

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – CAMPUS DE CASCAVEL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE – MESTRADO

MAYCON HOFFMANN CHEFFER

**UTILIZAÇÃO DE METILFENIDATO POR SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE EM
MUNICÍPIO DA REGIÃO OESTE DO PARANÁ**

CASCAVEL-PR
Dezembro/2018

MAYCON HOFFMANN CHEFFER

**UTILIZAÇÃO DE METILFENIDATO POR SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE EM
MUNICÍPIO DA REGIÃO OESTE DO PARANÁ**

DISSERTAÇÃO apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociência e Saúde.

Área de concentração: Práticas e Políticas de Saúde.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Rosa Maria Rodrigues

COORIENTADORA: Profa. Dra. Solange de Fátima Reis Conterno

CASCAVEL-PR
Dezembro/2018

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Cheffer, Maycon Hoffmann

Utilização de metilfenidato por sistema público de saúde em município da região Oeste do Paraná / Maycon Hoffmann Cheffer; orientador(a), Rosa Maria Rodrigues; coorientador(a), Solange de Fátima Reis Conterno, 2018.
80 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Cascavel, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, 2018.

• Medicalização. 2. Metilfenidato. 3. Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. I. Rodrigues, Rosa Maria. II. Conterno, Solange de Fátima Reis. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Campus de Cascavel CNPJ 78680337/0002-65
Rua Universitária, 2069 - Jardim Universitário - Cx. P. 000711 - CEP 85819-110
Fone:(45) 3220-3000 - Fax:(45) 3324-4566 - Cascavel - Paraná

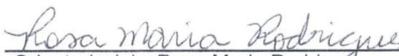


PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO

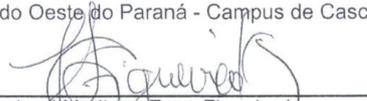
MAYCON HOFFMANN CHEFFER

Utilização de Metilfenidato por sistema público de saúde em município da Região Oeste do Paraná.

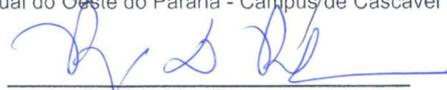
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde, área de concentração Biologia, Processo Saúde-doença e Políticas de Saúde, linha de pesquisa Práticas e Políticas de Saúde, APROVADO(A) pela seguinte banca examinadora:


Orientador(a) - Rosa Maria Rodrigues

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)


Ireni Mariléne Zago Figueiredo

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)


Rogério Dias Renovato

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

Cascavel, 13 de dezembro de 2018

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Rosa Maria Rodrigues, minha orientadora e professora durante a graduação, por oportunizar a continuidade desta pesquisa e por transmitir seu conhecimento, com generosidade, dedicação e paciência;

À Profa. Dra. Solange de Fátima Reis Conterno, coorientadora deste estudo e orientadora durante o trabalho de conclusão de curso, por transmitir seu conhecimento e contribuir com a realização desta pesquisa;

À Profa. Dra. Ireni Marilene Zago Figueiredo, por seus ensinamentos durante a graduação e pelas contribuições com as bancas de qualificação e defesa;

Ao Prof. Dr. Rogério Dias Renovato, por suas contribuições com as bancas de qualificação e defesa;

A todo o corpo docente do Mestrado em Biociências e Saúde que contribuiu para minha formação;

Aos meus pais, Jucinéia e Miguel, que sempre apoiaram e contribuíram para a minha formação.

RESUMO

CHEFFER, M. H. **Utilização de Metilfenidato por Sistema Público de Saúde em Município da Região Oeste do Paraná**. 80 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2018.

Observa-se na sociedade contemporânea a incorporação de práticas médicas sustentadas no uso de medicamentos, para atuar no comportamento humano em todas as faixas etárias, movimentos denominados medicalização e medicamentação. Dentre os medicamentos utilizados para tais fins, destaca-se o metilfenidato, cujo uso tem aumentado nos últimos anos como recurso em diversas abordagens terapêuticas. Diante do exposto, o presente trabalho tem por objetivo geral caracterizar a utilização de metilfenidato no município de Cascavel/PR a partir da dispensação do medicamento através do Sistema Único de Saúde realizado pela farmácia pública de medicamentos especiais, tendo por objetivos específicos identificar o número de usuários de metilfenidato da farmácia pública de medicamentos especiais do município de Cascavel/PR; traçar o perfil dos usuários em relação a: idade, gênero, tempo de uso, quantidade de medicamento dispensado e outras medicações retiradas junto com o metilfenidato; levantar os diagnósticos médicos associados ao uso do metilfenidato; e identificar a especialidade médica dos profissionais responsáveis pelas prescrições. Trata-se de estudo descritivo, de caráter quantitativo utilizando-se de fontes documentais. Os dados foram coletados no arquivo da farmácia de medicamentos especiais da Prefeitura Municipal de Cascavel/PR, no recorte temporal de 2014 a 2016; foram sistematizados em tabelas e gráficos e analisados com amparo na produção científica da área, comparando-os a estudos e levantamentos de cunho nacional. A pesquisa revelou aumento da prescrição do medicamento com maior frequência para meninos na faixa etária de sete a 16 anos; os psiquiatras e pediatras são os que mais prescreveram; as unidades especializadas e as unidades básicas de saúde as que mais solicitam o medicamento; os principais diagnósticos para prescrição de metilfenidato foram TDAH, transtorno de ansiedade generalizada + TDAH e hiperatividade; os antidepressivos sertralina e fluoxetina e o antipsicótico risperidona foram os mais dispensados em conjunto com o metilfenidato; a dose de metilfenidato 10 mg foi a mais prescrita, com maior frequência de retirada do medicamento por um mês e maior retirada nos meses de agosto, setembro, outubro e novembro. Evidencia-se o aumento dos casos diagnosticados e a prescrição do medicamento; contudo, não se pode afirmar que haja o respectivo aumento do consumo, pois a maior frequência de retirada é de um mês, o que mostra descontinuidade ou irregularidade no uso da medicação.

Palavras-chaves: Medicalização. Metilfenidato. Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade.

ABSTRACT

CHEFFER, M. H. **Utilization of in Methylphenidate the Public Health System in a Municipality in Western Paraná.** 80 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2018.

The incorporation of medical practices based on the utilization of prescription drugs to influence human behavior of all ages can be observed in contemporary society, trends which are known as medicalization and medicamentation. Among the drugs used for such purpose, Methylphenidate can be highlighted, since its use has increased in the recent years in different therapeutic approaches. In this context, the main objective of the present research was to characterize the use of methylphenidate in a municipality in the Western region of the state of Paraná, from the dispensing of the drug by the Municipal Public Pharmacy of Special Drugs. The specific objectives were to identify the number of Methylphenidate users in the Municipal Public Pharmacy of Special Drugs of Cascavel/PR; identify the users' profile in terms of: age, sex, time of use, quantity of the medicine released and other drugs associated; investigate the medical diagnoses associated with the use of Methylphenidate; and identify the medical specialty of the professionals prescribing the drug. Thus, this research is a descriptive study, with documentary sources, using quantitative methodology. The data was collected on the records of the Municipal Public Pharmacy of Special Drugs of Cascavel/PR from the years 2014 to 2016. Such data was systematized in tables and graphs, and analyzed using scientific production in the area, comparing them to national studies. The researched revealed increase in the prescription of this medicine, with The individuals who most of prescription for methylphenidate use are boys in the age group of 7 to 16 years-old; mostly, psychiatrists and pediatricians are the prescribers; the specialized units and the basic health units are the units that most request the medicine; the main diagnoses for methylphenidate prescription were ADHD, generalized anxiety disorder + ADHD, and hyperactivity; sertraline and fluoxetine and the antipsychotic risperidone were the antidepressants most widely prescribed in combination with methylphenidate; methylphenidate 10 mg is the most prescribed dosage; the highest frequency of withdrawal of the drug is for one month and withdrawal is higher on the months of August, September, October, and November. The increase in the diagnosed cases of ADHD and in the prescription of the drug are noticed; however, it cannot be stated that there is an increase in consumption, since the highest frequency of withdrawal is one month, which shows discontinuity or irregularity in the use of the medication.

Keywords: Medicalization. Methylphenidate. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.

SUMÁRIO

RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	7
1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 OBJETIVOS.....	16
1.1.1 Objetivo Geral.....	16
1.1.2 Objetivos Específicos.....	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3 METODOLOGIA.....	17
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	17
3.2 Local do estudo.....	18
3.3 População e amostra.....	21
3.4 Instrumento de coleta de dados.....	21
3.5 Período do estudo.....	21
3.6 Sistematização e análise dos dados.....	21
3.7 Aspectos éticos.....	22
REFERÊNCIAS DO PROJETO.....	22
4 RESULTADOS.....	26
ARTIGO I: O METILFENIDATO EM ESTUDOS PUBLICADOS NO BRASIL.....	27
ARTIGO II: UTILIZAÇÃO DE METILFENIDATO POR USUÁRIOS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE EM MUNICÍPIO DA REGIÃO OESTE DO PARANÁ.....	53
APÊNDICE A.....	74
ANEXO A.....	75
ANEXO B.....	78
ANEXO C.....	79
ANEXO D.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAE	Associação Pais e Amigos Excepcionais de Cascavel
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAE	Centro de Atendimento Especializado
CAFI	Central de Abastecimento Farmacêutico e Insumos
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CASM	Centro de Atendimento em Saúde Mental
CEACRI	Centro Especializado de Atenção à Saúde do Neonato, Criança e Adolescente
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CISOP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná
CRE	Centro Regional de Especialidade
ESF	Estratégia Saúde da Família
LILACS	Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
MPH	Metilfenidato
NE	Não Encontrado
ONU	Organização das Nações Unidas
SUS	Sistema Único de Saúde
SKL	Síndrome de Kleine-Levin
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos

1 INTRODUÇÃO

A partir da segunda metade do século XX, o consumo de medicamentos aumentou significativamente, devido ao fortalecimento do paradigma biomédico, ao crescimento da indústria farmacêutica, à ampliação do acesso aos medicamentos e à intensificação dos processos de mercantilização da saúde e medicalização da sociedade (POLI NETO; CAPONI, 2007).

De acordo com Collares e Moysés (2011), medicalização é o processo por meio do qual os problemas que fazem parte do cotidiano dos indivíduos são transformados em problemas médicos, convertendo questões de origem social e política em questões biológicas e individuais.

A ideia difundida pelo raciocínio medicalizador reforça que o bem estar mental ou físico pode ser atingido no campo individual, desde que “[...] cada aspecto da vida seja cientificamente regulado [...]” (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1978, p. 63).

A sociedade atual introduziu como norma para os indivíduos o “[...] aprimoramento constante e uma necessidade permanente de melhoria de suas capacidades” e isso pode gerar sérios problemas para os indivíduos e para a própria sociedade, ao passo que se medicalizam, cada vez mais, os comportamentos (ORTEGA et al., 2010, p. 508). Como resultado, substâncias são produzidas e inseridas no consumo como forma de resolver tais problemas, entre elas o metilfenidato.

Dados da Organização das Nações Unidas (ONU), de 2008, sobre a produção e o consumo de medicamentos psicotrópicos indicam que a fabricação mundial do metilfenidato, em 2006 aproximou-se de 38 toneladas, superando a produção, na mesma escala, dos psicoestimulantes, anfetaminas e derivados (excluído o metilfenidato), que esteve próximo de 34 toneladas no mesmo ano. Há um movimento mundial respaldando o aumento da produção do medicamento, cuja progressão é justificada pelo uso do fármaco para tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), associado à ampla divulgação ocorrida em 1990 (SILVA, 2014).

No Brasil, o metilfenidato conhecido como Ritalina® registrou venda de 58.719 caixas em outubro de 2009 e 108.609 caixas em outubro de 2013, evidenciando aumento de mais de 180% em quatro anos. No mesmo período, Concerta® e Venvanse® também apresentaram crescimento significativo (HARAYAMA et al.,

2015) deixando dúvidas da necessidade de introdução em larga escala de medicamentos dessa natureza, considerando-se que no campo comportamental os diagnósticos nem sempre são conclusivos.

Segundo dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), entre 2009 e 2011, o uso de metilfenidato em crianças com idade de seis a 16 anos aumentou 75%, especialmente para tratar o TDAH (BRASIL, 2012a). No Brasil, em 2000 foram vendidas 70 mil caixas de medicamentos para tratar distúrbios de aprendizagem e, em 2010, 2 milhões, fazendo do país o segundo maior consumidor do medicamento mundialmente (MOYSÉS, 2012).

Há um processo em curso que tem reforçado a lógica da biologização do não aprender na escola. Esse processo tem buscado causas orgânicas para os problemas de aprendizagem, que não são facilmente identificáveis, gerando diagnósticos pouco precisos. Contudo, a sua consequência é a medicalização da dificuldade de aprendizagem, expressa pelo encaminhamento das crianças que a apresentam, a tratamentos da área da saúde (psicológicos, psiquiátricos, psicopedagógicos) ou pela ingestão de medicamento para promover comportamentos considerados necessários para aprender na escola (GUARIDO, 2007; MEIRA, 2012).

Essa epidemia de diagnósticos produz, na mesma escala, uma epidemia de tratamentos, muitos dos quais altamente prejudiciais à saúde, especialmente nos casos em que não seriam, de fato necessários. Tal situação tornou-se vantajosa para a indústria farmacêutica, que nos últimos anos tem ampliado seu poder financeiro no campo da saúde (ORTEGA et al., 2010; MOYSÉS, 2012; SILVA et al., 2012; CALIMAN; RODRIGUES, 2014; GOMES; HENNING, 2015;).

Finger; Silva e Falavigna (2013) relatam a carência de estudos brasileiros abordando a utilização de metilfenidato em adultos; com a falta de literatura especializada, essa discussão carece de respaldo científico, ficando na mera retratação pela mídia que exalta os supostos benefícios da medicação, produzindo o seu uso por pessoas que nem sempre precisam do tratamento. Os autores citam o uso de metilfenidato em estudantes de medicina, os quais entraram em contato com o medicamento pela primeira vez durante a faculdade, como forma de melhorar o desempenho cognitivo e, em especial, durante as semanas de provas. No entanto, não há na literatura, conclusão definitiva de que o metilfenidato beneficie esses indivíduos com aumento de atenção ou desempenho acadêmico. A única afirmação

confirmada é que o medicamento aumenta a vigília e alerta, reduzindo o tempo de sono.

Estudo de Silveira et al. (2014) mostra que estudantes de medicina iniciaram o uso de metilfenidato na graduação, seja por prescrição médica ou não médica, na maioria das vezes fornecida gratuitamente por colegas, para auxiliar nos estudos, melhorar a concentração, experimentação, ficar acordado e ir às festas. Os autores concluem que há perigo de associação do medicamento com o abuso de álcool e orientam que médicos, ao prescreverem metilfenidato, orientem a não utilização de álcool.

Considerando que o aumento exacerbado do metilfenidato pode ser resultado de diagnósticos imprecisos; divulgação do setor farmacêutico sobre possíveis benefícios do medicamento; aceitação, sem muita resistência, dos educadores à medicalização dos problemas educacionais, dentre outros, torna-se importante que haja controle e cuidado rigoroso por parte dos órgãos responsáveis, sejam eles da educação ou saúde, quanto ao uso da medicação (ORTEGA et al., 2010; SILVA et al., 2012; CALIMAN; RODRIGUES, 2014; GOMES; HENNING, 2015).

O metilfenidato é um agente estimulante do sistema nervoso central e, comercialmente, é divulgado com diferentes nomes, sendo eles: Ritalina®, Ritalina LA® e Concerta®, administrados por via oral. “A Ritalina® apresenta-se sob a forma farmacêutica de comprimidos de liberação imediata, enquanto a Ritalina LA® como cápsulas de liberação modificada e o Concerta® como comprimidos de liberação prolongada” (BRATS, 2014, p. 3).

A composição básica da Ritalina® é o cloridrato de metilfenidato e está na classe terapêutica dos psicoestimulantes. Há outros psicoestimulantes utilizados para tratamento de TDAH como: o Venvanse® com princípio ativo Lis-dexanfetamina e Strattera® com princípio ativo Atomoxetina (BRATS, 2014; HARAYAMA et al., 2015).

A Ritalina® e a Ritalina LA® são produzidas e comercializadas no Brasil e no mundo pelo grupo farmacêutico suíço Novartis, e o Concerta® é produzido e comercializado pelo grupo Janssen (BRATS, 2014; HARAYAMA et al., 2015).

A Ritalina® na forma de comprimidos de 10 mg, apresenta duração de ação de 3 a 4 horas, a Ritalina LA® possui maior duração de ação, e o Concerta® pode apresentar duração de ação de 10 até 12 horas (BONADIO; MORI, 2013).

O metilfenidato tem como mecanismo de ação promover o estímulo de receptores alfa e beta-adrenérgicos diretamente, ou a liberação de dopamina e

noradrenalina dos terminais sinápticos, de maneira indireta, com início de ação que ocorre após 30 minutos de sua ingestão (BENNETT et al., 1999; BONADIO; MORI, 2013).

Os horários mais adequados para administrar o metilfenidato em crianças e adolescentes são os que antecedem as atividades acadêmicas, após o café da manhã e após o almoço. Doses administradas a tarde não devem ultrapassar o horário das 18 horas, a fim de evitar a insônia (CORREIA FILHO; PASTURA, 2003).

É recomendado tentar períodos de férias da medicação (feriados, finais de semana e férias escolares), de modo a evitar que os efeitos colaterais se potencializem nesse período, bem como para avaliar a necessidade da continuidade do tratamento (ADESMAN; MORGAN, 1999; CORREIA FILHO; PASTURA, 2003; SÃO PAULO, 2013).

O metilfenidato aumenta o estado de alerta do sistema nervoso com sinais mais evidentes nas atividades mentais que sobre as motoras. O aumento do estado de alerta é mais visível naquelas atividades que exigem maior vigilância, percepção e manutenção da atenção de maneira contínua. Como resultado, o metilfenidato diminui a sensação de fadiga, promovendo a melhora da desatenção e do desempenho escolar (CORREIA FILHO; PASTURA, 2003).

Os efeitos adversos mais comuns com o uso do metilfenidato são: sonolência, enxaqueca, tontura, lentidão de movimentos, dores abdominais, náuseas, perda de apetite, insônia, irritabilidade, aumento da ansiedade e ganho de peso (CORREIA FILHO; PASTURA, 2003; SÃO PAULO, 2013; BRATS, 2014; MOREIRA et al., 2017). A maioria dos efeitos colaterais aparece no início do tratamento e desaparecem em poucos dias. Por ser um fármaco lipofílico atravessa a barreira placentária e é secretado no leite materno. Desse modo, durante a gravidez e a amamentação seu uso deve ser suspenso (CORREIA FILHO; PASTURA, 2003).

Mesmo com toda complexidade frente ao diagnóstico, sobre o transtorno, ações do medicamento no sistema nervoso central e advertências feitas pelo fabricante, devido às reações adversas e riscos de dependência, o consumo do medicamento tem aumentado significativamente (MEIRA, 2012), apesar da tentativa de controle, pois é um medicamento de uso restrito que pertence à classe dos medicamentos psicotrópicos relacionados na lista A3, conforme resolução nº 32/2015, que atualiza a portaria SVS 344/98, e só pode ser dispensado pelos estabelecimentos de saúde com notificação e retenção da receita tipo “A” de cor amarela. A

disponibilização do receituário amarelo para profissionais habilitados prescreverem o medicamento é fornecida pela Vigilância Sanitária de cada município. A prescrição é válida por trinta dias em todo o território nacional e a quantidade máxima a ser dispensada deve corresponder ao tratamento para 30 dias (BRASIL, 2015).

No Brasil, o Ministério da Saúde adotou uma lista padronizada de dispensação de medicamentos via SUS, portaria nº 3.733, de 22 de novembro de 2018, que trata da relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME); no entanto, o metilfenidato não está presente nessa lista de medicamentos essenciais (BRASIL, 2018).

Para que os medicamentos que não fazem parte da RENAME possam ser oferecidos via SUS, o Ministério da Saúde, por meio da portaria 1.554 de 30 de julho de 2013, estabeleceu que cada Secretaria Estadual e Municipal possui relativa autonomia para definir listas próprias que contemplem suas especificidades locais. Assim, muitos usuários do SUS já estão recebendo o metilfenidato como padronizado no âmbito da política farmacêutica (BRASIL, 2013; ESHER; COUTINHO, 2017).

Com base na Portaria e na Lei Orgânica da Saúde Lei nº. 8.080/90, que determina que o SUS realize a formulação da política de medicamentos, atribuindo ao setor saúde a responsabilidade pela elaboração e pela execução dessas ações, a assistência farmacêutica do município de Cascavel/PR estabeleceu uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) para dispensar, através da farmácia pública de medicamentos especiais, o metilfenidato e outros medicamentos que não fazem parte da RENAME (CASCAVEL, 2017).

O setor denominado Farmácia Pública de Medicamentos Especiais tem por objetivo a dispensação dos medicamentos da Remume, os quais são chamados de especiais e utilizados para tratamento de arritmias: amiodarona, diltiazem, propafenona. Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: montelucaste, bamifilina, formoterol + budesonida, fluticasona + vilanterol. Depressão/Ansiedade: citalopram, escitalopram, bupropiona, duloxetina, fluoxetina, mirtazapina, paroxetina, venlafaxina. Diabetes: saxagliptina, saxagliptina + metformina, pioglitazona, gliclazida. Epilepsia: clobazam, carbamazepina, divalproato de sódio, valproato de sódio, oxcarbazepina. Espasticidade: baclofeno. Esquizofrenia: tioridazina. Gota: colchicina. Hipertensão Arterial: hidralazina. Hiperplasia Prostática Benigna: finasterida, doxazosina. Hipertireoidismo: tiamazol, Propiltiouracil. Rinite: fluticasona spray nasal. Insuficiência Renal Periférica: cilostazol. Parkinson: levodopa + benserazida. Prevenção de

Tromboembolismo: heparina 5000UI. Síndromes Coronarianas: metoprolol. Síndrome do Olho Seco: hipromelose solução oftálmica. Transtorno Afetivo Bipolar: carbonato de lítio, carbamazepina, oxcarbazepina, divalproato de sódio (CASCAVEL, 2018).

O acesso a medicamentos está inserido na Política Nacional de Assistência Farmacêutica pela Resolução nº338/2004, na qual a assistência farmacêutica é compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, garantindo a intersetorialidade no SUS e no sistema privado. O medicamento é visto como um insumo essencial e seu acesso e uso deve ser racional, mediante pesquisa, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, em uma perspectiva de resultados concretos para a melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

São ações da assistência farmacêutica: a manutenção de serviços na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção conforme prioridades regionais, a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção, a construção de uma política de vigilância sanitária que garanta o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade, visando a promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.555/2007 instituiu o comitê nacional para a promoção do uso racional de medicamentos, para propor estratégias de monitoramento, avaliação e elaboração de diretrizes para a promoção do uso racional de medicamentos, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS, e ampliação e qualificação do acesso a medicamentos de qualidade, seguros e eficazes.

O comitê deve aprimorar marcos regulatórios e a vigilância de medicamentos e serviços farmacêuticos no âmbito da vigilância sanitária, capacitar profissionais de saúde, articular e fomentar iniciativas de pesquisa e desenvolvimento científico, tecnológico, propor diretrizes para a consolidação das ações de farmacovigilância, estimular a notificação e a retroalimentação de informações quanto à segurança e à eficácia dos medicamentos, articular redes colaborativas relacionadas à promoção do

uso racional de medicamentos, bem como propor interfaces e cooperação com redes já existentes no país e no exterior (BRASIL, 2007).

Em 2012, com o intuito de promover o uso racional de medicamentos e orientações aos profissionais de saúde que prescrevem e dispensam medicamentos, a equipe da assistência farmacêutica de Cascavel/PR elaborou o Formulário Terapêutico Municipal, documento que traz informações sobre as indicações terapêuticas, contraindicações, precauções, efeitos adversos, interações, esquemas e cuidados de administração, orientação ao paciente, formas e apresentações disponíveis comercialmente e aspectos farmacêuticos dos medicamentos constantes da Remume. Esse formulário encontra-se disponível *online* no site do portal do município; porém, não consta nenhuma informação referente ao metilfenidato (CASCAVEL, 2017).

Diante da complexidade envolvida na utilização de medicamentos para tratar problemas que nem sempre têm sua causa na dimensão biológica, e considerando a proporção com a qual o metilfenidato vem sendo comercializado no Brasil, questiona-se como o metilfenidato tem sido prescrito, dispensado e utilizado no município de Cascavel/PR? Pressupõe-se que a prescrição do metilfenidato na realidade estudada tem aumentado, especialmente entre os escolares, em conformidade com dados do cenário nacional.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

- Caracterizar a utilização de metilfenidato no município de Cascavel/PR a partir da dispensação do medicamento pela farmácia pública de medicamentos especiais¹.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar o número de usuários de metilfenidato da farmácia pública de medicamentos especiais do município de Cascavel/PR;

¹ Farmácia que dispensa os medicamentos que fazem parte da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume).

- Traçar o perfil dos usuários em relação a: gênero, idade, tempo de uso, quantidade de medicamento dispensado e outras medicações dispensadas junto com o metilfenidato;
- Levantar os diagnósticos médicos associados ao uso do metilfenidato na realidade estudada;
- Identificar a especialidade médica dos profissionais responsáveis pelas prescrições.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Encontra-se nos Resultados, em formato de artigo de revisão integrativa da literatura.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

De acordo com Minayo; Deslandes e Gomes (2013), pesquisar é uma atividade que deve compreender teoria, método, operacionalização e criatividade; portanto, deve ser intencionalmente planejada visando decifrar a realidade que circunda o pesquisador, além de exigir uma prática teórica de busca constante dos elementos que determinam os processos a serem pesquisados.

Toda investigação se inicia por uma questão, por um problema, por uma pergunta, por uma dúvida. A resposta a esse movimento do pensamento geralmente se vincula a conhecimentos anteriores ou demanda a criação de novos referenciais (MINAYO; DESLANDES, GOMES, 2013, p. 160).

Trata-se de um estudo exploratório, explicativo, descritivo, com fontes documentais, de caráter quantitativo. A pesquisa exploratória tem como finalidade proporcionar mais informações sobre o assunto a ser investigado, possibilitando sua definição e seu delineamento, facilitando a delimitação do tema da pesquisa; orienta a fixação dos objetivos e a formulação das hipóteses ou descobrir um novo tipo de enfoque para o assunto, geralmente envolvendo um prévio levantamento bibliográfico.

As pesquisas explicativas além de registrar, analisar, classificar e interpretar os fenômenos estudados, têm como preocupação central identificar seus fatores determinantes, aprofundando o conhecimento da realidade ao tentar explicar a razão, o porquê das coisas (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Pesquisas descritivas possuem como finalidade descrever com exatidão as características de determinado fenômeno (TRIVINÕS, 2013). Para Santos (2002), a pesquisa descritiva é um levantamento de características já conhecidas do pesquisador, normalmente identificadas por meio de estudo bibliográfico prévio. Para esta pesquisa, o fenômeno descrito refere-se à utilização de metilfenidato por usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Cascavel/PR.

Nas pesquisas descritivas, o pesquisador registra e descreve os fatos observados sem interferir neles. Para coletá-los, utiliza-se de entrevistas, formulários, questionários, testes e observações, os quais permitem classificar, explicar e interpretar (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A análise documental também é um estudo descritivo que permite ao pesquisador reunir grande quantidade de informações, extraindo-as de leis, planos de trabalho e livros-textos (TRIVINÕS, 2013).

Prodanov e Freitas (2013) consideram que a pesquisa documental baseia-se em materiais que não receberam ainda um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados; são registros que podem ser usados como fontes de informações, por meio de investigação, que engloba: observação, leitura, reflexão e crítica.

Com a pesquisa quantitativa, as informações são transformadas em números, permitindo classificá-las e analisá-las por meio de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão. etc.). Estas são aplicadas aos estudos descritivos para descobrir e classificar a relação entre variáveis, descrevendo a causalidade entre os fenômenos (RICHARDSON et al., 2011; PRODANOV; FREITAS, 2013).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Cascavel/PR, que se localiza na região Oeste do Paraná que possuía, em 2017, uma população estimada de 319.608 habitantes (IBGE, 2017).

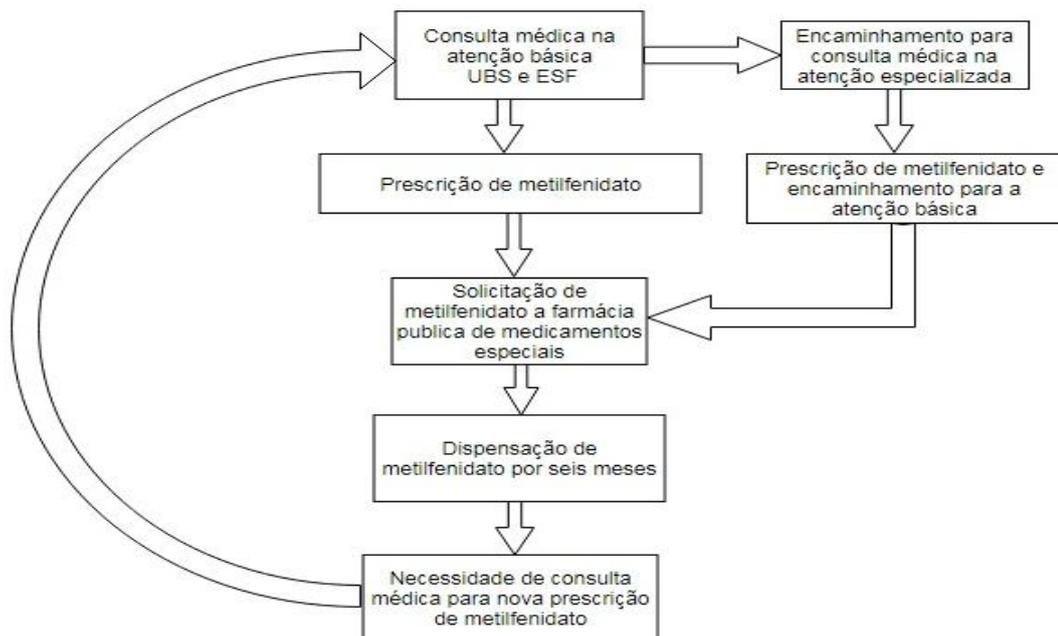
O município conta com 36 estabelecimentos públicos de saúde que prescrevem metilfenidato, sendo: 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 13 Estratégia Saúde da Família (ESF) e seis estabelecimentos de saúde especializados: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Cascavel (APAE), Centro Especializado de Atenção à Saúde do Neonato, Criança e Adolescente (CEACRI), Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI), Centro de Atendimento em Saúde Mental (CASM), Centro Regional de Especialidade (CRE), que funciona em nível de Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP), e um Centro de Atendimento Especializado (CAE) onde funcionam o ambulatório de feridas, de pequenos procedimentos, de gestação de alto risco e centro de diagnóstico e imagem (CASCAVEL, 2017).

A farmácia de medicamentos especiais está inserida no setor de divisão de assistência farmacêutica no município de Cascavel/PR, criado em 2009 para formular, coordenar e monitorar as atividades referentes à qualificação dos serviços farmacêuticos. A divisão de assistência farmacêutica é composta por uma farmácia básica, três farmácias hospitalares, uma Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM/Cedip), 36 unidades de saúde, uma Central de Abastecimento Farmacêutico e Insumos (CAFI) e uma farmácia pública de medicamentos especiais (CASCAVEL, 2017).

No município de Cascavel podem prescrever metilfenidato médicos da atenção básica e da atenção especializada. Quando médicos da atenção básica (UBS ou ESF) prescrevem, a unidade de saúde é responsável por realizar o encaminhamento à farmácia básica de medicamentos especiais, solicitando o medicamento.

Quando a atenção básica encaminha usuários para consulta médica na atenção especializada e ocorre a prescrição de metilfenidato, a unidade especializada pode realizar o encaminhamento direto da solicitação à farmácia pública de medicamentos especiais ou solicitar que o usuário procure a sua unidade de saúde na atenção básica para que esta realize a solicitação do medicamento. A atenção especializada tem priorizado que a atenção básica faça a solicitação do medicamento, para que a unidade mantenha o vínculo com esse usuário. A Figura 1 mostra como acontece a dispensação da medicação.

Figura 1. Fluxograma do itinerário dos usuários de metilfenidato no município de Cascavel/PR



Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

A solicitação de metilfenidato é feita via protocolo de solicitação de medicamentos especiais (Anexo B), com anexo da receita, documentos pessoais e comprovante de endereço do usuário. O protocolo de solicitação é um documento padrão, elaborado pela assistência farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde do município, para solicitação dos medicamentos e fórmulas nutricionais que compõem a relação dos medicamentos da Remume.

Desse modo, os dados foram coletados na farmácia pública de medicamentos especiais, por ser o único estabelecimento que faz a dispensação de metilfenidato para todos os usuários do Sistema Único de Saúde, sendo responsável pelos processos de análise, autorização, dispensação dos medicamentos e arquivamento de todas as prescrições.

Os dados explorados estavam em fontes documentais (Protocolos de solicitação de medicamentos especiais), arquivadas no setor da farmácia de medicamentos especiais.

Os dados sobre a dispensação do medicamento na rede privada não puderam ser acessados, pois os receituários não são retidos no setor de vigilância do município, mas exclusivamente a quantidade mensal dispensada por cada estabelecimento.

3.3 População e amostra

A população do estudo foi composta pelos usuários de metilfenidato no município de Cascavel/PR, e a amostra, os usuários de metilfenidato da farmácia de medicamentos especiais do município de Cascavel/PR, uma vez que o estudo caracterizou os usuários e o uso do metilfenidato no SUS.

3.4 Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados a partir de roteiro composto pelas informações referentes ao perfil dos usuários, considerando: gênero; idade; unidade de saúde em que foi atendido; serviço de saúde responsável pelo encaminhamento; diagnóstico; história clínica; quantidade de medicamento prescrito; quantidade de medicamento dispensado; tempo de uso do medicamento; medicações associadas; e a especialidade médica que prescreveu o medicamento. O roteiro para coleta encontra-se no Apêndice A.

3.5 Período do estudo

Os dados são referentes ao período de 2014 a 2016. A coleta a partir de 2014 foi delimitada considerando que foi a partir desta data que os dados foram arquivados nesta farmácia. Períodos anteriores a 2014 foram enviados para o arquivo central da Prefeitura Municipal de Cascavel, o qual atualmente não possui funcionário que os pudesse disponibilizar. O período de estudo, até 2016, se justifica devido à validade dos protocolos de medicamento, que são de seis meses. Assim, as receitas emitidas no segundo semestre de 2017 podem ser utilizadas até o início de 2018, quando estariam à disposição na farmácia para coleta de dados, comprometendo o cronograma para defesa da dissertação.

3.6 Sistematização e análise dos dados

Os dados foram sistematizados em planilhas e gráficos do programa Microsoft Excel e do Software R Core Team 2013, distribuídos em tabelas e gráficos de frequências absolutas e relativas. A análise se amparou na produção científica da área, a qual tem desenvolvido estudos acerca do aumento do uso de metilfenidato.

3.7 Aspectos éticos

Foi encaminhada emenda ao projeto intitulado: utilização de metilfenidato em escolares do município de Cascavel/PR, realizado em 2016 como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em Enfermagem Bacharelado e Licenciatura da Unioeste, solicitando a continuidade da pesquisa, bem como a inclusão de todos os usuários de metilfenidato, independentemente de estarem em idade escolar.

A emenda conta com a autorização da instituição para a realização da pesquisa, bem como a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Unioeste, conforme parecer CEP nº 2.042.533 (Anexo A), em consonância com a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as questões éticas em pesquisa realizadas com seres humanos, de forma que os sujeitos e a instituição terão sua identidade sob sigilo e suas informações utilizadas somente para fins da pesquisa. (BRASIL, 2012b).

REFERÊNCIAS DO PROJETO

ADESMAN, A. R.; MORGAN, A. M. Manejo de medicamentos estimulantes em crianças com distúrbio de déficit de atenção e hiperatividade. **Pediatric Clinics of North America**, v. 46, p. 945-963, 1999. Disponível em: <<https://bit.ly/2DHZU15>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

BENNETT, F. C. et al. Medicamentos estimulantes para crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Pediatric Clinics of North America**, v. 46, p. 929-944, 1999. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031395505701644>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

BONADIO, R. A. A.; MORI, N. N. R. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. [online]. Maringá: Eduem, 2013, 251 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/963vf/pdf/bonadio-9788576286578.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 05 nov. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim de Farmacoepidemiologia. **Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário.** Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ano 2, n. 2, jul./dez, 2012a. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.554 de 30 de julho de 2013. **Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html>. Acesso em: 05 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada. RDC - nº 32, de 30 de julho de 2015. **Dispõe sobre a atualização do Anexo I, Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial, da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.** Brasília: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2015. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_32_2015_COMP.pdf/e1b73adf-53e7-4782-8ed0-b1330f072f0d?version=1.0>. Acesso em: 05 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.733, de 22 de novembro de 2018. **Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2018 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2017.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/23/17-0407M-RENAME-2018.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2018.

BRATS. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde. **Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.** Brasília, 2014. Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Brasileiro+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+de+Tecnologias+em+Sa%C3%BAde+\(BRATS\)+n%C2%BA+23/fd71b822-8c86-477a-9f9d-ac0c1d8b0187](http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Brasileiro+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+de+Tecnologias+em+Sa%C3%BAde+(BRATS)+n%C2%BA+23/fd71b822-8c86-477a-9f9d-ac0c1d8b0187)>. Acesso em: 10 jun. 2017.

CALIMAN, L. V.; RODRIGUES, P. H. P. A experiência do uso de metilfenidato em adultos diagnosticados com TDAH. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 125-134, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n1/13.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

CASCAVEL. Prefeitura Municipal de Cascavel, Paraná. **Assistência farmacêutica**. Cascavel, 2017. Disponível em: <<http://sesau.cascavel.pr.gov.br/assistfarmac.html>>. Acesso em: 11 ago. 2017

CASCAVEL. Prefeitura Municipal de Cascavel, Paraná. **Norma Operacional nº 44/2018 da Divisão de assistência farmacêutica sobre o protocolo de solicitação de medicamentos especiais**. Cascavel, 2018. Disponível em: <http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/16022018_norma_operacional_044_2018_das___solicitacao_de_medicamentos_especiais.pdf>. Acesso em: 11 out. 2018

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. **Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização**. Campinas: Cortez, 2011.

CORREIA FILHO, A. G. C.; PASTURA, G. ROHDE. As medicações estimulantes. In: RHODE, L. A.; MATTOS, P. (Orgs.) **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artemed, 2003. Ap. 161-173.

ESHER, A.; COUTINHO, T. Uso racional de medicamentos, pharmaceuticalização e usos do metilfenidato. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2571-2580, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002802571&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2018.

FINGER, G.; SILVA, E. R.; FALAVIGNA, A. Uso de metilfenidato entre estudantes de medicina: revisão sistemática. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 3, p. 285-289, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000300017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 out. 2017.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n.1, p. 151-161, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

GOMES, R. K.; HENNING, F. A medicalização da infância e o crescimento do uso de psicofármacos por crianças no Brasil. **Revista de Extensão e Iniciação Científica Unisociesc**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 13-30, 2015. Disponível em: <<http://www.sociesc.org.br/reis/index.php/reis/article/view/62/117>>. Acesso em: 3 jan. 2017.

HARAYAMA, R. et al. Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade. **Nota técnica: o consumo de psicofármacos no Brasil, dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados Anvisa (2007-2014)**. Brasil, 2015. 25p. Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2015/06/NotaTecnicaForumnet_v2.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ensino – matrículas, docente e rede escolar**. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/cascavel/pesquisa/13/5902>>. Acesso em: 2 out. 2017.

MEIRA, M. E. M. Para uma crítica da medicalização na educação. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 135-142, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2823/282323570014/>>. Acesso em: 20 maio 2017.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

MOYSÉS, M. A. A. Não às drogas da obediência. **Metrópole**, Campinas, p. 10-11, 2012. Entrevista concedida a Karina Fusco. Disponível em: <http://www.unicamp.br/unicamp/sites/default/files/clipping/revista_metropole_pag_10_e_11.pdf>. Acesso em: 20 maio 2017.

ORTEGA, F. et al. Ritalina no Brasil: produção, discurso e práticas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.14, n. 34, p. 499-510, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1510.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

POLI NETO, P.; CAPONI, S. N. C. A medicação da beleza. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 569-584, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a12v1123.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. Feevale, 2. ed. Novo Hamburgo, 2013. Disponível em: <<http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2017.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Núcleo de Farmacovigilância do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. (2013, julho). Alerta terapêutico em farmacovigilância 01/2013 - Metilfenidato: Indicações terapêuticas e reações adversas, São Paulo. Disponível em: <<https://bit.ly/2QK35ne>>. Acesso em: 30 out. 2018.

SANTOS, A. R. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SILVA, A. C. P. et al. A explosão do consumo de Ritalina. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, v. 11, n. 2, p. 44-57, 2012. Disponível em: <<http://seer.assis.unesp.br/index.php/revpsico/article/viewFile/23/20>>. Acesso em: 3 jun. 2017.

SILVA, M. J. **O uso do cloridrato de metilfenidato em unidade infantil da rede pública de Santos: remediando a desmedida?** 2014. 91f. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo, Baixada Santista, 2014.

SILVEIRA, R. R. et al. Patterns of non-medical use of methylphenidate among 5th and 6th year students in a medical school in southern Brazil. **Trends Psychiatry**

Psychother, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 101-106, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892014000200101&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 out. 2017.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1. ed. 22. reimpr. São Paulo: Atlas, 2013.

4 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados nos Artigos I e II:

Artigo I: O METILFENIDATO EM ESTUDOS PUBLICADOS NO BRASIL trata-se de revisão integrativa de literatura publicado na Revista Orbis Latina (Anexo C).

Artigo II: UTILIZAÇÃO DE METILFENIDATO POR USUÁRIOS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE EM MUNICÍPIO DA REGIÃO OESTE DO PARANÁ apresenta os dados do local estudado e submetido para publicação na Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde (Anexo D).

ARTIGO I: O METILFENIDATO EM ESTUDOS PUBLICADOS NO BRASIL

METHYLPHENIDATE IN STUDIES PUBLISHED IN BRAZIL

Resumo

Nos últimos anos tem-se evidenciado o aumento da comercialização e uso de medicamentos das mais variadas formulações para tratar todo e qualquer distúrbio, seja ele biológico ou social. O uso excessivo de medicamentos tem gerado um fenômeno crescente caracterizado como medicalização da vida, movimento que afeta diretamente o modo de ser e agir dos indivíduos. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura cujo objetivo foi investigar a abordagem dos estudos científicos brasileiros sobre o metilfenidato, medicamento utilizado em larga escala para tratar o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Os critérios de inclusão foram artigos completos disponíveis na íntegra com acesso livre em meio eletrônico para download, nos idiomas espanhol, inglês e português, no período de janeiro de 2005 a abril de 2016 no sistema de seleção e busca de artigos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). **Resultados:** Foram 50 artigos sistematizados em três grupos: 20 (40%) eram pesquisas que tratavam do metilfenidato relacionado ao uso com seres humanos, 23 (46%) eram revisões de literatura e 7 (14%) pesquisas experimentais com animais. A maioria dos estudos são oriundos de universidades, e a maior frequência referente à categoria profissional dos autores não foi informada, sendo que as que informaram são medicina, psicologia, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia e educação. As pesquisas possuem abordagens quanti-qualitativas, qualitativa e relatos de experiências. Os níveis de evidência que mais se destacaram foram os níveis V e VI. **Conclusão:** Há certa exaltação dos benefícios do uso do metilfenidato, principalmente nos estudos envolvendo seres humanos. As revisões de literatura evidenciam a utilização do metilfenidato para tratamento de distúrbios e outras patologias, revelando que o consumo do medicamento não está restrito apenas ao tratamento do TDAH. São poucos os estudos com modelo animal e os que existem revelam efeitos negativos desencadeados pelo uso do medicamento. Desse modo, tanto nos estudos com humanos, as revisões de literatura e nos estudos com animais são inconclusivos ou deixam margens para questionar suas conclusões.

Palavras-chaves: Medicalização, Metilfenidato, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade.

Abstract

In recent years there has been an increase in the commercialization and use of prescribed drugs of the most varied formulations to treat any and all disorders, be it biological or social. The excessive use of drugs has generated a growing phenomenon characterized as medicalization of life, a trend that directly affects the way individuals act and live. **Methods:** This is an integrative literature review aimed at investigating the approach of Brazilian scientific studies on methylphenidate, a drug widely used to treat Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). The criteria for inclusion comprehended complete scientific papers available in full with free access in an electronic medium for download, in the Spanish, English and Portuguese languages, from January 2005 to April 2016 on the selection and search system of papers of the Virtual Health Library (VHL). **Results:** Fifty articles were systematized into three groups: 20 (40%) were studies that investigated methylphenidate related to human use, 23 (46%) were literature reviews and 7 (14%) were experimental animal studies. Most of the studies come from universities, and in most of the papers the professional category of the authors was not informed; in which this information was reported, the categories were medicine, psychology, pharmacy, physiotherapy, speech therapy, and education. The methodology of the studies was either quantitative and qualitative, only qualitative, or experience reports. The level of evidence that most stood out were levels V and VI. **Conclusion:** There is certain praise for the benefits of using methylphenidate, especially in studies involving humans. The literature review evidences the use of methylphenidate for the treatment of disorders and other pathologies, revealing that the consumption of the medication is not restricted only to the treatment of ADHD. There are few studies with animal model and those that exist reveal negative effects triggered by the use of this medicine. Thus, both human studies, literature reviews and animal studies are inconclusive or leave margins to question their conclusions.

Keywords: Medicalization, Methylphenidate, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.

1 INTRODUÇÃO

Problematizar o processo de medicalização no contexto atual exige entender como a sociedade, ao longo do tempo, amparada por produções teóricas do campo da saúde veio reforçando tal lógica.

O conceito de medicalização, sistematizado nos anos de 1970 por Ivan Illich, sustenta que a medicina, ao longo do tempo, ocupou espaços da vida cotidiana que não eram do seu campo; contudo, “A saúde do indivíduo sofre pelo fato de a medicalização produzir uma sociedade mórbida” (ILLICH, 1975, p. 31). A medicalização transformou todas as etapas da vida em “[...] objeto de cuidados médicos específicos independentemente de haver ou não sintomas” (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1978, p. 62).

A ideia difundida pelo raciocínio medicalizador reforça que o bem estar mental ou físico pode ser atingido no campo individual, desde que “[...] cada aspecto da vida seja cientificamente regulado [...]” (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1978, p. 63). O processo de medicalização dos problemas ampara-se na lógica da normatização da vida, em que tudo o que não se enquadra em regras e normas sociais preestabelecidas é transformado em uma patologia.

Dentre os diagnósticos que mais sustentam o processo atual de medicalização da vida, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem se destacado e, com ele, o crescente consumo de metilfenidato (CALIMAN; RODRIGUES, 2014).

No Brasil, o metilfenidato, cujo nome comercial é Ritalina®, registrou venda de 58.719 caixas em outubro de 2009 e 108.609 caixas em outubro de 2013, aumento de mais de 180% em quatro anos (HARAYAMA et al., 2015).

A medicalização trata-se, portanto, de um fenômeno ligado à ideologia, envolve a redução da complexidade humana a características individuais ou biológicas, em termos de doenças neurobiológicas que, no entanto, não têm comprovação científica na própria medicina (VIEGAS; GOMES; OLIVEIRA, 2013).

É um fenômeno através do qual a vida cotidiana passa a ser apropriada pela medicina, interferindo, desse modo, na construção de conceitos, costumes e comportamentos sociais (BRITO, 2012). O Conselho Federal de Psicologia (CFP) problematiza o processo de medicalização como o que:

[...] transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios” que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos. Nesse processo, que gera sofrimento psíquico, a pessoa e sua família são responsabilizadas pelos problemas, enquanto governos, autoridades e profissionais são eximidos de suas responsabilidades (CFP, 2011, p. 13).

Desse modo, a ideologia referente ao processo de medicalização ganha destaque não só no corpo biológico, se estabelecendo também através das histórias, crenças e prática social dos indivíduos.

[...] as ideologias não são simplesmente uma ou outra ideia, uma mentira ou ilusão, são um conjunto muito mais vasto, orgânico de valores, crenças, convicções, orientações cognitivas, de doutrinas, teorias, representações. A esse conjunto, à medida que seja coerente, unificado por uma certa perspectiva social, por uma perspectiva de classe, eu chamaria de visão social de mundo (LÖWY, 1988, p. 28-29).

Diante da complexidade envolvida na utilização de medicamentos para tratar problemas que nem sempre têm sua causa na dimensão biológica, e considerando a proporção com a qual o medicamento vem sendo comercializado no Brasil, o objetivo deste estudo é investigar a abordagem dos estudos científicos brasileiros sobre o metilfenidato.

2 METODOLOGIA

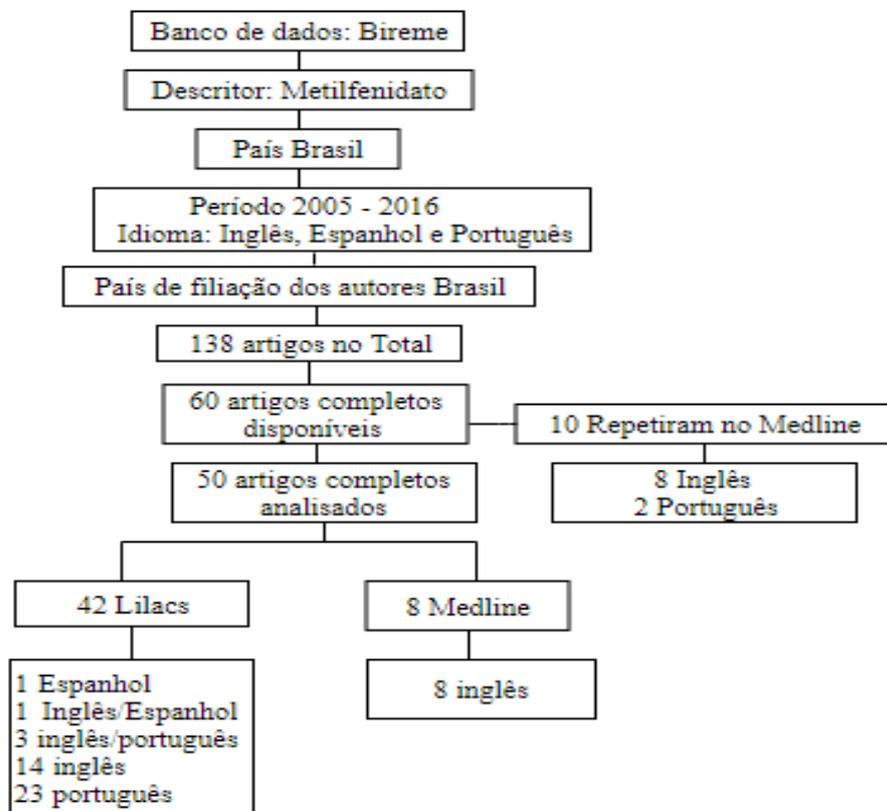
Trata-se de revisão integrativa de literatura, desenvolvida em seis etapas: 1) identificação do tema central e elaboração da questão de pesquisa; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão/exclusão dos estudos; 3) definição das informações a serem extraídas; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) interpretação/discussão dos resultados; e 6) apresentação dos resultados encontrados com a revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O tema central do estudo é o metilfenidato, questionando-se o que tem sido divulgado pela produção científica no Brasil sobre o referido medicamento. Os critérios de inclusão abarcaram artigos completos que estivessem disponíveis na íntegra com acesso livre em meio eletrônico para *download*, nos idiomas espanhol, inglês e português, no período de janeiro de 2005 a abril de 2016.

O descritor utilizado para a busca foi metilfenidato, e o recrutamento dos trabalhos completos ocorreu no dia 12 de abril de 2017, das 18 horas às 22 horas, pelo sistema de seleção e busca de artigos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a qual possui a gestão da informação, conhecimento científico e técnico em saúde na América Latina e Caribe. É coordenada pela Bireme nos idiomas, inglês, português e espanhol.

A busca foi integrada com recursos de filtros, exportação de resultados, busca avançada e interoperação com o descritor desejado pelos pesquisadores. A coleção de fontes de informação da BVS utilizada está composta de bases de dados bibliográficos, como Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), Medline (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica) e outros tipos de fontes de informação, como recursos educacionais abertos, sites de internet e eventos científicos, atualizados semanalmente (BVS, 2018). Os critérios de seleção usados para a realização da pesquisa estão representados na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de seleção e coleta dos artigos



Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

As informações foram extraídas alimentando o banco de dados considerando instrumento próprio baseado em Souza, Silva e Carvalho (2010), contemplando título, número de autores, ano de publicação, abordagem metodológica, instituição/local do estudo, categoria profissional que realizou o estudo, pergunta de pesquisa/problema, objetivo, sujeitos envolvidos, técnica de coleta dos dados, técnica de análise dos dados, resultados e percepções sobre o estudo.

Os artigos selecionados na fase quatro foram avaliados na íntegra, seguindo critérios estabelecidos pelos autores, classificados em três grupos: 1) estudos decorrentes de pesquisas relacionados com seres humanos; 2) estudos de revisão de literatura; e 3) estudos de experimentos com animais. Os dados quantitativos foram apresentados em estatística descritiva simples e os dados qualitativos categorizados e agrupados por convergência de abordagem nos três grupos descritos. Após esta organização, cada abordagem foi sistematizada mostrando como a literatura apresenta o Metilfenidato.

3 RESULTADOS

Dos 50 artigos analisados, 20 (40%) eram pesquisas que tratavam do metilfenidato relacionado ao uso com seres humanos, 23 (46%) eram revisões de literatura e 7 (14%) pesquisas experimentais com animais.

Quanto ao número de autores em cada artigo, identificou-se 16 (32%) com um a dois autores; 15 (30%) com três a quatro; 10 (20%) com cinco a seis; 7 (14%) com sete a oito; e 2 (4%) artigos com nove e 17 autores, respectivamente.

Dentre as publicações, 19 (38%) foram estudos realizados em universidades e 17 (34%) não informaram o local, 3 (6%) em atendimento ambulatorial, 1 (2%) cada para: atendimento ambulatorial e universidade, atendimento ambulatorial e escolas da educação básica, escolas da educação básica, hospital, hospital e universidade, laboratório de pesquisas com escolas da educação básica. Outros locais foram 5 (10%).

Quanto à categoria profissional dos autores, em 36 (72%) artigos esta não foi informada. Nos que informaram, identificou-se em 6 (12%) dos textos a medicina, 3

(6%) a psicologia e 1 (2%) cada para as demais categorias como a farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina e educação, medicina e farmácia.

Quanto aos tipos de pesquisa, destacaram-se 23 (46%) revisões de literatura, 8 (16%) cada para as pesquisas experimentais com seres humanos e as pesquisas experimentais com animais (ratos), 5 (10%) relatos de experiências, 4 (8%) pesquisas exploratórias com abordagens quanti-qualitativas e 2 (4%) para a abordagem qualitativa.

Considerando-se níveis de evidência de I a VII (MELNYK et al. 2010), o nível de evidência que mais se destacou foi o nível V encontrado em 17 (34%) estudos com evidências de revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos. O nível VI com 16 (32%) para evidências de estudos descritivos ou qualitativos individuais. O nível III, que corresponde a evidências obtidas a partir de ensaios clínicos bem desenhados sem randomização, e o nível IV, evidências de estudos de caso-controle e coorte bem desenhados ambos resultaram em 6 (12%). O Nível II totalizou 4 (8%) para evidências obtidas a partir de ensaios clínicos randomizados bem desenhados e o nível I corresponde a 1 (2%), para estudos com evidências de uma revisão sistemática ou meta-análise ensaios clínicos randomizados relevantes.

O Quadro 1 expõe a categoria das pesquisas com seres humanos, segundo a identificação do artigo, ano, título e nível de evidência.

Quadro 1. Estudos realizados envolvendo seres humanos

Identificação do artigo	Ano	Título	Nível de evidência
A1	2006	Emprego de metilfenidato para o tratamento de déficit cognitivo em paciente com sequela de traumatismo cranioencefálico	VI
A2	2007	Efeito do metilfenidato no processamento auditivo em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção/hiperatividade	III
A3	2007	Síndrome de Kleine-Levin: interface entre neurologia e psiquiatria	VI
A4	2008	Estudo clínico randomizado cruzado mostrando que o metilfenidato-SODAS melhora os sintomas do TDAH em adolescentes com transtorno por uso de substâncias	II
A5	2008	A persistência da memória humana independente da idade e dependente da idade é potencializada pela administração tardia de metilfenidato após o treinamento	IV
A6	2009	Expansores cognitivos e psiquiatria cosmética: estamos preparados? Relato de caso	VI

A7	2009	O MAOA está associado ao MPH na melhora dos sintomas de oposição em meninos com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade	IV
A8	2010	A Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas	VI
A9	2010	Ingestão alimentar e níveis séricos de ferro em crianças e adolescentes com transtorno de déficit atenção/hiperatividade	II
A10	2010	Síndrome de Gilles de la Tourette associada ao transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: resposta clínica satisfatória a inibidor seletivo da recaptura de serotonina e metilfenidato	VI
A11	2011	Metilfenidato e aprimoramento cognitivo farmacológico: representações sociais de universitários	VI
A12	2012	Estudo da comercialização de medicamentos entorpecentes e psicotrópicos	VI
A13	2012	Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade na escola: mediação psicopedagógica	VI
A14	2013	Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo	VI
A15	2013	Associação de um polimorfismo da carboxylesterase 1 com redução do apetite em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção/hiperatividade tratados com metilfenidato	IV
A16	2014	Padrões de prescrição, dispensação e comercialização de metilfenidato	VI
A17	2014	Padrões do uso não médico de metilfenidato em estudantes do 5º e do 6º ano de uma faculdade de medicina do Brasil	IV
A18	2014	A experiência do uso de metilfenidato em adultos diagnosticados com TDAH	VI
A19	2016	Metilfenidato como amplificador cognitivo em jovens saudáveis	IV
A20	2016	Efeitos do metilfenidato no desempenho motor de crianças com TDAH	IV

Fonte: Artigos sistematizados na revisão.

O Quadro 2 expõe a categoria das pesquisas de revisões de literatura segundo a identificação do artigo, ano, título e nível de evidência, assim como apresenta a sistematização de artigos de revisões de literatura, compondo uma sistematização exclusiva porque identificou-se significativa produção científica brasileira sobre o MPH nessa forma de abordagem. Essa categoria, embora possua estudos envolvendo seres humanos e animais, foi criada pelo fato de possuir um caráter analítico e reflexivo, diferenciando-se das outras categorias.

Quadro 2. Artigos sobre revisões de literatura

Identificação do artigo	Ano	Título	Nível de evidência
A21	2007	Co-ocorrência entre transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e uso de substâncias psicoativas	V
A22	2007	Questões atuais no tratamento farmacológico do TDAH em adultos com metilfenidato	VI
A23	2008	O impacto de fatores individuais e metodológicos na variabilidade da resposta ao metilfenidato em estudos farmacogenéticos de TDAH de quatro continentes diferentes	V
A24	2009	Metilfenidato e agentes hematopoiéticos são úteis na fadiga relacionada ao câncer	I
A25	2009	Características das prescrições no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade	V
A26	2010	Comorbidade transtorno de déficit de atenção com hiperatividade e Epilepsia	V
A27	2010	Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em pessoas com epilepsia: diagnóstico e implicações para o tratamento	V
A28	2010	Hiperatividade e déficit de atenção - O tratamento prejudica o crescimento estatural?	V
A29	2010	Possíveis interfaces entre TDAH e epilepsia	V
A30	2011	Comorbidade entre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade TDAH e o abuso e dependência de álcool e outras drogas: evidências por meio de modelos animais	V
A31	2011	Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão	V
A32	2012	O TDAH é subtratado no Brasil	VI
A33	2012	Metilfenidato: medicamento gadget da contemporaneidade	V
A34	2012	Transtorno de Déficit de atenção e Hiperatividade (TDAH): ampliando o entendimento	VI
A35	2012	Uso não terapêutico do metilfenidato: uma revisão	v
A36	2013	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: o diagnóstico pode ser terapêutico?	V
A37	2013	Uso de metilfenidato entre estudantes de medicina: uma revisão sistemática	V
A38	2013	TDA/H e o neurocentrismo: reflexões acerca dos sintomas de desatenção e hiperatividade e seu lugar no registro das bioidentidades	VI

A39	2013	O metilfenidato no Brasil: uma década de publicações	V
A40	2015	Fatores na infância e adolescência que podem influenciar o processamento auditivo: revisão sistemática	V
A41	2015	Exposição a metilfenidato na infância e adolescência em modelos não humanos e sensibilidade ao abuso de drogas psicoestimulantes na vida adulta: revisão sistemática	V
A42	2015	A política brasileira de retenção de tratamento para TDAH provavelmente está aumentando os custos sociais e de saúde	V
A43	2016	Medicalização além dos médicos: marketing farmacêutico em torno do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade na Argentina e no Brasil (1998-2014)	VI

Fonte: Artigos sistematizados na revisão.

O Quadro 3 expõe a categoria das pesquisas com animais segundo a identificação do artigo, ano, título, e nível de evidência.

Quadro 3. Textos sobre pesquisas com animais

Identificação do artigo	Ano	Título	Nível de evidência
A44	2009	A exposição precoce a longo prazo com a cafeína induz a sensibilização cruzada para o metilfenidato com envolvimento do DARPP-32 na idade adulta dos ratos	II
A45	2010	A exposição repetida de ratos adolescentes ao metilfenidato oral não induz a sensibilização comportamental ou a sensibilização cruzada para a nicotina	II
A46	2010	Lítio e metilfenidato: efeitos opostos sobre a gordura perirrenal	III
A47	2011	Avaliação do ciclo claro e escuro no comportamento relacionado à ansiedade e à depressão em ratos de diferentes idades após tratamento crônico com hidrocloreto de metilfenidato	III
A48	2015	A retirada prolongada de metilfenidato induz uma resposta diferencial do sistema dopaminérgico e aumenta a sensibilidade à cocaína no cortex pré-frontal de ratos espontaneamente hipertensos	III
A49	2015	Enfisema pulmonar induzido por metilfenidato: estudo experimental	III
A50	2016	Efeitos do metilfenidato sobre as glândulas salivares maternas de camundongos	III

Fonte: Dados dos artigos sistematizados na revisão.

4 DISCUSSÃO

4.1 ESTUDOS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Os estudos direcionados aos seres humanos totalizaram 20 (40%) artigos, que possibilitaram estabelecer a divisão em estudos que: 1) Apresentam resultados satisfatórios com o uso de MPH; 2) Desta consumo de MPH vem aumentando no Brasil; 3) Indicaram melhora do quadro clínico, mas não relatam se é pelo uso exclusivo do MPH; 4) Não encontraram efeito significativo com o uso do MPH; 5) Encontraram aspectos negativos com o uso do MPH; 6) Ressaltam a não utilização do MPH para aprimoramento cognitivo.

Estudos que apresentaram resultados satisfatórios com o uso de MPH foram nove (45%) (A1, A2, A4, A5, A7, A10, A13, A18). Tais estudos abordaram os benefícios do MPH na melhora dos déficits cognitivos (A1), melhorias no nível de atenção e concentração (A2), diminuição do risco para abuso para outras substâncias químicas como cocaína e maconha (A4) e redução dos tiques da Síndrome de *Gilles de la Tourette*, em associação com a fluoxetina (A10).

Dentre os argumentos que defendem os resultados satisfatórios, é possível registrar que o uso do MPH melhorou, de maneira rápida, o comportamento e a impulsividade, o interesse em aprender, o relacionamento com colegas em sala de aula, a relação familiar e a comunicação com a professora (A13).

Percebe-se uma aceitação/efetividade dos usuários com o medicamento, dando voz ao discurso desculpabilizante pelo atraso intelectual ser decorrente da patologia e não de características do próprio indivíduo (A18).

As análises experimentais sugerem que o uso do MPH auxiliaria na lembrança de memórias recentes (A5). Todos os grupos que utilizaram MPH obtiveram, no sétimo dia, uma resposta tão boa quanto a encontrada no segundo dia, agregando um caráter de maior confiança aos resultados.

Há indicação de que a utilização do MPH ajudou na melhora clínica dos sintomas de oposição em meninos com TDAH (A7), sugestões plausíveis de controvérsias já que os dados encontrados no artigo não foram discutidos devido à escassez de pesquisas sobre o assunto. Percebe-se que há nesse grupo uma exaltação da melhora clínica dos sujeitos quando utilizam MPH, e que essa melhora não seria possível sem a ajuda do medicamento.

A utilização do MPH foi bem tolerada e não detectaram nenhum efeito significativo; porém, houve redução significativa do apetite (A4).

A utilização do medicamento é ressaltada devido à melhora clínica encontrada, a qual não seria possível, supostamente, sem a ajuda do medicamento (A10, A13). Desse modo, só quando há a contenção dos comportamentos da criança, ela consegue se aproximar dos padrões e ideais desejados pela sociedade (A13).

Os benefícios do MPH como a segurança e a eficácia são citados quando prescrito e usado corretamente. Desse modo, há autores que acreditam que o MPH pode ser usado para aumento cognitivo, assim como há autores contrários a essa ideia, informando que os efeitos do MPH ainda são desconhecidos, e que podem se assemelhar aos efeitos da cocaína, como convulsões e alucinações (A17).

Identificaram-se estudos com pesquisas exploratórias, indicando que o MPH é o medicamento mais consumido no Brasil dentre os psicotrópicos (A12, A14, A16). Pertence a classe A3 de medicamentos (psicotrópicos), sendo este o mais comercializado, e a maioria das farmácias que o comercializavam encontravam-se irregulares com o envio de balanços comprobatórios da sua venda à Vigilância Sanitária municipal (A12). Relatam poucos estudos epidemiológicos sobre o MPH e os que existem possuem variabilidade entre os dados, revelando banalização do transtorno e o excesso de diagnósticos. Também fazem críticas sobre a subjetividade para os diagnósticos e os motivos para o qual muitas vezes são realizados.

Neste estudo, quando o município passou a fornecer o medicamento pelo Sistema Único de Saúde, houve aumento do número de retiradas, fazendo com que o serviço de saúde alertasse médicos e o Conselho de Medicina para que as exigências mínimas do protocolo clínico fossem seguidas para a prescrição do medicamento, pois crianças menores de cinco anos estavam usando MPH (A14).

O predomínio das especialidades médicas que prescreveram MPH eram neurologistas, psiquiatras e pediatras. O consumo apresentou-se elevado em áreas mais favorecidas economicamente (A16). O artigo critica o processo de medicalização e os critérios para diagnóstico, denunciando-os como falhos. Questiona-se a medicalização sem intervenção educacional e psicoterapêutica.

Um estudo citou alguma melhora do quadro clínico, mas não relata se é pelo uso exclusivo de MPH (A3). Este estudo abordou um quadro de síndrome de Kleine-Levin (SKL) que em tratamento com lítio e MPH houve desaparecimento dos

sintomas, no entanto fez uso de MPH só por 15 dias, com melhora gradual, não evidenciando se foi exclusiva pelo uso de MPH.

Um dos estudos não encontrou efeito significativo com o uso do MPH, ao estudar a influência do medicamento na melhora da destreza motora de crianças com diagnóstico de TDAH, mostrando resultados estatisticamente não significantes (A20). Mediante a pequena amostra investigada, mais pesquisas seriam necessárias para explorar os efeitos dose-resposta do MPH em diferentes atividades físicas ou contextos, uma vez que o tratamento medicamentoso é, de forma geral, uma das únicas opções terapêuticas utilizadas para o tratamento do transtorno e da presença dos problemas motores (A20).

Estudos que encontraram aspectos negativos com o uso do MPH (A9, A15, A17) relatam que, ao utilizar MPH Nive, houve uma maior largura de distribuição de glóbulos vermelhos. Outro estudo demonstra que há uma influência do polimorfismo de carboxylesterase 1-75 T> G, na piora da redução do apetite com tratamento com MPH em jovens com TDAH; assim, pessoas portadoras desse gene possuem maior tendência a perda do apetite (A15).

Outro artigo não explica o que seria metilfenidato Nive (A9). O resultado corrobora com a literatura que indica que a perda de apetite é o principal relato de usuários de MPH e a causa de muitos abandonarem o tratamento (A15). Entre os estudantes universitários há uma justificativa para o uso do MPH como auxílio nos estudos, melhorar a concentração, experimentação, ficar acordado e ir às festas, consumo que, muitas vezes ocorre por meio do uso não médico e com uso potencialmente perigoso de ingestão de álcool (A17).

Identificaram-se quatro estudos (A6, A8, A11, A19), que abordaram o uso do medicamento para aprimoramento cognitivo; como conclusão, os autores exaltaram os riscos e, até mesmo, o pequeno índice de significância dos achados para que o uso do MPH possa ser considerado benéfico.

Há busca para aprimoramento cognitivo, mesmo sem ter diagnóstico de TDAH, que é aceita pela sociedade e indivíduos, quando os benefícios do uso de medicamentos são valorizados; desse modo, os riscos são praticamente desconsiderados (A6). Há entre os universitários uma maior tolerância ao uso do medicamento e seu efeito “antidependência”, por reduzir os riscos de abuso de drogas na juventude, mesmo o MPH alterando a neurobiologia do corpo humano, essa maior tolerância se dá pela melhoria do *status* social que o medicamento proporciona, a

liberdade de escolha transformou o uso lícito e controlado dos medicamentos, para um uso ilícito e abusivo (A8, A11).

A administração de MPH em estudantes saudáveis demonstrou aumento nas medidas de alerta e diminuição da exaustão, proporcionando a impressão de melhor desempenho cognitivo atribuída à melhora no bem-estar (A19), condição que pode ser conseguida sem o uso do medicamento. Assim, acredita-se que o uso de MPH por indivíduos saudáveis não seria justificado para aprimoramento cognitivo, pois, embora exista relato de benefícios com o uso do medicamento, o alerta para o perigo de pessoas saudáveis utilizarem é reforçado pela inexistência de conhecimentos com o uso do MPH, principalmente a longo prazo, recomendando que médicos não mediquem pessoas normais que buscam no MPH a melhoria de suas habilidades.

As intervenções farmacológicas, são descritas como "terapias" que se apresentam como "melhorias", visam tratar, curar ou prevenir doenças e o aprimoramento cognitivo visa melhorar as habilidades normais [destaque de aspas no próprio texto] (A6).

Mesmo abordando os benefícios do uso do MPH para a sociedade e para os indivíduos, há um alerta sobre os possíveis riscos em melhorar a performance cognitiva (A11). O uso por pessoas saudáveis precisa de estudos para revelar possíveis danos à saúde e que esses sejam amplamente divulgados para aumentar a conscientização da população sobre sua falta de eficácia como potencializador cognitivo (A19).

4.2 ESTUDOS DE REVISÕES DE LITERATURA

Compuseram o grupo de textos de revisão de literatura 23 (46%) artigos, nos quais foram sistematizados em estudos que 1) destacam a utilização/consumo de MPH; 2) contextualizam o aumento do consumo de MPH e a sua não utilização; 3) abordam a relação benefícios versus prejuízos; 4) apresentam outro medicamento com a mesma eficácia que o MPH.

Nos estudos que destacaram a utilização e o consumo de MPH (A21, A22, A24, A26, A27, A29, A31, A38, A40, A42), é possível perceber que o MPH vem sendo referenciado como a primeira opção de tratamento do TDAH (A21, A22), destacando

que o medicamento, quando utilizado desde a infância, proporcionaria efeito protetor no desenvolvimento de transtorno por uso de outras substâncias psicoativas, principalmente para maconha e nicotina, pois reduziria os sintomas residuais do TDAH, evitando, assim, o aumento do risco de uso dessas substâncias (A21).

O MPH foi citado como benéfico e seu uso considerado seguro em epiléticos e bipolares que apresentem quadros estáveis, e na depressão, quando associado com o uso dos antidepressivos (A22). Outros estudos indicam que o MPH seria útil na melhora da fadiga em pacientes oncológicos (A24, A31); no entanto, o estudo apresenta apenas dois artigos para fazer tal afirmação (A24), e um deles não deixa claro os seus objetivos, apenas ressalta o uso do medicamento (A31).

Estudos problematizam o uso do medicamento para o tratamento da epilepsia, concluindo que a epilepsia associada ao TDAH requer no seu tratamento intervenção multidisciplinar e o apoio farmacológico com uso do MPH e da atomoxetina (A26). A utilização de MPH pode ser considerada efetiva e segura em pacientes com epilepsia (A16, A27); há referências da utilização do MPH para ambos os tratamentos de TDAH e epilepsia (A29).

Em uma avaliação do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, observa-se que, desde a sua primeira versão em 1952, a causa para as doenças mentais tem sido referenciada a problemas biológicos, referência a bioidentidade patológica, valorizando os sintomas de desatenção e hiperatividade, contribuindo, dessa maneira, para o aumento dos diagnósticos de TDAH e o seu tratamento medicamentoso (A38).

A exposição à música e o uso de MPH apresentaram influência positiva nas habilidades do processamento auditivo, ao mesmo tempo em que o uso do MPH por portadores de TDAH indicou melhora no reteste, mas não permite estabelecer a relação entre o uso do medicamento e a melhora no desempenho. Essa afirmação é fortalecida com comparações com os testes e as revisões (A40).

O estudo afirma que, na realidade brasileira, 257.662 pessoas com idade entre 5 a 19 anos estariam sem receber tratamento para o TDAH, e que seria mais eficaz e mais econômico para o país tratar essas pessoas do que deixá-las conviver com as perdas do não tratamento (A42).

Alguns estudos contextualizaram o aumento do consumo de MPH e a sua não utilização (A25, A32, A34, A35), alertando que o sistema de saúde estaria exercendo

influência nos diagnósticos e nas prescrições do medicamento, e que seria saudável se as prescrições não ocorressem no Brasil para crianças de 4 e 5 anos (A25).

Somente 16,2 a 19,9% dos indivíduos afetados pelo TDAH no Brasil receberam tratamento de primeira linha para o transtorno. Os dados apresentados foram calculados de forma conservadora, ao superestimar o número de pessoas recebendo tratamento contínuo e subestimou o número de indivíduos com TDAH; desse modo, os dados divulgados carecem de qualquer base científica e de mais campanhas educativas a fim de identificar a proporção significativa dos indivíduos com TDAH não tratados no Brasil (A32).

A medicina se esforça em caracterizar pessoas em sintomas que sejam possíveis de as encaixar no diagnóstico de TDAH, aumentando, assim, o número de diagnósticos e o consumo do medicamento (A34). O estudo faz uma reflexão sobre os critérios de diagnósticos e sugere que não aceita os diagnósticos padronizados pela hegemonia médica.

A literatura traz que a utilização de MPH no tratamento de TDAH e narcolepsia pode resultar em melhora no desempenho de tarefas, motivação, atenção, impulsividade, comportamento na escola, irritabilidade, memória de trabalho, sonolência e melhora nas medidas sociais. No entanto, as evidências não apoiam a conclusão de que ele possa promover um melhor desempenho cognitivo ou acadêmico. Recomenda-se que o uso seja criterioso devido ao potencial de abuso do metilfenidato quando usado com fins não terapêuticos. A utilização do MPH com fins não terapêuticos, por exemplo, para produzir euforia, aumentar a autoestima, atenção, aprimoramento neurocognitivo e diminuir o cansaço, não estão sendo abordadas pela literatura (A35).

Estudos que abordaram a relação benefícios versus prejuízos com a utilização do MPH foram A23, A28, A30, A33, A36, A37, A39, A41 e A43. A relação se o MPH interfere no crescimento estatural dos pacientes com TDAH também foi abordada e, quando não há um consenso sobre essa informação, os médicos devem discutir com os familiares a possibilidade de uma possível interferência negativa (A28).

Primeiro criou-se o MPH, e depois o TDAH; o medicamento está ao alcance de todos os indivíduos, e tornou-se um dispositivo de prazeres efêmeros, fabricado, comercializado e utilizado da maneira que melhor convém aos indivíduos (A33). O estudo aborda a não utilização do medicamento sem fins terapêuticos, traz a história

do medicamento, realidade brasileira e alguns resultados de estudos de revisão para reforçar que a medicalização não deve ser vista como essencial à vida humana.

O próprio diagnóstico do TDAH e o uso do medicamento podem gerar uma resposta de significado positiva para as pessoas, quando este é encarado como algo positivo para os problemas comportamentais. Este artigo também traz uma abordagem que reforça a não medicalização (A36).

Não há evidências na literatura de que o uso de MPH seja benéfico em termos de memória ou aprendizado. Apenas aumentaria a vigília e o estado de alerta, reduzindo, dessa maneira, o tempo de sono (A37), o que não justifica seu uso, quando se consideram os efeitos adversos existentes.

Há uma repetição de informações sobre o tratamento do TDAH nas revistas e jornais em uma mesma semana, reproduzindo as notícias estrangeiras na mídia nacional, principalmente os resultados de pesquisas sobre os benefícios do uso do MPH, sendo que os supostos riscos de abuso do medicamento só passaram a ser citados nas publicações a partir de 2004. O tratamento com MPH é divulgado como seguro e sem risco de abuso. A combinação do uso do medicamento com psicoterapias e a dependência do medicamento são temas controversos, bem como a ideia de que existe excesso de prescrições no Brasil (A39).

A exposição ao MPH durante a infância ou a adolescência poderia explicar propensão para o abuso de cocaína; no entanto, os estudos possuem interpretações e amostras diferentes, o que pode fragilizar essa conclusão, bem como diferentes resultados (A41). O uso de maneira repetida também potencializaria o uso de álcool e outras drogas (A30); os fatores ambientais podem tanto favorecer quanto conferir resistência à comorbidades do TDAH e ao abuso a essas substâncias. O estudo inicia discutindo o tratamento do TDAH em seres humanos para citar estudos que realizaram testes com ratos, macacos e seres humanos, concluindo que a temática ainda carece ser mais estudada (A41).

Os diagnósticos de TDAH estão sendo disseminados fazendo-se necessário que os novos estudos adotem uma abordagem mais rigorosa, deixando de ser meramente casos empíricos (A43). O estudo realizou duas pesquisas, mas não apresentou os resultados de maneira separada.

Embora o uso do MPH seja eficaz no tratamento de crianças e adolescentes com TDAH, ele apresenta efeitos semelhantes em diferentes faixas etárias. Também apresenta uma associação entre o transtorno de oposição desafiador com uma

resposta reduzida (A23), mas o estudo não referencia os benefícios com o uso do medicamento.

Estudos que apresentaram uma ou mais fragilidade em sua elaboração por não descreverem a metodologia utilizada na revisão, bem como critérios de seleção, palavras chaves, período, bancos de dados e o total de artigos utilizados somaram 5 (A22, A24, A28, A31, A35).

4.3 ESTUDOS ENVOLVENDO ANIMAIS

Estudos realizados com animais totalizaram 7 (14%), sendo classificados em estudos que: 1) Apresentam resultados benéficos ao uso de MPH; 2) Não relatam resultado satisfatório ou insatisfatório com o uso do MPH; 3) Mostram resultados indesejados com o uso de MPH.

Estudos que apresentam resultados benéficos ao uso de MPH (A45, A46) mostraram que o tratamento com MPH em ratos adolescentes não desenvolveu sensibilização cruzada entre MPH e nicotina durante a idade adulta (A45), assim como a utilização do lítio reduziu significativamente a gordura perirrenal e este efeito foi minimizado com a utilização de MPH (A46). Esse estudo abre margem para apresentar questionamentos, pois relata que o lítio diminuiu a gordura perirrenal e depois conclui que as diferenças encontradas podem ser decorrentes do aumento de peso pelo uso do lítio.

Nenhum resultado satisfatório ou insatisfatório foi encontrado com o uso do MPH (A47) em comportamentos para ansiedade e depressão.

Estudos que mostraram resultados indesejados com o uso de MPH foram quatro (A44, A48, A49, A50). Foi observado em ratos que o uso de MPH apresentou alterações na morfologia das glândulas salivares (A50). A exposição crônica à cafeína e o uso de MPH proporcionaram aumento da atividade locomotora (A44).

A administração de MPH desenvolveu danos ao pulmão que, visualizados histologicamente, apresentam características iguais aos encontrados em enfisema pulmonar (A49). Com a retirada prolongada de MPH, foi encontrada uma maior sensibilidade dopaminérgica a psicoestimulantes, como a cocaína. O estudo traz

muitas siglas, algumas sem descrição de seu significado, e a escrita técnica dificulta a leitura e o entendimento dos não afetos à área (A48).

Foi possível identificar que cinco (10%) estudos (A7, A21, A22, A23, A32) receberam financiamento de órgãos diretamente ligados à produção de medicamentos e alguns autores prestavam serviços na função de palestrantes e consultores de empresas produtoras e comercializadoras do MPH.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o estudo, foi possível identificar que a produção científica no Brasil acerca do metilfenidato tem divulgado mais resultados de pesquisas de revisões seguidas das pesquisas sobre o uso com seres humanos e, por fim, pesquisas experimentais com animais.

Os estudos sobre as revisões de literatura abordaram a utilização do MPH no tratamento do TDAH em adultos, a associação na fadiga relacionada ao câncer, as características das prescrições para o TDAH, a utilização em pacientes com epilepsia, a relação com o crescimento estatural, a possível interação para abuso e dependência de álcool e outras drogas na vida adulta, o uso não terapêutico do metilfenidato entre estudantes de medicina, a utilização na avaliação do processamento auditivo, o marketing farmacêutico em torno do TDAH e o aumento dos custos sociais e de saúde com o consumo do medicamento.

Estudos envolvendo seres humanos mostram que o medicamento vem sendo utilizado como tratamento em acidente com seqüela de pós-traumatismo cranioencefálico, transtorno de oposição desafiante, no processamento auditivo, síndrome de Kleine-Levin, síndrome de Gilles de la Torrette, transtorno para uso de outras substâncias, para melhoramento da memória, aprimoramento/amplificador cognitivo e melhoramento do desempenho acadêmico.

Alguns estudos exaltam os benefícios do uso do MPH, ao afirmarem que o uso é benéfico para a sociedade e para os indivíduos, supervalorizam os achados existentes na literatura e, mesmo quando os indivíduos apresentam perda do apetite, ignoram esse efeito e consideram que o MPH foi bem tolerada.

Há poucos estudos realizados com modelo animal e a maioria constata efeitos negativos desencadeados pelo uso de metilfenidato. Como o medicamento tem por objeto “tratar disfunções”, muitas vezes comportamentais, que são específicas do animal, a replicação de seus efeitos em cobaias não se revela satisfatória, expondo resultados pouco conclusivos ou pouco passíveis de aplicação.

Os testes experimentais com modelos animais são poucos devido às questões éticas envolvidas; no entanto, quando realizados utilizam marcadores biológicos que expressam alterações celulares e bioquímicas, que revelam quase sempre resultados indesejados, o que deveria servir de subsídios para questionar a ostensiva utilização deste medicamento e fundamentar as políticas públicas existentes para regulamentação a medicalização.

Por meio desta revisão, destaca-se a incerteza com a utilização do medicamento. Tanto os estudos com humanos, as revisões de literatura e os estudos com animais são inconclusivos ou deixam margens para questionar suas conclusões.

REFERÊNCIAS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

BRITO, M. A. Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2554-2556, set. 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

CALIMAN, L.V.; RODRIGUES, P.H.P. A experiência do uso de metilfenidato em adultos diagnosticados com TDAH. **Psicol. Estu**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 125-134, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n1/13.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Subsídios para a campanha “Não à medicalização da vida”**: medicalização de educação. Buenos Aires, 2011.

Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2017.

DECOTELLI, K. M.; BOHRE, L. C.T.; BICALHO, P. P. G. A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política. **Psicol. Prof**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 446-459, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

HARAYAMA, R. et al. **Nota técnica – O consumo de psicofármacos no Brasil: dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados Anvisa (2007-2014)**. jun. 2015. Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2015/06/NotaTecnicaForumnet_v2.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2017.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975

LÖWY, M. **Ideologias e Ciência Social: elementos para uma análise marxista**. São Paulo: Cortez, 1988.

MELNYK, B. M. et al. Making the case of evidence-based practice. In: MELNYK, B. M.; FINEOUTOVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005 [Internet]. 2006; p. 3-24. Disponível em: <http://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/PermaLink/NCNJ/A/NCNJ_546_156_2010_08_23_SADFJO_165_SDC216.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2018.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

BVS. Portal Regional da BVS. 2018. Disponível em: <<http://bvsalud.org/sobre-o-portal/>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

VIEGAS, L. S.; GOMES, J.; OLIVEIRA, A. R. F. Os Equívocos do Artigo "Os Equívocos e Acertos da Campanha 'Não À Medicalização da Vida'". **Psicol. pesq**, Juiz de Fora, v. 7, n. 2, p. 266-276, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472013000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

REFERÊNCIAS DOS ARTIGOS USADOS NA REVISÃO INTEGRATIVA

1. ROCHA, F. L.; MALLOY-DINIZ, L. F.; HARA, C. Emprego de metilfenidato para o tratamento de déficit cognitivo em paciente com sequela de traumatismo cranioencefálico. **J. bras. Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 78-81, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

2. CAVADAS, M.; PEREIRA, L. D.; MATTOS, P. Efeito do metilfenidato no processamento auditivo em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, São Paulo, v. 65, n. 1, p. 138-143, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2007000100028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

3. JUSTO, L. P. et al. Kleine-Levin syndrome: interface between neurology and psychiatry. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, São Paulo, v. 65, n. 1, p. 150-152, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2007000100030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
4. SZOBOT, C. M. et al. A randomized crossover clinical study showing that methylphenidate-SODAS improves attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adolescents with substance use disorder. **Braz J Med Biol Res**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 3, p. 250-257, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2008000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
5. IZQUIERDO, I. et al. Age-dependent and age-independent human memory persistence is enhanced by delayed posttraining methylphenidate administration. **PNAS Neuroscience**, v. 105, n. 49, p. 19504-19507, Dec. 2008. Disponível em: <<http://www.pnas.org/content/105/49/19504>>. Acesso em: 12 abr. 2017.
6. VICTOR, M. Cognitive enhancers and cosmetic psychiatry: are we ready? A case-report. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 593-594, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000400022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
7. GUIMARÃES, A. P. et al. MAOA is associated with methylphenidate improvement of oppositional symptoms in boys with attention deficit hyperactivity disorder. **Int J Neuropsychopharmacol**, v.12, n. 5, p.709-714, Jun. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19309535>>. Acesso em: 12 abr. 2017.
8. ORTEGA, F. et al. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 499-512, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
9. MENEGASSI, M. et al. Food intake and serum levels of iron in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 132-138, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
10. PASSOS, R. B. F.; LOPEZ, J. R. R. A. Síndrome de Gilles de la Tourette associada ao transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: resposta clínica satisfatória a inibidor seletivo da recaptura de serotonina e metilfenidato. **J. bras. psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 160-162, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
11. BARROS, D.; ORTEGA, F. Metilfenidato e aprimoramento cognitivo farmacológico: representações sociais de universitários. **Saude soc**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 350-362, jun. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

12. SAKAI, J. T. et al. Estudo da comercialização de medicamentos entorpecentes e psicotrópicos. **Rev. para. med.** v. 26, n. 3, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2012/v26n3/a3315.pdf>>. 2012. Acesso em: 12 abr. 2017.

13. FONSECA, M. F. B. C.; MUSZKAT. M.; RIZUTTI, S. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade na escola: mediação psicopedagógica. **Rev. Psicopedagogia**, São Paulo, v. 29, n. 90, p. 330-339, 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v29n90/07.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

14. CALIMAN, L. V.; DOMITROVIC, N. Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 879-902, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

15. BRUXEL, E. M. et al. Association of a carboxylesterase 1 polymorphism with appetite reduction in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder treated with methylphenidate. **The Pharmacogenomics Journal**, v. 13, n. 5, p. 476-480, Oct. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22688218>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

16. PERINI, E. et al. Prescription, dispensation and marketing patterns of methylphenidate. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 873-880. dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600873&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

17. SILVEIRA, R. R. et al. Patterns of non-medical use of methylphenidate among 5th and 6th year students in a medical school in southern Brazil. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 36, n. 2, p. 101-106, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/trends/2014nahead/2237-6089-trends-2237-6089-2013-0065.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

18. CALIMAN, L. V.; RODRIGUES, P. H. P. A experiência do uso de metilfenidato em adultos diagnosticados com TDAH. **Psicol. Estud**, Maringá, v.19, n. 1, p. 125-134, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

19. BATISTELA, S. et al. Methylphenidate as a cognitive enhancer in healthy young people. **Dement. neuropsychol**, São Paulo, v.10, n. 2, p.134-142, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642016000200134&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

20. PALÁCIO, S. G.; OCHI, N. O.; VIEIRA, G. L. Efeitos do metilfenidato no desempenho motor de crianças com TDAH. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 93-99, jan./abr. 2016. Disponível

em:<<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/4641>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

21. SZOBOT, C. M.; ROMANO, M. Co-ocorrência entre transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e uso de substâncias psicoativas. **J. bras. psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 56, supl. 1, p. 39-44, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

22. LOUZA, M. R.; MATTOS, P. Questões atuais no tratamento farmacológico do TDAH em adultos com metilfenidato. **J. bras. psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 56, supl. 1, p. 53-56, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

23. POLANCZYK, G. et al. The impact of individual and methodological factors in the variability of response to methylphenidate in ADHD pharmacogenetic studies from four different continents. **Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet**, v. 5, n. 8, p. 1419-1424, Dec. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18802923>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

24. BLASCO, P. G.; LEVITES, M. R.; MÔNACO, C. Metilfenidato e agentes hematopoiéticos são úteis na fadiga relacionada ao câncer. **Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa)**. São Paulo, v. 14, n. 2, p. 78-79, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n2/a0008.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

25. CAMARGOS JR., W.; NICOLATO, R. Características das prescrições no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **J. bras. psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 195-199, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

26. PEREZ, E. B. et al. Comorbilidad trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y epilepsia. **Rev Med Hondur**, México, v. 78, n. 2, p. 83-90, 2010. Disponível em: <<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2010/pdf/Vol78-2-2010-9.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

27. KONESKI, J. A. S.; CASELLA, E. B. Attention deficit and hyperactivity disorder in people with epilepsy: diagnosis and implications to the treatment. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, São Paulo, v. 68, n. 1, p. 107-114, fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2010000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

28. DAMIANI, D.; DAMIANI, D.; CASELLA, E. Hiperatividade e déficit de atenção: o tratamento prejudica o crescimento estatural? **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 54, n. 3, p. 262-268, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302010000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

29. LOUTFI, K. S.; CARVALHO, A. M. Possíveis interfaces entre TDAH e epilepsia. **J. bras. psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 146-155, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
30. VENDRUSCOLO, L. F.; TAKAHASHI, R. N. Comorbidade entre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e o abuso e dependência de álcool e outras drogas: evidências por meio de modelos animais. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 203-208, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
31. CAMPOS, M. P. O. et al. Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 211-219, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
32. MATTOS, P.; ROHDE, L. A.; POLANCZYK, G. V. O TDAH é subtratado no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr**. São Paulo, v. 34, n. 4, p. 513-514, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
33. BRANT, L. C.; CARVALHO, T. R. F. Metilfenidato: medicamento gadget da contemporaneidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.16, n. 42, p. 623-636, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
34. FRANCA, M. T. B. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): ampliando o entendimento. **J. psicanal**, São Paulo, v. 45, n. 82, p.191-207, jun. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352012000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
35. FREESE, L. et al. Non-medical use of methylphenidate: a review. **Trends Psychiatry Psychother**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p.110-115, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892012000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
36. BRZOZOWSKI, F. S.; DIEHL, E. E. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: o diagnóstico pode ser terapêutico? **Psicol. Estud.** Maringá, v. 18, n. 4, p. 657-665, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722013000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
37. FINGER, G.; SILVA, E. R.; FALAVIGNA, A. Use of methylphenidate among medical students: a systematic review. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v. 59, n. 3, p. 285-289, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

38. NETO, F. K.; SANTOS, R. A. N. TDA/H e o neurocentrismo: reflexões acerca dos sintomas de desatenção e hiperatividade e seu lugar no registro das bioidentidades. **Revista do NESME**, São Paulo, v.10, n. 1, p. 1-44, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v10n1/a07.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.
39. ITABORAHY, C.; ORTEGA, F. O metifenidato no Brasil: uma década de publicações. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 3, p. 803-816, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
40. CARVALHO, N. G.; NOVELLI, C. V. L.; COLELLA-SANTOS, M. F. Fatores na infância e adolescência que podem influenciar o processamento auditivo: revisão sistemática. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 5, p. 1590-1603, out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000501590&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
41. JABOINSKI, J. et al. Exposure to methylphenidate during infancy and adolescence in non-human animals and sensitization to abuse of psychostimulants later in life: a systematic review. **Trends Psychiatry Psychother**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 107-117, Sept. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892015000300107&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
42. MAIA, C. R. et al. The Brazilian policy of withholding treatment for ADHD is probably increasing health and social costs. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 67-70, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462015000100067&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
43. BIANCHI, E. et al. Medicalización más allá de los médicos: marketing farmacéutico en torno al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Argentina y Brasil (1998-2014). **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 452-462, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200452&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
44. BOECK, C. R. et al. Early long-term exposure with caffeine induces cross-sensitization to methylphenidate with involvement of DARPP-32 in adulthood of rats. **Neurochemistry International**, v. 55, n. 5, p. 318-322, set. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19576520>>. Acesso em: 12 abr. 2017.
45. JUSTO, C.C. et al. Repeated exposure of adolescent rats to oral methylphenidate does not induce behavioral sensitization or cross-sensitization to nicotine. **Braz J Med Biol Res**, Ribeirão Preto, v. 43, n. 7, p. 651-656, jul. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2010000700007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
46. OLIVEIRA, J. M. et al. Lithium and methylphenidate: opposite effects on perirenal brown fat. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 35-37, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082010000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

47. GOMES, K. M. et al. Evaluation of light/dark cycle in anxiety- and depressive-like behaviors after regular treatment with methylphenidate hydrochloride in rats of different ages. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 55-58, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
48. PEREIRA, M. S. et al. Long withdrawal of methylphenidate induces a differential response of the dopaminergic system and increases sensitivity to cocaine in the prefrontal cortex of spontaneously hypertensive rats. **Journal. Pone**, v. 28, n. 10, p. 2-18, Oct. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26509840>>. Acesso em: 12 abr. 2017.
49. RAPELLO, G. V. G. et al. Pulmonary emphysema induced by methylphenidate: experimental study. **Sao Paulo Med. J**, São Paulo, v. 133, n. 2, p. 131-134, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802015000200131&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
50. LIMA, K. S. et al. Efeitos do metilfenidato sobre as glândulas salivares maternas de camundongos. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara, v. 45, n. 6, p. 316-321, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772016000600316&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

ARTIGO II: UTILIZAÇÃO DE METILFENIDATO POR USUÁRIOS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE EM MUNICÍPIO DA REGIÃO OESTE DO PARANÁ

~~UTILIZATION OF METHYLPHENIDATE IN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM IN A MUNICIPALITY IN WESTERN PARANÁ~~

Resumo: O consumo de metilfenidato tem aumentado a cada ano, e o Brasil é o segundo maior consumidor mundial do medicamento. **Objetivo:** caracterizar a utilização de metilfenidato em um município da região Oeste do Paraná, a partir da dispensação do medicamento pela farmácia pública de medicamentos especiais. **Método:** estudo descritivo e explicativo, com fontes documentais, de caráter quantitativo. **Discussão:** O metilfenidato foi prescrito com maior frequência para o sexo masculino na faixa etária de sete a 16 anos; os psiquiatras e pediatras são os que mais prescreveram; as unidades especializadas e as unidades básicas de saúde, as que mais solicitam o medicamento; os principais diagnósticos para prescrição de metilfenidato foram TDAH, transtorno de ansiedade generalizada + TDAH e hiperatividade; os antidepressivos sertralina e fluoxetina e o antipsicótico risperidona foram os mais dispensadas em conjunto com o metilfenidato; a dose de metilfenidato 10 mg é a mais prescrita; a maior frequência de retirada do medicamento foi de um mês, com maior retirada nos meses de agosto, setembro, outubro e novembro. **Conclusão:** Evidencia-se o aumento dos casos diagnosticados de TDAH e a prescrição do medicamento; contudo, não se pode afirmar que haja o respectivo aumento do consumo, pois a maior frequência de retirada é de um mês, o que mostra descontinuidade ou irregularidade no uso da medicação.

Descritores: Medicalização. Metilfenidato. Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade

Abstract: Methylphenidate consumption has increased every year and Brazil is the second largest consumer of this drug in the world. **Objective:** to characterize the use of methylphenidate in a municipality in the Western region of the state of Paraná, from the dispensing of the drug by the Municipal Public Pharmacy of Special Drugs. **Method:** descriptive study, with documentary sources, characterized as a quantitative research. **Discussion:** The individuals who most of prescription for methylphenidate use are boys in the age group of 7 to 16 years-old; mostly, psychiatrists and pediatricians are the prescribers; the specialized units and the basic health units are the units that most request the medicine; the main diagnoses for methylphenidate prescription were ADHD, generalized anxiety disorder + ADHD, and hyperactivity; sertraline and fluoxetine and the antipsychotic risperidone were the antidepressants most widely prescribed in combination with methylphenidate; methylphenidate 10 mg is the most prescribed dosage; the highest frequency of withdrawal of the drug is for one month and withdrawal is higher on the months of August, September, October, and November. **Conclusion:** The increase in the diagnosed cases of ADHD and in the prescription of the drug are noticed; however, it cannot be stated that there is an increase in consumption, since the highest frequency of withdrawal is one month, which shows discontinuity or irregularity in the use of the medication.

Keywords: Medicalization; Methylphenidate; Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.

1. INTRODUÇÃO

A partir da segunda metade do século XX, o consumo de medicamentos aumentou significativamente, devido ao fortalecimento do paradigma biomédico, ao crescimento da indústria farmacêutica, à ampliação do acesso aos medicamentos e à intensificação dos processos de mercantilização da saúde e medicalização da sociedade (POLI NETO; CAPONI, 2007).

A medicalização é o processo por meio do qual os problemas que fazem parte do cotidiano dos indivíduos são transformados em problemas médicos, convertendo questões de origem social e política em questões biológicas, próprias de cada indivíduo (COLLARES; MOYSÉS, 2011). “[...] Cada vez mais se estimula a ‘medicalização da vida’, com conseqüente aumento do uso de medicamentos (‘medicamentização’)” (WANNMACHER, 2007, p. 3).

O termo *medicamentização*, definido por Mbongue (2005), é utilizado para descrever o uso de produtos medicinais para tratar problemas que foram medicalizados, e que anteriormente não requeriam tal ação. O termo *medicamentation* diz respeito ao uso de medicamentos ao nível social, não necessariamente médico, por exemplo, o *doping* esportivo ou para alcançar o bem-estar; é induzido mais pela indústria farmacêutica do que pela presença de doença (WANNMACHER, 2007).

A sociedade atual introduziu como norma “[...] aprimoramento constante e uma necessidade permanente de melhoria de suas capacidades”, e isso pode gerar sérios problemas para os indivíduos e para a própria sociedade, ao passo que medicaliza cada vez mais os comportamentos (ORTEGA et al., 2010, p. 508).

Dentre os medicamentos mais utilizadas para tal tem-se o metilfenidato, um agente estimulante do sistema nervoso central, comercialmente divulgado com diferentes nomes, sendo eles: Ritalina®, Ritalina LA® e Concerta®, administrados por via oral. “A Ritalina® apresenta-se sob a forma farmacêutica de comprimidos de liberação imediata, enquanto a Ritalina LA®, como cápsulas de liberação modificada e o Concerta® como comprimidos de liberação prolongada” (BRATS, 2014, p. 3).

A composição básica da Ritalina® é o cloridrato de metilfenidato e está na classe terapêutica dos psicoestimulantes, utilizado em adultos e crianças acima de seis anos, para tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), hiperatividade, distúrbios de comportamento e aprendizagem, distractibilidade moderada a grave, déficit de atenção, labilidade emocional,

impulsividade, cataplexia e narcolepsia (MOYSÉS, 2012; ITABORAHY; ORTEGA, 2013; SÃO PAULO, 2013; BRATS, 2014; HARAYAMA et al., 2015; ESCHER; COUTINHO, 2017).

No Brasil, o uso do metilfenidato tem crescido a cada ano (ORTEGA et al., 2010; CALIMAN; DOMITROVIC, 2013, ITABORAHY; ORTEGA, 2013). Em 2000 foram vendidas 70 mil caixas e, em 2010, 2 milhões, fazendo do país o segundo maior consumidor do medicamento mundialmente (MOYSÉS, 2012). Em outubro de 2009 foi registrada a venda de 58.719 caixas, e de 108.609 caixas em outubro de 2013, aumento de mais de 180% em quatro anos (HARAYAMA et al., 2015).

Diante da complexidade envolvida na utilização de medicamentos para tratar problemas que nem sempre têm sua causa na dimensão biológica, e considerando a proporção com a qual o metilfenidato vem sendo comercializado no Brasil, questiona-se: como o metilfenidato tem sido utilizado em um município no Paraná? O estudo tem como objetivo caracterizar a utilização de metilfenidato no município, a partir da dispensação do medicamento pela farmácia pública de medicamentos especiais, pressupondo que o número de prescrições na realidade estudada tem aumentado, especialmente entre os escolares, em conformidade com dados do cenário nacional.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo explicativo, com fontes documentais, de caráter quantitativo (TRIVINÕS, 2013, PRODANOV; FREITAS, 2013).

O estudo foi realizado em um município localizado na região Oeste do Paraná com uma população estimada de 319.608 habitantes, em 2017 (IBGE, 2017). Os dados são referentes ao período de 2014 a 2016, coletados no arquivo da farmácia de medicamentos especiais da Prefeitura Municipal, pois foi a partir desta data que foram arquivados nessa farmácia, e períodos anteriores a 2014 não estavam acessíveis.

A população de estudo corresponde aos usuários de metilfenidato no município estudado, e a amostra aos usuários de metilfenidato da farmácia de medicamentos especiais do município, caracterizando os usuários e o uso do metilfenidato no Sistema Único de Saúde (SUS).

As fontes documentais foram os protocolos de solicitação de medicamentos especiais, arquivados no setor da farmácia de medicamentos especiais. Foram coletados a partir de roteiro composto pelas informações referentes ao perfil dos usuários, considerando: gênero, idade, serviço de saúde responsável pelo encaminhamento, diagnóstico, quantidade de medicamento prescrito, quantidade de medicamento dispensado, tempo de uso do medicamento, medicações associadas e a especialidade médica que prescreveu o medicamento.

Os dados foram sistematizados em planilhas dos programas Microsoft Excel e do Software R Core Team 2013, distribuídos em tabelas de frequências absolutas e relativas, e a análise se amparou na produção científica da área.

O estudo foi aprovado pelo Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP nº 2.042.533, em consonância com a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as questões éticas em pesquisa realizadas com seres humanos (BRASIL, 2012a).

RESULTADOS

O município de Cascavel/PR possuía, em 2017, 36 estabelecimentos públicos de saúde que prescreviam metilfenidato, sendo: 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 13 Estratégia Saúde da Família (ESF) e seis estabelecimentos de saúde especializados: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Cascavel (APAE), Centro Especializado de Atenção à Saúde do Neonato, Criança e Adolescente (CEACRI), Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI), Centro de Atendimento em Saúde Mental (CASM), Centro Regional de Especialidade (CRE), que funciona em nível de Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP) e um Centro de Atendimento Especializado (CAE), onde funcionam o ambulatório de feridas, de pequenos procedimentos, de gestação de alto risco e centro de diagnóstico e imagem (CASCAVEL, 2017).

A farmácia de medicamentos especiais está inserida na divisão de assistência farmacêutica no município criada em 2009, responsável pela análise, autorização, dispensação dos medicamentos e arquivamento de todas as prescrições. É o único

estabelecimento via SUS que dispensa metilfenidato na forma farmacêutica de comprimidos de liberação imediata de 10 mg cada.

O metilfenidato não faz parte da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME) oferecidos pelo SUS. Desse modo, para ser dispensado, a equipe técnica da farmácia de medicamentos especiais inseriu o medicamento na Relação Municipal de Medicamentos (Remume), que estabelece quais medicamentos são oferecidos pelo município na rede de atenção básica.

Segundo a Norma Operacional nº 44/2018 da farmácia de medicamentos especiais, a solicitação de metilfenidato pode ser realizada por médicos da atenção especializada e da atenção básica. Após a prescrição, os usuários procuram a unidade de saúde a qual pertencem, que são responsáveis pelo preenchimento e envio do protocolo de acesso ao metilfenidato na farmácia de medicamentos especiais, exigindo-se documentos pessoais, comprovante de endereço e receita médica para cadastro do usuário e retirada do medicamento, o qual possui validade de seis meses.

O número de usuários de metilfenidato apresentou crescimento em todos os anos. Eram 113 em 2014, 178 em 2015 e 198 em 2016. O gênero masculino predominou em todos os anos, pois em 2014 foram 100 (88,5%) masculino e 13 (11,5%) feminino, em 2015 foram 146 (82%) masculino e 32 (18%) feminino e, no ano de 2016, foram 164 (82,8%) masculino e 34 (17,2%) feminino.

Em 2014, 2015 e 2016, na respectiva ordem, havia 110 (97,3%), 173 (97,2%) e 174 (87,87%) usuários de metilfenidato com idade inferior a 18 anos e 3 (2,7%), 5 (2,8%) e 9 (4,5%), com idade igual ou superior a 18 anos; nesse período, 15 (7,6%) usuários não tiveram o protocolo encontrado. Em todos os anos, a faixa etária que mais retirou metilfenidato ficou entre sete e 16 anos, 106 (93,8%) em 2014, 162 (90,9%), em 2015 e 162 (81,7%), em 2016.

A especialidade médica que mais prescreveu metilfenidato no ano de 2014 foi a psiquiatria, com 60 (53,1%) ocorrências, seguida da pediatria, com 30 (26,5%), neurologia e clínica médica com 9 (8%) ocorrências cada e neuropediatria com 5 (4,4%). Em 2015, foram 100 (56,2%) da psiquiatria, 37 (20,8%) da pediatria, e 16 (9%) da neurologia, 15 (8,4%) da clínica geral e 5 (2,8%) cada para a neuropediatria e especialidade não encontrada. Em 2016, 100 (50,5%) da psiquiatria, 25 (12,6%) da neuropediatria, 23 (11,6%) da pediatria, 20 (10,1%) da neurologia e 15 (7,6%) cada,

para a clínica geral e especialidade não encontrada (ausência de registro no/ou protocolo).

Em 2014, 2015 e 2016 as unidades especializadas enviaram solicitações de metilfenidato para a farmácia pública de medicamentos especiais na seguinte proporção: 43 (38,5%), 99 (55,6%) e 102 (51,5%), respectivamente, enquanto as UBS solicitaram 39 (34,5%), 49 (27,5%) e 63 (31,8%), e as USF 31 (27%), 23 (12,9%) e 18 (9,1%). Em 2015 e 2016 não foram encontrados 7 (4%) e 15 (7,6%).

O diagnóstico clínico dos usuários de metilfenidato, em 2014, 2015 e 2016 são referentes a TDAH 82 (72,6%), 104 (58,4%) e 110 (55,5%); transtorno de ansiedade generalizada + TDAH, 8 (7,1%), 26 (14,6%) e 36 (18,2%); hiperatividade 14 (12,4%), 17 (9,5%) e 14 (7,1%); déficit de atenção 3 (2,6%), 9 (5,1%) e 9 (4,5%); item não informado 1 (0,9%), 13 (7,3%) e 15 (7,6%), que corresponde à ausência de registro no/ou protocolo; ansiedade 1 (0,6%) em 2015 e 4 (2%) em 2016; e outros diagnósticos: 5 (4,4%) autismo, atraso desenvolvimento neuropsicomotor, Síndrome de Asperger e transtorno de humor em (2014); 8 (4,5%) compulsão alimentar, deficiência mental, dificuldade de aprendizagem, dislexia, insônia, transtorno bipolar, microcefalia, Síndrome de *Down* em 2015 e 10 (5,1%) agressividade, anoxia neonatal, epilepsia, irritabilidade, hidrocefalia, já faz uso do medicamento, Síndrome de *Cornélio de Lange* + síndrome alcoólica fetal, Síndrome da *Peri-Sylvania* + *Wester Droyht*, transtorno do pânico, transtorno desafiante de oposição em 2016.

Não retiraram outras medicações em associação com o metilfenidato 97 (85,8%), em 2014, 132 (74,1%) em 2015 e 144 (72,8%) em 2016. Dentre as medicações retiradas em associação com o metilfenidato predominou a fluoxetina, com 6 (5,3%) em 2014, 18 (10,1%) em 2015 e 22 (11,1%) em 2016, e a sertralina com 2 (1,7%) em 2014, 14 (7,9%) em 2015 e 15 (7,6%) em 2016. A risperidona também foi dispensada em conjunto com o metilfenidato 5 (2,8%) em 2015 e 4 (2%) em 2016.

Outras medicações dispensadas em menor proporção com o metilfenidato correspondem a 8 (7,2%) em 2014, 9 (5,1%) em 2015 e 13 (6,5%) em 2016, sendo elas: clonazepan, escitalopran, imipramina, oxcarbazepina, valproato de sódio, nortriptilina, fluoxetina + risperidona + sertralina, mirtazapina + venlafaxina, risperidona + amytril e sertralina + bupropiona.

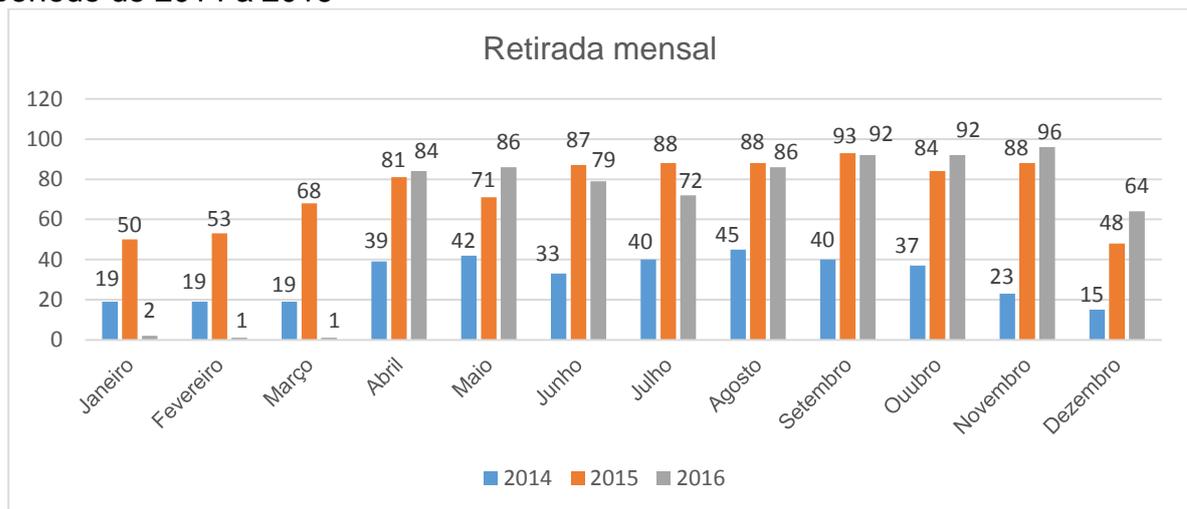
A Tabela 1 revela a posologia diária prescrita de metilfenidato de 10mg, com predomínio de um e dois comprimidos prescritos por dia.

Tabela 1. Distribuição dos usuários quanto à posologia prescrita de metilfenidato, no período de 2014 a 2016

Prescrição de comprimidos (Cp)	Quantidade de usuários					
	2014		2015		2016	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
1 Cp antes da aula	3	2,6	5	2,8	7	3,5
2 Cp antes da aula			1	0,6	2	1
½ Cp por dia			3	1,7	1	0,5
1 Cp por dia	60	53,1	82	46,1	93	46,5
1 Cp e ½ ao dia	6	5,3	8	4,5	9	4,6
2 Cp por dia	39	34,5	68	38,2	73	36,9
3 Cp por dia	3	2,7	6	3,4	9	4,6
3 Cp e ½ por dia			1	0,5		
4 Cp por dia	1	0,9	2	1,1	2	1
5 Cp por dia	1	0,9	2	1,1	2	1
Total	113	100	178	100	198	100

Fonte: Dados coletados na pesquisa (2017).

O gráfico 1 demonstra o número absoluto de usuários que realizaram a retirada mensal de metilfenidato, observando-se maior retirada nos meses de agosto, setembro, outubro e novembro.

Gráfico 1. Quantidade de usuários que retiraram metilfenidato mensalmente, no período de 2014 a 2016

Fonte: Dados coletados na pesquisa (2017).

Nem todos os usuários retiraram o metilfenidato de acordo com a prescrição. Alguns ficavam meses sem retirar e depois voltavam a retirá-lo, informação que consta no protocolo de dispensação quando, a cada retirada, o servidor da farmácia

registrava com caneta a data de retirada, a quantidade liberada e solicitava a assinatura de quem retirou o medicamento. O mesmo controle de informação era registrado no sistema operacional que a farmácia possui podendo ser conferido na via impressa.

Em relação à frequência de retirada do medicamento por mês, em 2014 retiraram um mês 27 (32,9%); dois 26 (23%); três 12 (10,6%); quatro 11 (9,7%); cinco 15 (13,3%); seis 13 (11,5%); sete 3 (2,7%); oito 4 (3,5%); nove e dez 1 (0,9%) cada. Em 2015 retiraram por um mês 42 (23,6%); dois 17 (9,6%); três 11 (6,2%); quatro 22 (12,4%); cinco 9 (5,1%); seis 11 (6,2%); sete 15 (8,4%); oito 15 (8,4%); nove 12 (6,7%); dez 10 (5,6%); onze e dose 7 (3,9%) cada. Em 2016 um mês 53 (26,7%); dois 27 (13,6%); três 27 (13,6%); quatro 15 (7,6%); cinco 21 (10,6%); seis, sete e oito 17 (8,6%) cada e nove 4 (2,1%).

A quantidade de metilfenidato dispensado no ano de 2014 foi de 11.760 comprimidos, em 2015 foram 38.890 comprimidos, e em 2016 foram retirados 29.510 comprimidos.

Foi identificado que usuários, de posse da prescrição, acessavam as unidades de saúde que encaminhavam à farmácia de medicamentos especiais a solicitação de metilfenidato, mas não realizaram a retirada do medicamento após autorização. Dentre eles, observa-se 26 em 2014 dos quais 23 (88,5%) masculino e 3 (11,5%) feminino; 23 em 2015, dentre eles 18 (78,3%) masculino e 5 (21,7%) feminino e 17 em 2016 dos quais 16 (94,1%) masculino e 1 (5,9%) feminino.

DISCUSSÃO

O aumento de prescrições de metilfenidato tem crescido a cada ano no Brasil (ORTEGA et al., 2010; BRASIL, 2012b; ITABORAHY; ORTEGA, 2013). O que se reproduz neste estudo quando foram 113 em 2014, 178 em 2015 e 198 em 2016.

Estudos corroboram a maior incidência de uso do metilfenidato pelo gênero masculino (CAMARGOS JR; NICOLATO, 2009; VIEIRA; PALÁCIO, 2014; PALÁCIO; OCHI; VIEIRA, 2015; OCCHI; MOREIRA et al., 2017). Para Santos e Freitas (2018), a maior ocorrência do TDAH e seu tratamento com metilfenidato no gênero masculino pode estar associada com a relativa imaturidade cognitiva dos meninos, em comparação com as meninas.

Os meninos apresentam elevadas taxas de transtorno de conduta, agressividade/agitação/impulsividade. Em comparação, as meninas apresentam alto nível do transtorno de ansiedade, desatenção e humor; assim, o diagnóstico em meninos é realizado em idade mais precoce (MUSZKAT; MIRANDA; RIZZUTTI, 2011).

A maior frequência dos usuários de metilfenidato esteve na faixa etária de sete a 16 anos. Para Camargos Jr. e Nicolato (2009), a maior frequência de uso de psicoestimulantes está na população de sete a 15 anos. Em Vizotto e Ferraza (2017), o uso do medicamento geralmente é prescrito a partir dos 6 anos de idade e possui maior incidência na faixa etária dos 7 aos 8 anos (45%), período que coincide com o início da escolarização e alfabetização. Em Santos, Oliveira e Bianchini (2018), a faixa etária dos alunos que usaram metilfenidato está entre seis e treze anos de idade.

Ortega et al. (2010), ao analisarem reportagens acerca do metilfenidato no Brasil, apresentam que em 48,6% da sua amostra há preocupação em relação ao excesso de diagnósticos médicos e prescrição do medicamento para crianças. Segundo dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), entre 2009 e 2011, o uso de metilfenidato em crianças com idade de seis a 16 anos aumentou 75%, especialmente para tratar o TDAH (BRASIL, 2012b).

Não houve neste estudo, usuários de metilfenidato com idade inferior a seis anos, como nos estados do Espírito Santo e São Paulo, em que há relato de crianças com idade inferior a cinco e seis anos recebendo o medicamento (CALIMAN; DOMITROVIC, 2013; SÃO PAULO, 2013). Da mesma forma, poucos foram os usuários acima de 18 anos, mostrando que o sistema público não tem essa ação como prática.

Como a prevalência dos usuários são crianças e adolescentes em idade escolar, não é de se ignorar que ao frequentarem o ambiente escolar possam ser encaminhadas pela psicopedagoga para avaliação clínica de modo interdisciplinar para diferentes profissionais avaliarem os aspectos psicopedagógicos, neuropsicológico, neuropediátrico, psiquiátrico e familiar (FONSECA; MUSZKAT; RIZZUTTI, 2012).

Há um processo em curso, que tem reforçado a lógica da biologização do não aprender na escola. Esse processo tem buscado causas orgânicas dos problemas de aprendizagem, que não são facilmente identificáveis, gerando diagnósticos pouco precisos; contudo, a sua consequência é a medicalização da dificuldade de

aprendizagem, expressa pelo encaminhamento das crianças que a apresentam, a tratamentos da área da saúde (psicológicos, psiquiátricos, psicopedagógicos), ou pela ingestão de medicamento para promover comportamentos considerados necessários para aprender na escola (GUARIDO, 2007; MEIRA, 2012).

Os indivíduos que fogem do padrão pré-estabelecido na escola recebem encaminhamentos para avaliação clínica, para que os profissionais realizem a comprovação da queixa por meio da emissão de um diagnóstico que "explique o problema" e aponte a conduta necessária para o controle, reestabelecendo de volta o padrão de "normalidade". Desse modo, é frequente o encaminhamento de alunos que apresentam dificuldades referentes ao processo de escolarização para atendimento psicológico ou para outras especialidades médicas, em que a maioria dos profissionais tem se posicionado de forma dominante em uma perspectiva clínica, medicalizadora ou naturalizada, ao analisar os fenômenos educacionais relacionados à aprendizagem e ao comportamento desses estudantes (RIBEIRO, 2015).

Os maiores prescritores de metilfenidato foram o psiquiatra e o pediatra, e em menor proporção o neurologista, clínico geral e o neuropediatra. Segundo Camargos Jr e Nicolato (2009), os pediatras e generalistas são os que mais prescrevem e os quadros mais complexos estão sob a assistência do psiquiatra. Em Perine et al. (2014), a especialidade médica que mais prescreve metilfenidato é o neurologista, psiquiatra e pediatras, seguidos de profissionais de outras especialidades médicas.

Em estudo de Vizotto e Ferraza (2017), a psiquiatria, a pediatria e a neuropediatria diante de qualquer demanda ou queixa, prescrevem medicações psicofarmacológicas, e em 97% dos casos, o pediatra realizou a prescrição para crianças já na primeira consulta. Em Santos, Oliveira e Bianchini (2018), o neuropediatra relata que o perfil de crianças com TDAH está evidente na fala ao apresentarem ansiedade, manias, dificuldade de lidar com frustração, comportamentos antissociais e de origem biológica que melhoram com a administração de medicamentos.

O diagnóstico com maior frequência foi para o TDAH, transtorno de ansiedade generalizada + TDAH e hiperatividade. Quando o metilfenidato surgiu, não havia um diagnóstico específico para seu uso. Os primeiros artigos entre 1937 a 1941 citavam o uso do estimulante para o tratamento da hiperatividade e cefaleia, associado com melhora nos quadros comportamentais e no desempenho escolar das crianças

agitadas, tratamento da fadiga presente em quadros psiquiátricos e idosos (ORTEGA et al., 2010; MUSZKAT; MIRANDA; RIZZUTTI, 2011; ESHER; COUTINHO, 2017).

A faixa etária dos usuários de metilfenidato e os encaminhamentos realizados para avaliação clínica dos que frequentam instituições educacionais podem revelar uma solicitação de ajuda, devido ao aumento da emissão do diagnóstico de crianças e adolescentes, consideradas portadoras do TDAH, demonstrando necessidade de explicação dos fenômenos que ocorrem no contexto escolar, como se o foco do "problema" estivesse exclusivamente no sujeito (RIBEIRO, 2015; SANTOS; OLIVEIRA; BIANCHINI, 2018).

É comum, após avaliação clínica, usuários receberem diagnósticos, dentre os quais destacam-se: o TDAH, transtorno desafiante opositor, transtorno bipolar, transtorno de ansiedade, transtorno de aprendizagem, dislexia, dentre outros transtornos que estão relacionadas às áreas da linguagem, cognição e aprendizagem (SIGNOR; BERBERIAN; SANTANA, 2017).

O diagnóstico do TDAH é complexo, tem alta prevalência em crianças e adolescentes em idade escolar e alta associação de comorbidades psiquiátricas, déficits cognitivos globais, transtornos invasivos do desenvolvimento e do aprendizado, transtorno desafiador de oposição, transtorno de conduta, transtorno bipolar e depressão, que agravam os quadros de TDAH; desse modo, requerem maior atenção as estratégias de tratamento (SOUZA et al., 2007; PEIXOTO; RODRIGUES, 2008; CALIMAN; DOMITROVIC, 2013; LEONARDO; SUZUKI, 2016).

O TDAH pode estar associado com a ansiedade numa prevalência de 30 a 40% e apresentar de 30 a 50%, associação com problemas comportamentais e psiquiátricos como: transtorno desafiador opositivo, transtorno de conduta, transtorno bipolar de humor e ansiedade, tabagismo e abuso de outras substâncias. É possível ainda que em outras condições clínicas essa prevalência seja maior (MUSZKAT; MIRANDA; RIZZUTTI, 2011).

O Transtorno Desafiante de Oposição é um distúrbio característico da infância e possui uma associação com o TDAH, em aproximadamente 15 a 56% das ocorrências. Em casos associados com o Transtorno de Conduta deve-se usar metilfenidato, e nos mais graves introduzir a risperidona, que tem demonstrado eficácia. Quando associados TDAH e ansiedade generalizada, os usuários podem apresentar piora do quadro com o uso de psicoestimulantes, devendo ser associado ao tratamento, intervenções psicoterápicas. O transtorno bipolar é um transtorno mental

grave e sua associação com o TDAH é bastante controversa (MUSZKAT; MIRANDA; RIZZUTTI, 2011).

Em Moreira et al. (2017) estavam associados com o TDAH as comorbidades transtorno de aprendizagem, transtorno de conduta, retardo mental leve, distúrbio de linguagem, ansiedade, epilepsia, transtornos de humor, distúrbios do sistema digestivo, autismo, distúrbios do sistema cardiovascular e respiratório. O metilfenidato com 63,9% foi a medicação de primeira escolha para tratamento do TDAH. Outras medicações foram associadas concomitante com o metilfenidato, das quais 16,7% eram antidepressivos (imipramina e fluoxetina), 7,4% antipsicóticos (risperidona), 1,9% antiepiléticos (ácido valproico e carbamazepina) e 10,2% outros. A utilização de antipsicóticos e antiepiléticos exclusivamente para o tratamento de TDAH não foi encontrada na literatura, somente relacionado à presença de outros transtornos associados, como transtorno de ansiedade, transtorno de humor e retardo mental moderado.

O antipsicótico risperidona dispensado em conjunto com o metilfenidato 5 (2,8%) em 2015 e 4 (2%) em 2016, foi utilizado em Vizotto e Ferraza (2017), para 4 (3%) crianças, para intensificar a “contenção” dos comportamentos incomodativos no espaço escolar. Segundo Nikolov, Jonker e Scahill (2006), a risperidona está empregada no tratamento do autismo, agressão, acessos de ira e automutilação.

A epilepsia pode coexistir com o TDAH por apresentar uma base genética comum e a prevalência da comorbidade ser de três a cinco vezes maior (PEREZ et al., 2010; LOUTIF; CARVALHO, 2010). O diagnóstico de TDAH e epilepsia se apresentam igualmente de maneira confusa e incerta (LEONARDO; SUZIKI, 2016).

No caso do TDAH associado com a epilepsia, o metilfenidato é o medicamento de escolha para o tratamento, apresentando eficácia em curto prazo. Há risco mínimo para aumento das crises convulsivas e problemas de atenção ou hiperatividade, que podem ser decorrentes dos problemas psicossociais, mesma propensão genética, participação dos neurotransmissores noradrenalina e dopamina do TDAH e na modulação da excitabilidade neuronal, anormalidades estruturais do cérebro evidenciadas em epiléticos e efeitos colaterais das drogas antiepiléticas (PEREZ et al., 2010; LOUTIF; CARVALHO, 2010). Os antiepiléticos usados em conjunto com o metilfenidato pelos usuários estudados foram o clonazepan e o valproato de sódio.

Em segunda opção para o tratamento do TDAH podem ser usados os antidepressivos (LOUZA; MATTOS, 2007, MATTOS; ROHDE; POLANCZYK, 2012).

Pode-se iniciar simultaneamente o tratamento com metilfenidato e antidepressivos ou tratar primeiro a depressão com antidepressivo que atue sobre o TDAH. O metilfenidato também tem ação antidepressiva leve (MUSZKAT; MIRANDA; RIZZUTTI, 2011).

Já para pacientes com TDAH e transtorno bipolar, primeiramente utiliza-se um estabilizador do humor e, posteriormente, o metilfenidato, que nunca deve ser utilizado em quadros instáveis. Em pacientes com TDAH e transtornos de ansiedade, devem ser acrescentados inibidores seletivos da recaptura da serotonina (fluoxetina, sertralina, citalopram, escitalopram), em conjunto ao tratamento com o psicoestimulante (LOUZA; MATTOS, 2007). Segundo Mattos, Rohde e Polanczyk (2012), 30% dos pacientes com TDAH não reagem aos estimulantes e são tratados com outros medicamentos.

Até o ano 2000, a prevalência do tratamento farmacológico do TDAH era com metilfenidato 10 mg de liberação imediata. No entanto, atualmente muitas crianças estão fazendo uso de medicações de liberação prolongada, o que mantém o efeito do medicamento por mais tempo, em especial durante e depois do período escolar (CALIMAN; DOMITROVIC, 2013). Para Camargos Jr. e Nicolato (2009), 50% usam tais medicações por menos de um semestre, com progressivo aumento para medicações de ação prolongada. Se os usuários precisarem fazer uso de metilfenidato de ação prolongada deverão adquiri-lo via sistema privado, porque a farmácia pública de medicamentos especiais fornece exclusivamente metilfenidato 10 mg.

A maior frequência de retirada do medicamento são os meses de agosto, setembro, outubro e novembro. É mais frequente o consumo do medicamento em períodos letivos, especialmente no segundo semestre (BRASIL, 2012; SÃO PAULO, 2013; ESHER; COUTINHO, 2017).

A maior frequência de retirada do metilfenidato foi de um mês em todos os anos. Segundo Mattos, Rohde e Polanczyk (2012), para estabelecer que um indivíduo está em tratamento contínuo mesmo para metilfenidato de 10 mg, com administração de duas ou três vezes ao dia, por 22 dias por mês, este precisa fazer uso do medicamento durante um período de 10 meses no ano, já que a maioria dos usuários interrompe o uso durante o verão e aos fins de semana.

Os dados evidenciam que a frequência de retirada de metilfenidato por período de dez meses corresponde a 1 (0,9%) em 2014 e 10 (5,6%) em 2016 e onze

e doze meses 7 (3,9%) cada em 2015, demonstrando que a retirada do medicamento via SUS não ocorre de maneira contínua.

A interrupção do uso do medicamento nos finais de semana talvez possa ter indicação para aqueles casos em que os sintomas causam prejuízos mais intensos restritos ao ambiente escolar ou para adolescentes em que o controle sobre as drogas ilícitas são mais difíceis nos finais de semana. Já para as pausas durante as férias escolares, pode ocorrer quando o usuário está há cerca de um ano assintomático e com melhora importante da sintomatologia. Desse modo, suspende-se o uso da medicação para avaliar a necessidade da continuidade do tratamento (CORREIA FILHO; PASTURA, 2003). Em Moreira et al. (2017), 79,2% dos usuários de metilfenidato não interromperam o uso do medicamento nos finais de semana.

Em Vizotto e Ferraza (2017), 99% das crianças e adolescentes permaneceram em tratamento por um período de um a quatro anos de consumo do medicamento e, em menor proporção, por um período de cinco a oito anos. Moreira et al. (2017) relatam que 25% dos usuários de metilfenidato tiveram comportamento indicativo de alto grau de adesão porém, não explicita por quanto tempo, e a baixa adesão foi do tipo não intencional, ou seja, quando ocorre esquecimento ou descuido com o horário de administração do medicamento. A maior adesão é dos indivíduos que fazem uso apenas de metilfenidato.

A frequência da posologia de metilfenidato prescrito no estudo foi de um comprimido de 10 mg/dia, seguida de dois comprimidos 20 mg/dia, dosagens em conformidade com a preconizada pela literatura médica, que é em média 0,5 a 1 mg/kg/dia (ANDRADE; SCHEUER, 2004). Em São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde estipulou como dose máxima de metilfenidato 60 mg/dia (SÃO PAULO, 2013). Em Belo Horizonte/MG, a prescrição e a dispensação do metilfenidato, no ano de 2006, apresentou dosagens superiores a 30 mg/dia (PERINE et al., 2014). No Espírito Santo, o metilfenidato, entre os anos de 2009 e 2011, apresentou expressivo aumento no consumo após a sua dispensação via SUS (CALIMAN; DOMITROVIC, 2013).

O Metilfenidato, quando utilizado por crianças e adolescentes em processo de escolarização, tem seu uso reduzido no período de recesso, finais de semana e férias escolares, mas com consumo crescente ao longo do ano e conseqüente aumento nas épocas de maior reprovação escolar (BRASIL, 2012b; HARAYAMA et al., 2015).

Em Santos, Oliveira e Bianchini (2018), todos os profissionais da educação afirmaram que houve melhora na aprendizagem dos alunos após o uso de

metilfenidato. O neuropediatra relata melhora na atenção, em decorrência da melhora da memória, persistência, percepção, coordenação motora e capacidade interpretativa.

É recomendada a diminuição da dosagem do medicamento nos períodos em que não há atividade escolar, a fim de evitar o consumo abusivo (BRASIL, 2012b). Embora o metilfenidato seja eficaz e bem tolerado no tratamento do TDAH (ROCHA; DINIZ; HARA, 2006; ORTEGA et al., 2010), pode causar ou agravar distúrbios psiquiátricos como depressão e ideação suicida, o que pode ter contribuído para o óbito de cinco pacientes que estavam em tratamento no estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2013). O medicamento deve ser utilizado com cautela por possuir alto potencial de abuso e dependência (BRATS, 2014).

Os efeitos colaterais mais comuns do metilfenidato são: sonolência, enxaqueca, tontura, lentidão de movimentos, atraso no desenvolvimento, dores abdominais, náuseas, perda de apetite, insônia, irritabilidade, aumento da ansiedade e ganho de peso. Podem ocasionar ainda consequências mais graves como anorexia, taquicardia, hipertensão, psicose, dependência, distúrbios do sistema neurológico como discinesia, espasmos e contrações musculares involuntárias, acidente vascular encefálico, instabilidade emocional, depressão, pânico, hemiplegia, tentativa de suicídio, cefaleia, anorexia, efeito cardiovasculares, possível diminuição do crescimento, tiques, pesadelos, isolamento social, entre outras graves condições (CORREIA FILHO; PASTURA, 2003; ROCHA; DINIZ; HARA, 2006; ORTEGA et al., 2010; ITABORAHY; ORTEGA, 2013; SÃO PAULO, 2013; BRATS, 2014; MOREIRA et al., 2017).

Pode-se problematizar que essa “epidemia” de diagnósticos produz, na mesma escala, uma “epidemia” de tratamentos, muitos dos quais altamente prejudiciais à saúde, especialmente nos casos em que não seriam, de fato, necessários. Tal situação tornou-se vantajosa para a indústria farmacêutica, que nos últimos anos tem ampliado seu poder financeiro no campo da saúde (MOYSÉS, 2012; ORTEGA et al., 2010; SILVA et al., 2012; CALIMAN; RODRIGUES, 2014; GOMES; HENNING, 2015).

CONCLUSÃO

A caracterização da utilização de metilfenidato na realidade estudada de Cascavel/PR confirma o pressuposto de que o número de prescrição do metilfenidato tem aumentado, especialmente entre os escolares.

Houve aumento dos diagnósticos e prescrições em todos os anos, cuja maior ocorrência foi para o sexo masculino. O medicamento tem sido prescrito por médicos da atenção especializada e da atenção básica, especialmente para tratamento do TDAH, transtorno de ansiedade generalizada + TDAH e hiperatividade. As doses diárias possuem predominância de posologias de 10 e 20mg, com maior retirada do medicamento nos meses em que o período letivo escolar está terminando.

A farmácia pública de medicamentos especiais precisa elaborar propostas para dispensação do metilfenidato como forma de racionalizar o seu uso, uma vez que não estão claros os critérios diagnósticos de todos os usuários de metilfenidato, bem como a continuidade e a evolução do seu tratamento, o que remete a questionamentos, sobretudo em razão da baixa frequência de retirada do medicamento e dos possíveis efeitos fisiológicos pelo uso a curto prazo ou prolongado da medicação.

Diante da necessidade de respostas, novas pesquisas são necessárias a fim de executar as recomendações do Ministério da Saúde para a adoção de práticas não medicalizantes, bem como explicar como que, diante do crescente número de usuários de metilfenidato no ano de 2016, a quantidade de comprimidos dispensados foi menor que no ano de 2015 em que apresentava uma quantidade inferior de usuários; assim como caracterizar a origem das queixas pelas quais os usuários são encaminhados para consulta médica, seriam oriundas da escola, professores ou familiares?; estabelecer se a prescrição de metilfenidato ocorre na primeira consulta?; caracterizar aos usuários de metilfenidato do sistema privado uma vez que a vigilância sanitária do município não dispõe dessas informações; esclarecer porque os usuários realizaram a retirada do medicamento com frequência de apenas um mês e porque solicitaram o medicamento e não realizaram a sua retirada após autorização, estariam recusando a dispensação via SUS e optando pela aquisição do medicamento via sistema privado ou optaram por não aderir ao tratamento medicamentoso?

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, E. R.; SCHEUER, C. Análise da eficácia do metilfenidato usando a versão abreviada do questionário de conners em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, São Paulo, v. 62, n. 1, p. 81-85, mar. 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/2Dz5K05>>. Acesso em: 04 set. 2018.
- BRANT, L. C.; CARVALHO, T. R. F. Metilfenidato: medicamento gadget da contemporaneidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.16, n. 42, p. 623-636, set. 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2K6OKyJ>>. Acesso em: 12 abr. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**, Brasília, 2012a. Disponível em: <<https://bit.ly/1mTMIS3>>. Acesso em: 26 maio 2017.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim de Farmacoepidemiologia. **Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário**. Brasília, ano 2, n. 2, jul./dez., 2012b. Disponível em: <<https://bit.ly/2OERIAL>>. Acesso em: 5 jun. 2017.
- BRATS. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde. **Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**. Brasília, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2B2vori>>. Acesso em: 10 jun. 2017.
- CALIMAN, L. V.; DOMITROVIC, N. Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 879-902, set. 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2z97fhx>>. Acesso em: 12 abr. 2017.
- CALIMAN, L. V.; RODRIGUES, P. H. P. A experiência do uso de metilfenidato em adultos diagnosticados com TDAH. **Psicol. Estu**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 125-134, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n1/13.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.
- CAMARGOS JR. W.; NICOLATO, R. Características das prescrições no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **J. bras. psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 195-199, 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/2ROvCb6>>. Acesso em: 12 abr. 2017.
- CASCAVEL. Prefeitura Municipal de Cascavel, Paraná. **Assistência farmacêutica**. Cascavel, 2017. Disponível em: <<http://sesau.cascavel.pr.gov.br/assistfarmac.html>>. Acesso em: 11 ago. 2017.
- CASCAVEL. Prefeitura Municipal de Cascavel, Paraná. **Norma Operacional nº 44/2018 da Divisão de assistência farmacêutica sobre o protocolo de solicitação de medicamentos especiais**, Cascavel, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2z6KISq>>. Acesso em: 11 out. 2018.
- COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. **Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização**. Campinas: Cortez, 2011.

CORREIA FILHO, A. G. C.; PASTURA, G. ROHDE. As medicações Estimulantes. In: RHODE, L. A.; MATTOS, P. (Orgs.) **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artemed, 2003. Ap. 161-173.

ESHER, A.; COUTINHO, T. Uso racional de medicamentos, pharmaceuticalização e usos do metilfenidato. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2571-2580, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2zQCJZh>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

FONSECA, M. F. B. C.; MUSZKAT, M.; RIZUTTI, S. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade na escola: mediação psicopedagógica. **Rev. Psicopedagogia**, São Paulo, v. 29, n. 90, p. 330-339, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2PrOYGr>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n.1, p. 151-161, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

HARAYAMA, R. et al. Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade. **Nota técnica**: o consumo de psicofármacos no Brasil, dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados Anvisa (2007-2014). p. 2015-2025. Brasil, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2FtMGSm>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ensino - matrículas, docente e rede escolar**. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2qKpZPH>>. Acesso em: 2 out. 2017.

ITABORAHY, C.; ORTEGA, F. O metilfenidato no Brasil: uma década de publicações. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 803-816, mar. 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2B4Og9c>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

LEONARDO, N. S. T.; SUZUKI, M. A. Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores. **Fractal, Rev. Psicol**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 46-54, abr. 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2Pj0Ma0>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

LOUTFI, K. S.; CARVALHO, A. M. Possíveis interfaces entre TDAH e epilepsia. **J. bras. Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 146-155, 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/2PY7mpl>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

LOUZA, M. R.; MATTOS, P. Questões atuais no tratamento farmacológico do TDAH em adultos com metilfenidato. **J. bras. psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 56, supl. 1, p. 53-56, 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2JZr5A9>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

MATTOS, P.; ROHDE, L. A.; POLANCZYK, G. V. O TDAH é subtratado no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 513-514, dez. 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2qIEmUL>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

MEIRA, M. E. M. Para uma crítica da medicalização na educação. **Psicol. Esc. Educ**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 135-142, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2823/282323570014/>>. Acesso em: 20 maio 2017.

MOREIRA, M. T. et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: prevalência e uso de psicofármacos em crianças de um ambulatório no Sul de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis/SC, v. 46, n. 3, p. 106-117, set. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2qFle98>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

MOYSÉS, M. A. A. Não às drogas da obediência. **Metrópole**, Campinas, p. 10-11, 2012. Entrevista concedida a Karina Fusco. Disponível em: <<https://bit.ly/2TaAAjW>>. Acesso em: 20 maio 2017.

MUSZKAT, M.; MIRANDA, M.C.; RIZZUTTI, S. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. 3. vol. São Paulo: Coleção Educação e Saúde, 2011.

NIKOLOV, R.; JONKER, J.; SCAHILL, L. Autismo: tratamentos psicofarmacológicos e áreas de interesse para desenvolvimentos futuros. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 28, supl. 1, p. 39-46, May 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2K1faBz>>. Acesso em: 25 out. 2018.

OCCHI, N. L. O.; VIEIRA, G.L.; PALÁCIO, S. G. Efeitos do metilfenidato no desempenho motor em escolares entre 7 e 10 anos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **UneCesumar, VII Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica**, Maringá/PR, out. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2PSPU66>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

ORTEGA, F. et al. Ritalina no Brasil: produção, discurso e práticas. **Interface - Comunic., Saude, Educ**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 499-510, jul./set, 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/2OH4yZE>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

PALÁCIO, S. G.; OCHI, N. O.; VIEIRA, G. L. Efeitos do metilfenidato no desempenho motor de crianças com TDAH. **UneCesumar, VII Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica**, Maringá/PR, out. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2FlwIPF>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

PASSOS, R. B. F.; LOPEZ, J. R. R. A. Síndrome de Gilles de la Tourette associada ao transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: resposta clínica satisfatória a inibidor seletivo da recaptura de serotonina e metilfenidato. **J. bras. psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 160-162, 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/2QDTYEs>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

PEIXOTO, A. L. B.; RODRIGUES, M. M. P. Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. **Aletheia**, Canoas, n. 28, p. 91-103, dez. 2008. Disponível em <<https://bit.ly/2B4al7O>>. Acesso em: 3 out. 2018.

PEREZ, E. B. et al. Comorbilidad trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y epilepsia. **REV MED HONDUR**, México, v. 78, n. 2, p. 83-90, 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/2QCilbS>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

PERINI, E. et al. Prescription, dispensation and marketing patterns of methylphenidate. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 873-880, Dec. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2z8wfpq>>. Acesso em: 5 set. 2018.

POLI NETO, P.; CAPONI, S. N. C. A medicação da beleza. **Interface - Comunic., Saude, Educ**, v. 11, n. 23, p. 569-84, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a12v1123.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2OH2914>>. Acesso em: 4 mar. 2017.

RIBEIRO, M. I. S. **A medicalização na escola: uma crítica ao diagnóstico do suposto transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)**. 2015. 268f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2OBhKiB>>. Acesso em: 5 jun. 2017.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

ROCHA, F. L.; MALLOY-DINIZ, L. F.; HARA, C. Emprego de metilfenidato para o tratamento de déficit cognitivo em paciente com sequela de traumatismo cranioencefálico. **J. bras. Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 78-81, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2DgSmfQ>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

SANTOS, R. L.; OLIVEIRA, F. N.; BIANCHINI, L. G. B. Medicalização da aprendizagem e resiliência: significações produzidas na escola. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 13, n. 4, p. 1792-1813, out./dez. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2PSOoAW>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Núcleo de Farmacovigilância do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Alerta terapêutico em farmacovigilância 01/2013 - Metilfenidato: indicações terapêuticas e reações adversas**. São Paulo, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2QK35ne>>. Acesso em: 30 out. 2018.

SIGNOR, R. C. F.; BERBERIAN, A. P.; SANTANA, A. P. A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/aprendiz. **Educ. Pesqui**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 743-763, set. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2B2vori>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

SOUZA, I. G. S. et al. Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. **J. bras. Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 56, supl. 1, p. 14-18, 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2zOEN4c>>. Acesso em: 5 set. 2018.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1. ed. 22. reimpr. São Paulo: Atlas, 2013.

VIZOTTO, L. P.; FERRAZZA, D. A. A infância na berlinda: sobre rotulações diagnósticas e a banalização da prescrição de psicofármacos. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 22, n. 2, p. 214-224, jun. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2zNpk4n>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

WANNMACHER, L. A ética do medicamento: múltiplos cenários. **Organização Mundial da Saúde**, Brasília, v. 4, n. 8. p. 1-6, jul, 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2PnrjqB>>. Acesso em: 11 set. 2018.

APÊNDICE A
ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

Pesquisa: Utilização de metilfenidato no município de Cascavel/PR

Pesquisadores responsáveis: Profa. Dra. Rosa Maria Rodrigues, Profa. Dra. Solange de Fátima Reis Conterno, Mestrando Maycon Hoffmann Cheffer

1- Nome do usuário:

2- Gênero: M () F ()

3- Idade: _____

4- Unidade de saúde do sujeito: _____

5- Serviço de saúde responsável pelo encaminhamento: _____

6- Diagnóstico: _____

7- História clínica: _____

8- Quantidade de medicamento dispensado: _____

9- Quantidade de medicamento prescrito: _____

10- Tempo de uso do medicamento: _____

11- Outras medicações retiradas no mesmo

protocolo _____

12- Especialidade médica que prescreveu: _____

ANEXO A

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: USO DE METILFENIDATO EM ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL

Pesquisador: Solange de Fátima Reis Conterno

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 53133416.6.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.042.533

Apresentação do Projeto:

USO DE METILFENIDATO EM ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL

Objetivo da Pesquisa:

Identificar quantos sujeitos em idade escolar fazem uso de metilfenidato no município de Cascavel através do controle de dispensação da farmácia básica do município;

- Traçar o perfil dos usuários considerando diagnóstico, idade, tempo de consumo, e quantidade de consumo;
- Comparar o número de prescrição e dispensação do Metilfenidato do município com os números nacionais

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Devidamente especificado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está em acordo com parâmetros éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão corretamente apresentados. A pesquisa dispensa TCLE, o que está devidamente justificado.

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Telefone: (45)3220-3272

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.042.533

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_879108_E1.pdf	07/04/2017 10:59:45		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_ATUALIZADA.pdf	07/04/2017 10:25:34	Solange de Fátima Reis Conterno	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA_AMPLIADO.pdf	09/03/2017 15:48:38	Solange de Fátima Reis Conterno	Aceito
Outros	LATTES_PESQUISADOR_2.pdf	09/03/2017 15:42:31	Solange de Fátima Reis Conterno	Aceito
Outros	LATTES_PESQUISADOR_1.pdf	09/03/2017 15:37:46	Solange de Fátima Reis Conterno	Aceito
Outros	SOLICITACAO_EMENDA_PROJETO.pdf	09/03/2017 15:36:23	Solange de Fátima Reis Conterno	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA_DADO.pdf	09/03/2017 15:10:20	Solange de Fátima Reis Conterno	Aceito
Outros	LIBERACAO_CAMPO_PESQUISA.pdf	09/03/2017 15:07:32	Solange de Fátima Reis Conterno	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_USO_DADOS_ARQUIVOS.pdf	09/03/2017 15:06:50	Solange de Fátima Reis Conterno	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_NAO_INICIO_PESQUI SA.pdf	09/03/2017 15:06:23	Solange de Fátima Reis Conterno	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	09/03/2017 15:05:54	Solange de Fátima Reis Conterno	Aceito
Outros	FOLHA_LATTES.pdf	07/02/2016 15:57:12	Solange de Fátima Reis Conterno	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.042.533

CASCADEL, 02 de Maio de 2017

Assinado por:
Fausto José da Fonseca Zamboni
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Telefone: (45)3220-3272

CEP: 85.819-110

Município: CASCADEL

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

ANEXO B

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CASCAVEL – PR SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESPECIAIS (NÃO PADRONIZADOS)

DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

Nome:		
Data de nascimento:	Sexo:	Telefone:
Endereço:		
Nome da mãe:		
Unidade responsável pelo encaminhamento:		
Profissional responsável pelo encaminhamento:		

DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELO MEDICO ASSISTENTE:

MEDICAMENTOS (NOME GENÉRICO)	CONCENTRAÇÃO	POSOLOGIA
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE:		
PACIENTE REALIZOU TRATAMENTO PRÉVIO OU ESTÁ EM TRATAMENTO DA DOENÇA?		
JUSTIFICATIVA PARA PRESCRIÇÃO DO(S) MEDICAMENTO(S) NÃO PADRONIZADOS.		
CID:	ASSINATURA E CARIMBO	
DIAGNÓSTICO:		
DATA DA SOLICITAÇÃO:		

DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELA FARMÁCIA DE MEDICAMENTOS ESPECIAIS:

OSERVAÇÃO:	ASSINATURA E CARIMBO
DATA DE AUTORIZAÇÃO:	

RECIBO MEDIANTE RECEITA MÉDICA:

DATA	MEDICAMENTO ENTREGUE	QUANTIDADE	ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL

1° VIA DO SERVIÇO DE REFERÊNCIA

2° VIA DO PACIENTE

ANEXO C



REVISTA ORBIS LATINA
ISSN: 2237 6976







CAPA SOBRE ACESSO CADASTRO PESQUISA ATUAL ANTERIORES

Capa > v. 8, n. 2 (2018) > Cheffer

[Baixar este arquivo PDF](#)

Página: 1 de 23 100%



REVISTA ORBIS LATINA
ISSN: 2237 6976



página 74

O METILFENIDATO EM ESTUDOS PUBLICADOS NO BRASIL

THE METHYLPHENIDATE IN STUDIES PUBLISHED IN BRAZIL

Maycon Hoffmann Cheffer^{*}

Rosa Maria Rodrigues^{**}

Solange de Fátima Reis Conterno^{***}

RESUMO

Nos últimos anos tem-se evidenciado o aumento da comercialização e uso de medicamentos das mais variadas formulações para tratar todo e qualquer distúrbio, seja ele biológico ou social. O uso excessivo de medicamentos tem gerado um fenômeno crescente caracterizando como medicalização da vida, movimento que afeta diretamente o modo de ser e agir dos indivíduos.

OPEN JOURNAL SYSTEMS

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO

Login

Senha

Lembrar usuário

NOTIFICAÇÕES

- [Visualizar](#)
- [Assinar](#)

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Escopo da Busca

Procurar

- [Por Edição](#)
- [Por Autor](#)
- [Por título](#)
- [Outras revistas](#)

TAMANHO DE FONTE

ANEXO D

Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde

CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL ANTERIORES NOTÍCIAS PORTAL DE PERIÓDICOS DA
UNIARP PORTAL UNIARP DIRETRIZES PARA AUTORES

[OPEN JOURNAL SYSTEMS](#)

Capa > Usuário > Autor > **Submissões Ativas**

IDIOMA



[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO

Logado como:

mayconcheffer

- [Meus periódicos](#)
- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

NOTIFICAÇÕES

- [Visualizar](#)
- [Gerenciar](#)

AUTOR

Submissões

- [Ativo \(1\)](#)
- [Arquivo \(0\)](#)
- [Nova submissão](#)

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Escopo da Busca

Todos ▼

Procurar

- [Por Edição](#)
- [Por Autor](#)
- [Por título](#)
- [Outras revistas](#)

Submissões Ativas

ATIVO ARQUIVO

ID	MM-DD ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
1907	30-01	ART	Cheffer, Rodrigues, Conterno,...	UTILIZAÇÃO DE METILFENIDATO POR USUÁRIOS DO SISTEMA...	Aguardando designação

1 a 1 de 1 itens

Iniciar nova submissão

[CLIQUE AQUI](#) para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

ISSN: 2238-832X

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP)
Rua Victor Baptista Adami, 800 - Centro
CEP: 89500-000 - Cx. Postal 232 - Fone: (49) 3561-6200
E-mail: uniarp@uniarp.edu.br

Copyright © 2010 UNIARP. Todos os direitos reservados.