decisão que determinou o fornecimento de Dimesilato de Lisdexanfetamina (Venvanse®), medicamento específico a um paciente para tratamento de TDAH, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Turma Regional Suplementar do Paraná, acompanhando o voto do relator, negou provimento ao agravo de instrumento, mantendo a decisão que determinou o fornecimento do medicamento ao paciente.

Indo em concordância ao Tema 793 do Supremo Tribunal Federal (STF), que trata da responsabilidade solidária dos entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) pelo dever de prestar assistência à saúde, especialmente no fornecimento de medicamentos e tratamentos médicos necessários aos cidadãos. O ponto principal do tema é esclarecer se a responsabilidade de fornecer medicamentos e tratamentos deve ser atribuída exclusivamente a um ente federativo ou se todos os entes têm responsabilidade solidária nesse dever, conforme os princípios constitucionais de saúde pública.

O STF estabeleceu que a responsabilidade solidária dos entes federados está garantida pelo artigo 196 da Constituição Federal, que assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado. Destaca-se neste ponto que a Constituição Federal prevê a saúde como direito fundamental, garantindo a universalidade e integralidade do acesso aos serviços de saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), e sendo este um sistema integrado, os entes federativos devem atuar de forma coordenada e solidária.

Portanto, qualquer dos entes federativos pode ser acionado judicialmente para assegurar o fornecimento de medicamentos ou tratamentos necessários à preservação do direito à saúde, e a escolha do ente a ser demandado cabe ao cidadão, sem necessidade de incluir os demais no polo passivo da ação.

O Tema 793 reafirma o compromisso do Estado com a proteção do direito fundamental à saúde, garantindo que os cidadãos não sejam prejudicados por questões administrativas ou orçamentárias entre União, Estados e Municípios. Trazendo um impacto positivo visto que possibilita agilidade no acesso à saúde evitando que os pacientes sejam prejudicados por conflitos entre os entes federados sobre quem é responsável pelo atendimento.

Além de reforçar o entendimento de que os cidadãos podem acionar qualquer ente para garantir seus direitos, aumentando a demanda por ações judiciais relacionadas à saúde pública. E incentiva maior cooperação entre os entes federativos para evitar disputas sobre responsabilidades.

Portanto, torna-se evidente que a ausência de medidas concretas e eficazes por parte do poder público para assegurar os direitos básicos das pessoas neurodivergentes, especialmente aquelas diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), perpetua um cenário de exclusão e desigualdade social. A dependência exclusiva da capacidade financeira individual para acessar tratamentos e medicamentos essenciais não apenas fere o princípio constitucional da equidade na saúde, mas também reforça um ciclo de marginalização para essa parcela da população.

A negligência estatal é expressa tanto na falta de políticas públicas abrangentes quanto na morosidade do processo legislativo. Projetos de lei que poderiam representar avanços significativos para a inclusão e o cuidado dessas pessoas permanecem paralisados, revelando a invisibilidade dos neurodivergentes nas agendas governamentais. Esse descaso institucional não só compromete a qualidade de vida dos indivíduos afetados, mas também impõe barreiras ao pleno desenvolvimento de suas potencialidades e à integração social.

Além disso, a não priorização dessa pauta evidencia um descompasso entre os avanços no reconhecimento científico do TDAH como condição clínica e a efetiva implementação de políticas públicas que garantam tratamento adequado. A falta de financiamento e estrutura no Sistema Único de Saúde (SUS) agrava ainda mais essa lacuna, limitando o acesso a diagnósticos precoces, acompanhamento especializado e medicamentos essenciais.

Diante desse contexto, é imprescindível que o Estado adote uma postura ativa e comprometida com a promoção da saúde mental e inclusão social dos neurodivergentes. Isso inclui a formulação de políticas públicas que garantam o fornecimento de medicamentos e tratamentos por meio do SUS, bem como a criação de programas de conscientização, apoio educacional e capacitação profissional para essa população.

A justiça social e a equidade na saúde exigem ações urgentes para romper com a negligência histórica e estrutural que mantém os TDAHs e outros neurodivergentes em situação de vulnerabilidade. Reconhecer suas necessidades e garantir seu acesso igualitário aos cuidados de saúde é não apenas uma obrigação constitucional, mas também um passo fundamental para a construção de uma sociedade mais inclusiva e justa.

5. CONCLUSÃO

O presente trabalho se concentrou em objetivo abordar o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) para além da visão simplista de uma mera dificuldade de concentração. Procurou-se evidenciar como a vivência de indivíduos com TDAH difere do que é socialmente considerado como padrão, analisando também o impacto da desinformação popular na perpetuação de estigmas que marginalizam esses sujeitos. Tal marginalização resulta, muitas vezes, na invisibilidade dessas pessoas perante o Estado, a discussão foi conduzida à luz dos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho, demonstrou-se que no Brasil, os neurodiversos com TDAH enfrentam desafios significativos em termos de representatividade e acesso a diagnóstico e tratamento. Ainda há um déficit na inclusão dessas pessoas em políticas públicas, programas educacionais adaptados e suporte no ambiente de trabalho. Embora o debate sobre neurodiversidade esteja crescendo, muitos ainda carecem de compreensão social e aceitação, levando à perpetuação de estigmas e preconceitos. Ficando evidente a necessidade de uma postura do Estado, haja vista que o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma condição neuropsiquiátrica que, quando não tratada ou tratada de forma incompleta, pode gerar sérios prejuízos para o indivíduo em diversas áreas da vida. Esses impactos afetam a esfera acadêmica, profissional, social e emocional, comprometendo a qualidade de vida e o bem-estar.

Tendo em vista que o TDAH não tratado afeta diversos fatores do dia a dia, como o ambiente acadêmico, onde indivíduos com o transtorno frequentemente enfrentam dificuldades para manter a atenção em sala de aula, organizar tarefas e cumprir prazos. Isso pode resultar em baixo desempenho escolar, reprovação e, em alguns casos, abandono dos estudos. No contexto profissional, há um risco aumentado de instabilidade no emprego, dificuldades em cumprir metas e problemas de relacionamento com colegas e superiores, o que compromete o crescimento na carreira. No campo social, a impulsividade e a desatenção características do TDAH podem dificultar a construção e a manutenção de relações interpessoais saudáveis. Isso pode levar a conflitos frequentes, isolamento social e, em casos mais graves, divórcios ou rupturas familiares, além disso, indivíduos com TDAH não tratado apresentam maior probabilidade a transtornos mentais, como ansiedade e depressão, bem como a comportamentos de risco, como abuso de substâncias e acidentes. Não obstante quando o tratamento é incompleto, muitos dos benefícios obtidos inicialmente podem ser

perdidos. A falta de continuidade na medicação ou na terapia psicológica pode resultar na persistência dos sintomas e na reincidência de problemas acadêmicos, profissionais e sociais, além do risco do desenvolvimento de comorbidades, como transtornos de conduta e dificuldades emocionais, que podem agravar ainda mais o quadro clínico.

Portanto, o tratamento do TDAH deve ser abrangente e ininterrupto, envolvendo o uso de medicação quando indicado, psicoterapia para desenvolvimento de habilidades comportamentais, orientação familiar e apoio acadêmico. O acompanhamento regular por profissionais especializados é fundamental para monitorar os progressos e ajustar as abordagens terapêuticas conforme necessário. Buscando minimizar os prejuízos causados pelo transtorno e maximizar seu potencial de desenvolvimento e qualidade de vida.

Destaca-se aqui que os procedimentos de diagnóstico, por sua vez, variam em qualidade, pois são dependentes da capacitação de profissionais de saúde e dos critérios utilizados para avaliação. Uma vez que, a falta de padronização nos protocolos diagnósticos, além do desconhecimento sobre as nuances do transtorno compromete a precisão das avaliações, resultando em diagnósticos excessivos ou insuficientes. Conseqüentemente, há um crescimento expressivo nos diagnósticos de TDAH no Brasil e no mundo. Esse aumento tem gerado preocupações sobre diagnósticos precipitados ou inadequados, muitas vezes baseados apenas em sintomas superficiais, sem uma análise aprofundada do histórico do paciente. O que pode levar ao uso indevido de medicações e tratamentos inadequados, impactando negativamente a percepção pública do transtorno e aumentando a resistência ao tratamento por parte de quem realmente precisa.

À vista disso, a demanda por tratamento e medicação para pessoas com TDAH tem aumentado significativamente nos últimos anos, acompanhando o crescimento no número de diagnósticos. Esse aumento gera questionamento acerca dos seus efeitos na vida dos indivíduos acometidos de TDAH, em especial na sua economia, especialmente devido ao custo elevado de medicamentos e terapias especializadas, visto que muitas famílias enfrentam dificuldades financeiras para arcar com tratamentos contínuos, o que agrava a desigualdade social, já que pessoas de baixa renda têm mais barreiras ao acesso a um diagnóstico preciso e ao suporte adequado. O que levanta a questão da permanência de barreiras ao acesso à saúde qualificada no Brasil e no mundo frequentemente esbarra em barreiras financeiras, tornando-se um privilégio restrito a quem possui maior poder econômico. Essa realidade se agrava no caso de pessoas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH),

cuja qualidade de vida depende de diagnósticos precisos, tratamentos contínuos e suporte especializado.

Os altos custos de consultas médicas, medicamentos e terapias criam um cenário de desigualdade, onde apenas uma parcela da população consegue arcar com os cuidados necessários. Para muitos, o tratamento do TDAH se torna inviável, comprometendo a saúde mental, o desempenho acadêmico e profissional, além das relações sociais e familiares. Esse modelo de saúde mercantilizada levanta questionamentos éticos sobre o direito universal à qualidade de vida e reforça a urgência de políticas públicas inclusivas. É fundamental repensar essa estrutura para garantir que o acesso ao tratamento seja um direito, não um luxo reservado a poucos.

Assim conclui-se com esta pesquisa a evidente discrepância, não apenas no contexto brasileiro, mas em âmbito global entre os valores praticados para medicamentos, sobretudo para as tecnologias recentes e avançadas que ingressam no mercado, e a capacidade financeira dos indivíduos, bem como dos sistemas de saúde, públicos e privados. Além da tamanha necessidade de a justiça intervir nessa narrativa relacionada ao acesso à medicação para TDAH, visto o quanto reflete uma falha estrutural do Estado em garantir direitos básicos à saúde. Em muitos casos, pacientes e famílias recorrem ao judiciário para obter medicamentos, diagnósticos e tratamentos, evidenciando a inércia governamental em criar políticas públicas eficazes e acessíveis.

Uma vez que o papel do Estado deveria ser proativo, assumindo a responsabilidade de monitorar, identificar e resolver as demandas por meio de ações concretas, como a criação de leis que assegurem o acesso ao tratamento integral. Isso incluiria diagnósticos precoces, distribuição gratuita de medicamentos e acompanhamento psicológico, especialmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Essa abordagem evitaria a judicialização excessiva, que sobrecarrega o sistema judiciário e impõe barreiras burocráticas para os pacientes. Além disso, garantiria mais equidade no acesso ao tratamento, beneficiando principalmente pessoas de baixa renda que não têm condições de arcar com os custos elevados envolvidos no cuidado contínuo do TDAH. Portanto, cabe ao Estado reconhecer sua omissão e agir de forma estruturada para implementar políticas públicas abrangentes, reduzindo a necessidade de intervenção judicial e promovendo o direito à saúde de forma justa e eficiente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AACAP. Official Action. **Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults.** Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2002.
- ABDA. Associação Brasileira do Déficit de Atenção. **O que é o TDAH.** Disponível em: <https://tdah.org.br/sobre-tdah/o-que-e-tdah/>. Acesso em: 31 out. 2024.
- AMERICAN Academy of Pediatrics. **Clinical practice guidelines: Treatment of the school-aged child with attention deficit/hyperactivity disorder.** Pediatrics, 108, 1033-1044, 2001.
- ANDRADE, Elane A. et al. Livestock rabies in Pará state, Brazil: a descriptive study (2004 to 2013). **Pesquisa Veterinária Brasileira**, [S.L.], v. 40, n. 4, p. 234-241, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pvb/a/NnPY9rWgrnJMnkwmYsg5Qsp/?lang=en>. Acesso em: 07 dez. 2024.
- ANGELL, Márcia. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como fomos enganados e o que podemos fazer a respeito.** Rio de Janeiro: Record, 2007. Tradução de e Waldéa Barcellos.
- ANGELIS, A.; LANGE, A.; KANAVOS, P. **Using Health technology assessment to assess the value of new medicines: results of a systematic review and expert consultation across eight European countries.** The European Journal of Health Economics, Berlin, v. 19, p.123-152, 2018.
- AZEVEDO, Davi Dias de. **Classificação do Direito.** 2020. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/classificacao-do-direito/941543806>. Acesso em: 21 out. 2024.
- BARCELLOS, Ana Paula. **O direito a prestações de saúde: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletivas e abstratas.** In: SOUZA NETO, C. P.; SARMENTO, D. (Coords.). Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. 2ª tiragem. Rio de Janeiro: Editora Lúmen Juris, 2010.
- BITTAR, Carlos Alberto. **Os direitos da personalidade.** 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- BOMBINHAS. **Lei nº 939, de 26 de setembro de 2006.** "Dispõe sobre a criação do programa de apoio à criança com transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH, e dá outras providências". Bombinhas, 26 set. 2006. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/sc/b/bombinhas/lei-ordinaria/2006/93/939/lei-ordinaria-n-939-2006-dispoe-sobre-a-criacao-do-programa-de-apoio-a-crianca-com-transtorno-de-deficit-de-atencao-e-hiperatividade-tdah-e-da-outras-providencias?r=p>. Acesso em: 21 out. 2024.
- BRANDÃO, Hortensia Maria Dantas. **Uma perspectiva psicanalítica sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH.** 194f. 2011. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.
- BRASIL. **Supremo Tribunal Federal. Tema nº 1234, de outubro de 2024.** Legitimidade passiva da União e competência da Justiça Federal, nas demandas que versem sobre

fornecimento de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, mas não padronizados no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/tema.asp?num=1234>>. Acesso em: 25 de out. de 2024.

BRASIL. Tribunal Estadual de Santa Catarina. Ação de Procedimento Ordinário nº 0309490-94.2015.8.24.0036. Autor: Ian Teixeira Moreira. Réu: Estado de Santa Catarina e Município de Jaraguá do Sul. Juíza Cândida Inês Zoellner Brugnoli. Jaraguá do Sul, SC, 22 de abril de 2016. Jaraguá do Sul, 12 ago. 2021. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-sc/1158526002/inteiro-teor-1158526005>. Acesso em: 26 nov. 2024.

BRASIL. Tribunal Regional Federal 4 Região. Agravo de Instrumento nº 5000004-65.2021.4.04.0000. **AGRAVO DE INSTRUMENTO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. Dimesilato de Lisdexanfetamina (Venvanse®) para tratamento de transtorno de déficit de atenção com hiperatividade - TDAH. ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. REQUISITOS PRESENTES.** Agravante: UNIÃO - Advocacia Geral Da União. Agravado: Ministério Público Federal e Autarquia Municipal de saúde de Londrina. Relator: Des. Fed. Fernando Quadros da Silva. Curitiba, PR, 04 de maio de 2021. Curitiba, 12 mai. 2021. Disponível em: https://consulta.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=consulta_processual_resultado_pesquisa&txtValor=50000046520214040000&selOrigem=TRF&chkMostrarBaixados=&todasfases=&selForma=NU&todaspartes=&txtChave=&numPagina=1. Acesso em: 23 nov. 2024.

BRASIL. Tribunal Regional Federal 4 Região. Agravo de Instrumento nº 5054074-66.2020.4.04.0000. **DIREITO À SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. possibilidade de dano por suspensão de tratamento. mantida a antecipação de tutela SOLIDARIEDADE. TEMA 793 DO STF.** Agravante: UNIÃO - Advocacia Geral Da União. Agravado: IDO DALPIAZ. Relator: Des. Fed. Taís Schilling Ferraz. Porto Alegre, RS, 07 de abril de 2021. Porto Alegre, 09 abr. 2021. Disponível em: https://consulta.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=consulta_processual_resultado_pesquisa&txtValor=50540746620204040000&selOrigem=TRF&chkMostrarBaixados=&todasfases=&selForma=NU&todaspartes=&txtChave=&numPagina=1. Acesso em: 28 nov. 2024.

BRASIL. Tribunal Regional Federal 4 Região. Apelação Cível nº 5007558-34.2020.4.04.7001. **Direito À Saúde. Fornecimento de Medicamento. Dimesilato de Lisdexanfetamina (Venvanse®) Para Tratamento de Transtorno de Déficit de Atenção Com Hiperatividade - Tdah. Critérios Definidos Pelo Stj. Cumprimento. Concessão Judicial do Fármaco Postulado. Possibilidade. Atribuições, Custeio e Reembolso das Despesas.** Apelante: Autarquia municipal de saúde de Londrina. Apelada: Ministério Público Federal.. Relator: Desembargadora Cláudia Cristina Cristofani.. Curitiba, PR, 10 de agosto de 2021. Curitiba, 12 ago. 2021. Disponível em: https://consulta.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=consulta_processual_resultado_pesquisa&txtValor=50075583420204047001&selOrigem=TRF&chkMostrarBaixados=&todasfases=&selForma=NU&todaspartes=&txtChave=&numPagina=1. Acesso em: 28 nov. 2024.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 3642, de 31 de julho de 2023.** Dispõe sobre a incorporação obrigatória do medicamento metilfenidato para o tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) no Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, 2023. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2374559>. Acesso em: 15 nov. 2024.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<https://bit.ly/34nuKQF>>. Acesso em: 01 nov. 2024.

_____. Decreto no 3.321, de 30 de dezembro de 1999. **Promulga o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais “Protocolo de São Salvador”**, concluído em 17 de novembro de 1988, em São Salvador, El Salvador. Brasília. 1999. Disponível em: <<https://bit.ly/2rTdHsr>>. Acesso em: 22 nov. 2024.

_____. Decreto no 591, de 6 de julho de 1992. **Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Promulgação. Brasília. 1992. Disponível em: <<https://bit.ly/36EJbkY>>. Acesso em: 21 nov. 2024.

_____. **Lei n. 13.2146, de 06 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União de 07.07.2015. Brasília/DF, 2015a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm Acesso em 20/10/2024.

_____. **Lei n. 14.254, de 30 de novembro de 2021**. Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem. Diário Oficial da União de 01.12.2021. Brasília/DF, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14254.htm. Acesso em 20/10/2024.

_____. **Lei Nº 12.764, de 27 de Dezembro de 2012**. Brasília, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 10 set. 2024.

_____. **Lei n. 10742, de 06 de outubro de 2003**. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Brasília, 06 out. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.742.htm. Acesso em: 28 nov. 2024.

_____. **Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União de 04.06.1998. Brasília/DF, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656compilado.htm. Acesso em 21/10/2024.

_____. **Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.. Brasília, 09 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 01 dez. 2024.

_____. **Lei nº 6360, de 23 de setembro de 1976**. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências.. Brasília, 23 set. 1976.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6360.htm. Acesso em: 12 dez. 2024.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.. . Brasília, DF, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 29 set. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para organização da rede de atenção à saúde do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2011/dezembro/2-b-documento-de-diretrizes-para-organiza-o-das-redes-de-aten-o-sa-de-do-sus.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088 12/2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 22 out. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **RELATÓRIO PARA SOCIEDADE:** informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no sus. Brasília: Conitec, 2020. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2021/Sociedade/20210319_resoc236_metilfenidato_lisdexanfetamina_tdah.pdf. Acesso em: 30 out. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf. Acesso em: 24 de out. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Entendendo a Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS : como se envolver [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 34 p. : il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/entendendo_incorporacao_tecnologias_sus_envolver.pdf. Acesso em: 29 out. 2024

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e conquistas/**Ministério da Saúde, Secretaria Executiva** – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **PORTARIA nº 1.297, de 11 de junho de 2019.** Institui projeto piloto de acordo de compartilhamento de risco para incorporação de tecnologias em saúde, para oferecer acesso ao medicamento Spinraza (Nusinersena) para o tratamento da Atrofia Muscular Espinhal (AME 5q) tipos II e III no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. [S. l.], 11 jun. 2019. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt1297_12_06_2019.html#:~:text=Institu%20projeto%20piloto%20de%20acordo,Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%2D%20SUS. Acesso em: 10 nov. 2024.

_____. **PORTARIA nº 4.279, de 9 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [S. l.], 30 dez. 2010b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 10 nov. 2024.

_____. **PORTARIA nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [S. l.], 21 set. 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 nov. 2024.

_____. **PORTARIA nº N° 14, de 29 de julho de 2022.** Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. [S. l.], 29 jul. 2022. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2022/portaria-conjunta-no-14-pcdt-transtorno-do-deficit-de-atencao-com-hiperatividade-tdah.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2024.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto. Quatro modelos de integração de técnicas qualitativas e quantitativas de investigação nas Ciências Sociais. In: GOLDENBERGER, Paulete; MARSIGLIA, Regina M. Giffoni; GOMES, Maria H. de Andréa. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 157-183.

BRUNA, Maria Helena Varella. TDAH (transtorno do déficit de atenção com hiperatividade). **Drauzio Varella**, 14 mar. 2013. Disponível em:

<https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/tdah-transtorno-do-deficit-de-atencao-com-hiperatividade/>. Acesso em: 2 nov. 2024.

BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas. **Judicialização da saúde: a visão do poder executivo.** São Paulo: Saraiva, 2017.

BÜHRING, Maria Andrea. **Direito social: proibição de retrocesso e dever de progresso.** Direito & Justiça, Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 56-73, 2015.

CÂMARA DE REGULAÇÃO DO MERCADO DE MEDICAMENTOS CONSELHO DE MINISTROS. **Resolução CMED nº 2, de 5 de março de 2004.** Define os critérios para definição de preços de produtos novos e novas apresentações. Brasília, 2004.

CAMBORIÚ. **LEI nº 3595, de 21 de outubro de 2024.** Dispõe sobre medidas de apoio e garantia dos direitos das pessoas com Transtorno Do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) no âmbito do município de Camboriú/SC, institui dia municipal da conscientização

das pessoas com tdah e dá outras providências. Camboriú, 21 out. 2024. Disponível em: <https://diariomunicipal.sc.gov.br/?r=site/autopublicacaoAssinado&id=6546308>. Acesso em: 21 out. 2024.

CHAMMAS, Cristiane Benedetti; HERNANDEZ, José Mauro da Costa. A Neurodiversidade Como Vantagem Competitiva. **Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração**, São Paulo, p. 2177-2576, 21 set. 2022. Disponível em: <https://anpad.com.br/uploads/articles/120/approved/876e1c59023b1a0e95808168e1a8ff89.pdf>. Acesso em: 12 out. 2024.

CHARLTON, Victoria. *Et al.* **Cost effective but unaffordable: an emerging challenge for Health systems**. *BMJ*, London, v. 356, n. j1402, 2017.

COMPARATO, Fábio Kondor; PINTO, Élide Graziane. **Custeio mínimo dos direitos fundamentais, sob a máxima proteção constitucional**. *Consultor Jurídico*, São Paulo, 17 dez. 2015.

CONNER, Daniel. (2002). **Preschool Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Review of Prevalence, Diagnosis, Neurobiology, and Stimulant Treatment**. *Journal of developmental and behavioral pediatrics* : JDBP. 23. S1-9. 10.1097/00004703-200202001-00002.

CRUZ, Lara Fachine Piquet da; MINERVINO, Carla Alexandra da Silva Moita; PEREIRA, Estephane Enadir Lucena Duarte. Funções Executivas, Atenção e o Uso do Metilfenidato: Estudo de Revisão Sistemática. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, v. 37, ed. e37 113, 2021. DOI DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37113>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/cSrQYtZkhKtGkTM8RFzpfyd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2024.

DESIDÉRIO, Rosimeire C. S.; MIYAZAKI, Maria Cristina de O. S. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): Orientações para a Família. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**, São José do Rio Preto, SP, v. 11, n. 1, p. 165 -178, Janeiro/Junho 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/G4mGnPctSwHkLZgMn8hZs7b/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 13 de out. 2024.

DINIZ, Luizemberg Carneiro; BARROS, Ana Maria Dinardi Barbosa. O Amparo Jurídico aos Portadores do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. **Revista do Curso de Direito do Centro Universitário de Barra Mansa/UBM**, Barra Mansa, RJ, v. 6, n. 1, p. 20 - 40, dez de 2021. Disponível em: <https://www.ubm.br/revista-direito/pdf/Ana%20Maria%20-%20Revista%20do%20Direito%20-%20Luizemberg%20Carneiro%20Diniz.pdf>. Acesso em: 23 out. 2024. Disponível em: <https://tdah.org.br/wpcontent/uploads/site/pdf/cartilha%20ABDA.final%2032pg%20otm.pdf>. Acesso em: 10

DISTRITO FEDERAL. **LEI nº 5.310, de 18 de fevereiro de 2014**. Dispõe sobre a educação especial e o atendimento e acompanhamento integral aos estudantes que apresentem necessidades especiais nos diferentes níveis, etapas e modalidades de educação. Brasília, 18 fev. 2014. Disponível em:

https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/76246/Lei_5310_18_02_2014.html. Acesso em: 21 out. 2024.

EOM, Tae Hoon; KIM, Young-Hoon. Clinical practice guidelines for attention-deficit/hyperactivity disorder: recent updates. **Pubmed Central**, Seul, 13 jun. 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10764666/>. Acesso em: 28 jan. 2025.

ESCOREL, Sarah. Equidade em saúde. **In: Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equasau.html#topo>. Acesso em: 15 out. 2024.

ESPÍRITO SANTO. **LEI nº 11076, de 25 de novembro de 2019**. Obriga as unidades escolares públicas e privadas, no âmbito do Estado do Espírito Santo, a disponibilizar assentos em locais determinados aos alunos com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade – TDAH, e dá outras providências. Vitória, 25 nov. 2019. Disponível em: <https://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LeD110762019.html>. Acesso em: 21 out. 2024.

FARMÁCIA INDIANA. Dimesilato de Lisdexanfetamina 30 Cápsulas Eurofarma Genérico 70mg. Disponível em: https://www.farmacaiandiana.com.br/dimesilato-de-lisdexanfetamina-30-capsulas-eurofarma-generico-70mg/p?idsku=187789&srsId=AfmBOorMP4zXPK7qmsnckfM8fsG_6-nAvRtyNRSgvlMiw_41HSelT7N7z18. Acesso em: 22 dez. 2024.

FARMÁCIA SÃO JOÃO. Dimesilato de Lisdexanfetamina 70mg 30 Cápsulas Genérico Eurofarma (A3). Disponível em: <https://lojavtex.saojoaofarmacias.com.br/dimesilato-de-lisdexanfetamina-70mg-30-capsulas-generico-eurofarma--a3--10041471/p>. Acesso em : 22 dez. 2024

FERNANDES, Cleonice; MARCONDES, Jeisa. TDAH: Transtorno, Causa, Efeito e Circunstância. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**. [s/l], v. 18, n.1, p. 48-52, 2017. DOI:18. 48. 10.17921/2447-8733.2017v18n1p48-52. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324743449_TDAH_Transtorno_Causa_Efeito_e_Circunstancia. Acesso em: 25 set. 2024.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner; SARLET, Ingo Wolfgang. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações, in: **Direitos Fundamentais, orçamento e “reserva do possível”**. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2008.

FORTALEZA. **LEI nº 10891, de 27 de maio de 2019**. Dispõe sobre o dia municipal de conscientização do transtorno do déficit de atenção com hiperatividade - TDAH, na forma que indica, e dá outras providências. Fortaleza, 27 mai. 2019. Disponível em: <https://sapl.fortaleza.ce.leg.br/ta/3367/text?#:~:text=DISP%C3%95E%20SOBRE%20O%20DIA%20MUNICIPAL,INDICA%2C%20E%20D%C3%81%20OUTRAS%20PROVID%C3%84NCIAS>. Acesso em: 21 out. 2024.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo : Atlas,

2008.

GOIÁS. **LEI n° 19913, de 18 de dezembro de 2017**. Dispõe sobre o atendimento especializado para as pessoas diagnosticadas com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Dislexia nos Concursos Públicos e Vestibulares. Vitória, 18 dez. 2017. Disponível em:

chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://legisla.casacivil.go.gov.br/api/v2/pesquisa/legislacoes/99798/pdf#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20atendimento%20especializado,nos%20Concursos%20P%C3%BAblicos%20e%20Vestibulares. Acesso em: 21 out. 2024.

GØTZSCHE, Peter Christian. **Medicamentos mortais e crime organizado**: como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica. Porto Alegre: Bookman, 2016. Tradução: Ananyr Porto Fajardo.

GRAEFF, Rodrigo linck; VAZ, Cícero e. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Psicologia USP**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 341-361, julho/setembro de 2008. DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000300005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psup/a/8yKwZ7nLBCxr7h5TffqPvKz/>. Acesso em: 5 nov. 2024.

GROUP, the mta cooperative (1999). **A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attentiondeficit/hyperactivity disorder**. The MTA cooperative group, multimodal treatment study of children with ADHD. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1096.

HENRIQUES, Antonio. **Metodologia científica da pesquisa jurídica**. 9 ed. Rio de Janeiro. Atlas 2017.

HOLZ, Claudineia; PRIORI, Solange Castro; PIFFER, Douglas Moro. A Lei 14.254/21 e a política nacional de acompanhamento integral do educando portador de dislexia, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e outros transtornos de aprendizagem. **Revista Ft**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 127, p. 0-0, 15 out. 2023. Disponível em: <https://revistaft.com.br/a-lei-14-254-21-e-a-politica-nacional-de-acompanhamento-integral-do-educando-portador-de-dislexia-transtorno-do-deficit-de-atencao-com-hiperatividade-tdah-e-ou-otros-transtornos-de-aprendizagem-anal/>. Acesso em: 27 nov. 2024.

HOSENBUCUS, Sheik; CHAHAL, Raj. A Review of Long-Acting Medications for ADHD in Canada. **Psychopharmacology**, Kamloops, nov. 2009.

JUNIOR, Antonyo Leal; AYMORÉ, Jorge Alexandre Bueno. Princípios Constitucionais da Educação: Breve análise sobre o aspecto principiológico da gestão democrática do ensino.

Akrópolis – Revista de Ciências Humanas da UNIPAR, [S. l.], v. 30, n. 1, 2022. DOI: 10.25110/akropolis.v30i1.8832. Disponível em:

<https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/akropolis/article/view/8832>. Acesso em 18/10/2024.

JUSTICE PROGRAMS FOR PUBLIC HEALTH A GOOD PRACTICE GUIDE. New York, 1 jun. 2019. Disponível em:

chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/7af19455-93f3-4717-8131-60764b4fd475/justice-programs-public-health-20150701_1.pdf. Acesso em: 27 nov. 2024.

KESTELMAN, Iane. Quadro Clínico. **ABDA**, 10 maio 2017. Disponível em: <https://tdah.org.br/quadro-clinico/>. Acesso em: 4 nov. 2024.

LIMA, Isla Barbosa Leite. TDAH e as relações sociais: dificuldades, desafios e estratégias para melhorar a qualidade de vida de crianças e adolescentes. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 9, n. 8, p. 24115-24127, agosto 2023.

LOUZÃ, Mario R.; MATTOS, Paulo. Questões atuais no tratamento farmacológico do TDAH em adultos com metilfenidato. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, [s.l.], v. 56, n. 1, p. 53-56, 2007. **FapUNIFESP (SciELO)**. <http://dx.doi.org/10.1590/s0047-20852007000500012>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852007000500012&script=sci_arttext. Acesso em: 08 jun. 2024.

MANCINELLI, Luis Roberto de Vasconcelos Maia; CARDIN, Valéria Silva Galdino. **Judicialização da saúde e os impactos gerados aos direitos da personalidade do indivíduo com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade**. São José dos Pinhais: Contribuciones A Las Ciencias Sociales, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/6205/4313>. Acesso em: 15 set. 2024.

MANAUS. **LEI nº 2260, de 4 de dezembro de 2017**. Dispõe sobre as medidas a serem adotadas para identificar, acompanhar e auxiliar o aluno portador de TDAH e/ou dislexia nas redes pública e privada de ensino do município de Manaus e dá outras providências. Manaus, 4 dez. 2017. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=353290>. Acesso em: 21 out. 2024.

MARINS, Lucas Gabriel. O que está por trás da “explosão” de casos de TDAH no Brasil e no mundo?. **Portal Drauzio**, 20 set. 2024. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/psiquiatria/o-que-esta-por-tras-da-explosao-de-casos-de-tdah-no-brasil-e-no-mundo/#:~:text=%E2%80%9CEm%20resumo%2C%20o%20aumento%20%20C3%A9,Unidos%E2%80%9D%2C%20diz%20o%20dr>. Acesso em: 2 dez. 2024.

MARTINS, Rosimeire C. S. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): Orientações para a Família. In: MARINS, Lucas Gabriel. O que está por trás da “explosão” de casos de TDAH no Brasil e no mundo?. **Portal Drauzio**, 19 fev. 2024. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/psiquiatria/o-que-esta-por-tras-da-explosao-de-casos-de-tdah-no-brasil-e-no-mundo/amp/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

MATTOS, Paulo. *et al.* Painel brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 50-60, 2006.

MOROZOWSKI, Ana Carolina; MASSUDA, Raffael. **Judicialização de medicamentos psiquiátricos no Brasil: a realidade nos estados do Paraná e Santa Catarina**. Curitiba: Direito em Comprimidos, 2023. Disponível em: <https://direitoemcomprimidos.com.br/judicializacao-de-medicamentos-psiquiatricos-em-sc-pr/>. Acesso em: 20 nov. 2024.

NETO, Antônio Fernandes Barros Lima. **SUS para Neurodivergentes**. Manaus: Contemporânea, 2024. Disponível em:

<https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/6139/4460>. Acesso em: 29 out. 2024.

OLIVEIRA, Gabriela Rocha Rodrigues de; SILVA, Ana Lucia Gonçalves da. POLÍTICAS INDUSTRIAIS NO CONTEXTO DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE: o caso das parcerias para o desenvolvimento produtivo. **Blucher Engineering Proceedings**, [S.L.], p. 1-14, ago. 2019. Disponível em: <https://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/33202>. Acesso em: 15 nov. 2024.

ORTEGA, Francisco. *et al.* A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface: comunicação, saúde, educação**, São Paulo, v.14, n. 34, p. 499-512, 2010.

ORTEGA, Francisco. O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade. **MANA**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 477-509, out. 2008. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-93132008000200008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/TYX864xpHchch6CmX3CpxSG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2024.

PAULA, Murilo Rezende. *Et al.* Desafios no diagnóstico de TDAH e repercussões nas condutas terapêuticas: Ana Beatriz Silva Bauer Vieira César Filho Caroline Oliveira Silva Isabella Piauilino Rosal Pâmella Alves Pirovani Rodrigues Valentina Barroso Santiago Hayane Nepomuceno Curto. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 6852-6861, mar. 2023. DOI 10.34119/bjhrv6n2-189. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/58633>. Acesso em: 9 nov. 2024.

PESQUISA, Instituto de Ensino e. **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2019.

POR QUE o Ozempic é tão caro? Números mostram que está cada vez mais difícil para Novo Nordisk justificar seu preço. O Globo, Rio de Janeiro, 24 de setembro de 2024.

Disponível

em: <https://oglobo.globo.com/economia/noticia/2024/09/24/por-que-o-ozempic-e-tao-caru-nu-meros-mostram-que-esta-cada-vez-mais-dificil-para-novo-nordisk-justificar-seu-preco.ghtml>. Acesso em: 10 de dez. de 2024.

REZENDE, Eduardo. A história completa do TDAH que você não conhecia. **PSICOEDU**, 2 nov. 2016. Disponível em: <https://www.psicopedu.com.br/2016/11/historia-origem-do-tdah.html>. Acesso em: 1 nov. 2024.

RIBEIRO, Aaron Dantas Borges. *Et al.* MAPEANDO O TDAH NO BRASIL: PREVALÊNCIA E DESIGUALDADES POR REGIÃO, FAIXA ETÁRIA E RAÇA. **Revista Contemporânea**, [S. l.], v. 4, n. 7, p. e5267, 2024. DOI: 10.56083/RCV4N7-210. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/5267>. Acesso em: 4 nov. 2024.

RIO DE JANEIRO. **Lei nº 7354, de 14 de julho de 2016**. Institui, no âmbito do estado do Rio de Janeiro, o programa de diagnóstico e tratamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade - tdah e do transtorno desafiador opositivo - tdo, e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ, disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rj/lei-ordinaria-n-7354-2016-rio-de-janeiro-institui-no-ambito-do->

estado-do-rio-de-janeiro-o-programa-de-diagnostico-e-tratamento-do-transtorno-do-deficit-de-atencao-e-hiperatividade-tdah-e-da-outras-providencias. Acesso em: 28 nov. 2024.

SALIB, Veronica. The Top 5 Most Expensive FDA-Approved Gene Therapies: Hemgenix, Skysona, Zynteglo, Zolgensma, and Luxturna comprise the top 5 most expensive gene therapies approved by the FDA.. TechTarget, Londres, 24 de maio de 2023.

SANTOS, Bruno Henrique Silva; NETO, João Pedro Gebran. Preços de medicamentos no Brasil: uma tragédia evitável. **Direito em Comprimidos**, Curitiba, 06 out. 2024. Disponível em: <https://direitoemcomprimidos.com.br/precos-de-medicamentos-no-brasil-uma-tragedia-evitavel/>. Acesso em: 03 dez. 2024.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, L. B. (Orgs.). **Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2010. p. 13-50.

SIGNOR, Rita de Cassia Fernandes; SANTANA, Ana Paula de Oliveira. A constituição da subjetividade na criança com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Bakhtiniana**, São Paulo, ano 2020, v. 15, ed. 8, p. 210-228, abril/jun 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/2176-457340739>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bak/a/WBVPcq7QpWtf5VXVNZwWmhL/#>. Acesso em: 12 nov. 2024.

SIGNORELLI, Fabrícia. Todo mundo tem TDAH?. **ZERO HORA**, [S. l.], p.[s/p.], 18 jul. 2024. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2024/07/todo-mundo-tem-tdah-clyr8teih016j011rpiapuzcg.html>. Acesso em: 2 nov. 2024.

SILVA, Katia Beatriz Corrêa e; CABRAL, Sérgio Bourbon. Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade. Associação Brasileira do Déficit de Atenção – **ABDA**. Disponível em: https://ww3.icb.usp.br/wp-content/uploads/2024/05/TDAH_ABDA-1.pdf. Acesso em: 10 nov. 2024.

SILVA, Maria Fernanda Leite de Freitas. A CAPACIDADE JURÍDICA NO DIREITO ROMANO: STATUSLIBERTATIS, CIVITATIS E FAMILIAE. **Revista Eletrônica da Pge Rj**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, jan. 2022. Disponível em: <https://revistaeletronica.pge.rj.gov.br/index.php/pge/article/download/264/222/1278>. Acesso em: 20 nov. 2024.

SINGER, Judy. Why can't you be normal for once in your life?' From a 'problem with no name' to the emergence of a new category of difference. In: Corker M, French S, editors. **Disability discourse**. Buckingham: Open University Press; 1999. p. 59-67.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Tema 793**. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793#:~:text=Os%20entes%20da%20federa%C3%A7%C3%A3o%20em,de%20reparti%C3%A7%C3%A3o%20de%20compet%C3%A2ncias%20e>. Acesso em: 18 de nov. de 2024.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Recurso Extraordinário 1.366.243/SC**. Rel. Min. Gilmar Mendes. Brasília, DF, 13 de setembro de 2024. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6335939>. Acesso em: 04 nov. 2024.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Recurso Extraordinário 657718/MG**. Rel. Min. Marco Aurélio. Brasília, DF, 22 de maio de 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4143144>. Acesso em: 04 nov. 2024.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **Agravo Regimental no Agravo de Instrumento 961677/SC**. Rel. Min. Eliana Calmon. Brasília, DF, 20 de maio de 2008. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?preConsultaPP=&pesquisaAmigavel=+%3Cb%3E961677%3C%2Fb%3E&acao=pesquisar&novaConsulta=true&i=1&b=ACOR&livre=961677&filtroPorOrgao=&filtroPorMinistro=&filtroPorNota=&data=&operador=e&thesaurus=JURIDICO&p=true&tp=P&processo=&classe=&uf=&relator=&dtpb=&dtpb1=&dtpb2=&dtde=&dtde1=&dtde2=&orgao=&ementa=¬a=&ref=>. Acesso em: 07 nov. 2024

SZANIAWSKI, Elimar. **Direitos de personalidade e sua tutela**. 2. ed. São Paulo: Rt, 2005.

TDAH em todas as faixas etárias. **Correio Braziliense**, [S. l.], p. s.p, 27 out. 2023. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/opiniao/2023/10/5137988-tdah-em-todas-as-faixas-etarias.html>. Acesso em: 12 nov. 2024.

VALLE, Fernanda; SALDANHA, Gustavo. Quem é a pessoa usuária do conhecimento registrado na Ciência da Informação? notas da neurodiversidade. In: XXIII Encontro Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Ciência da Informação. **Anais [...]**. Aracaju, SE. 2023. Disponível em: [file:///C:/Users/paixa/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/9DDPXDC/VALLE_F_Anais_Textocompleto_GT12_Enancib2023\[1\].pdf](file:///C:/Users/paixa/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/9DDPXDC/VALLE_F_Anais_Textocompleto_GT12_Enancib2023[1].pdf). Acesso em: 17 set. 2024.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Direito À Saúde No Brasil: Seus Contornos, Judicialização E A Necessidade Da Macrojustiça**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2020. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD_2547.pdf. Acesso em: 25 set. 2024.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros**. Brasília: I Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/VJQ34GLNDB49xYVrGVKgDVF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2024

WOLRAICH, Mark L. *et al.* Diretriz de prática clínica para diagnóstico, avaliação e tratamento do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em crianças e adolescentes. **American Academy Of Pediatrics**, Itasca, v. 114, n. 4, out. 2019. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/144/4/e20192528/81590/Clinical-Practice-Guide-line-for-the-Diagnosis>. Acesso em: 28 jan. 2025.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. International Journal of Health Services, Los Angeles, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WHO **guideline on country pharmaceutical pricing policies**, second edition. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.