

Prescrição de Metilfenidato: justificativas e história clínica

Prescription of methylphenidate: justifications and clinical history

Maycon Hoffmann Cheffer¹, Rosa Maria Rodrigues², Solange de Fátima Reis Contorno³, Mateus Schmitz Ramalho de Oliveira⁴

RESUMO

A prescrição de metilfenidato tem aumentado significativamente para tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, este caracterizado por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade que acomete principalmente crianças e adolescentes em idade escolar, interferindo no funcionamento e/ou no desenvolvimento cognitivo. O objetivo desse artigo é descrever quais as justificativas e histórias clínicas utilizadas pelos médicos ao realizarem a prescrição de metilfenidato. Trata-se de um estudo descritivo, com fontes documentais, de caráter quantitativo sobre a prescrição de metilfenidato via Sistema Único de Saúde em um município da região Oeste do Paraná. As justificativas relatadas para a prescrição tem sido realizada com maior frequência para indivíduos que não apresentaram melhora clínica ao uso de outros medicamentos e para aqueles que já estão em tratamento. Quanto a história clínica os motivos elencados com maior frequência foram para tratamento do TDAH, Hiperatividade e Déficit de atenção. Se faz necessário a criação de políticas públicas a fim de evitar a prescrição exacerbado de metilfenidato bem como, consequências indesejadas na saúde de indivíduos que, de fato, possam não possuir o transtorno.

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

ABSTRACT

The prescription of methylphenidate has increased significantly for the treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, which is characterized by a persistent pattern of inattention and/or hyperactivity and impulsivity that mainly affects school-age children and adolescents, interfering in functioning and/or cognitive development. The purpose of this article is to describe the justifications and clinical histories used by physicians when prescribing methylphenidate. This is a descriptive study, with documentary sources, of a quantitative nature, on the prescription of methylphenidate via the Unified Health System (Sistema Único de Saúde) in a municipality in the western region of Paraná. The justifications reported for the prescription have been performed more frequently for individuals who did not show clinical improvement from the use of other medications and for those who are already undergoing treatment. As for the clinical history, the reasons listed most frequently were for the treatment of ADHD, Hyperactivity, and Attention Deficit. It is necessary to create public policies to avoid the exacerbated prescription of methylphenidate, as well as undesired consequences on the health of individuals who, in fact, may not have the disorder.

Keywords: Medicalization. Methylphenidate. Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

¹ Mestre em Biociências e Saúde. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9361-0152>. E-mail: mayconcheffer@hotmail.com

²Doutora em educação. Docente do programa de mestrado em Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná -Unioeste. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7047-037X>

³Doutora em educação. Universidade Estadual do Oeste do Paraná -Unioeste. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2493-8071>

⁴Residente em Clínica médica na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3117-6776>

1. INTRODUÇÃO

O baixo rendimento escolar dos alunos brasileiros tem tomado parte do debate no campo educacional apresentando diferentes encaminhamentos para o problema, ganhando força a ideia de que a não aprendizagem escolar é resultado de seus problemas de saúde. A busca de causas físicas ou de saúde para os problemas de aprendizagem tem sido denominada como medicalização dos problemas escolares, ou seja, o processo por meio do qual, problemas que fazem parte do cotidiano dos indivíduos são transformados em problemas médicos, convertendo elementos de origem social e política em questões biológicas, próprias de cada indivíduo (COLLARES; MOYSES, 2021).

Dentre os possíveis problemas de aprendizagem identificados, destaca-se o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), caracterizado por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento cognitivo. A desatenção manifesta-se como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco, desorganização e não constitui consequência de desafio ou falta de compreensão. A hiperatividade refere-se a atividade motora excessiva quando não apropriado ou remexer, provocar ruídos ou conversar em excesso. Nos adultos, a hiperatividade se manifesta como inquietude e incômodo com a presença de demais sujeitos ao desempenhar suas atividades. A impulsividade refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação, resultando em elevado potencial para danos à pessoa (DSM 5, 2014).

O TDAH não se relaciona exclusivamente a crianças com transtorno de atenção. Atualmente existe um amplo arsenal terapêutico embasado na neurofisiopatologia da tríade dos sintomas: desatenção, hiperatividade e impulsividade. A desatenção estaria ligada ao processamento ineficiente de informações no córtex pré-frontal dorsolateral, região do cérebro que envolve muitos transtornos psiquiátricos que compartilham os sintomas de disfunção executiva, não apenas o TDAH, mas também a esquizofrenia, a depressão, a mania, a ansiedade, a dor e os transtornos do sono e da vigília. A hiperatividade poderia ser modulada pelo córtex motor pré-frontal e a impulsividade, pelo córtex orbitofrontal, região que também está relacionada a outros transtornos psiquiátricos que costumam ser comórbidos com o TDAH, como o transtorno de conduta, os transtornos desafiador e de oposição, e o transtorno bipolar (STAHL, 2014).

O metilfenidato tem sido o medicamento de primeira escolha para o tratamento do TDAH. Trata-se de uma substância psicoativa do grupo das anfetaminas podendo causar dependência, à medida que o organismo identifica a substância como indispensável. Atualmente é vendido no Brasil com os nomes comerciais Ritalina® e Concerta®, sua prescrição está condicionada ao preenchimento da receita de bloco amarelo, disponibilizado pela Vigilância Sanitária, com validade de 30 dias para ser retida na farmácia, a qual deve encaminhar às autoridades sanitárias relatórios mensais, trimestrais e anuais de compra e venda do medicamento (ITABORAHY; ORTEGA, 2013).

O crescimento das prescrições e o aumento das vendas de metilfenidato estão associadas diretamente com o diagnóstico de TDAH e a divulgação do medicamento (ITABORAHY; ORTEGA, 2013; VIZOTTO; FERRAZZA, 2017). Tal disseminação de informações contribuem na maneira como os médicos prescrevem o tratamento do TDAH, muitos apresentam desinteresse em avaliar a história da criança e da família, secundarizando a clínica da observação e da escuta do sofrimento psíquico e emocional para investir em pesquisas e explicações em que, os desequilíbrios neuroquímicos justifiquem as intervenções psicofarmacológicas (VIZOTTO; FERRAZZA, 2017).

O uso do metilfenidato, a longo prazo pode afetar o desenvolvimento cognitivo, motor e emocional dos usuários. Tem como efeitos colaterais mais comuns: insônia, enxaqueca, dor de estômago, tonturas, euforia, “olhar parado”, desinteresse, irritabilidade, cefaleia, comportamento agressivo, anorexia, disfunção hepática, efeitos cardiovasculares, e possível diminuição do crescimento (ITABORAHY; ORTEGA, 2013; ORTEGA et al., 2010).

Ao usar a medicação para solucionar problemas do processo educacional, e ao controle em sala de aula, há uma ruptura das reflexões críticas sobre as prescrições de medicamentos e diagnósticos realizados em larga escala, além disso, corre-se o risco de naturalizar que toda criança em fase escolar apresente, de forma demasiada, aspectos psicopatológicos que necessitam de medicação, acarretando assim o silenciamento químico das dificuldades e diferenças dos sujeitos, reforçando que a medicação seria necessária para o ajuste dos diferentes ao ambiente escolar (VIZOTTO; FERRAZZA, 2017).

Como resultado da evidência de comportamentos mais ativos, novo padrão de atenção dos sujeitos e a necessidade da escola dar resposta à sociedade quanto ao processo de aprendizagem, a utilização de medicação para amenizar os “sintomas” do não aprender tem aumentado significativamente nos últimos anos, especificamente, a

prescrição de metilfenidato. Desse modo, questiona-se quais são as informações elencadas pelos médicos para realizarem a prescrição de metilfenidato em crianças e adolescentes. Diante disso, o estudo tem como objetivo descrever quais as justificativas e histórias clínicas utilizadas por médicos ao realizarem a prescrição de metilfenidato pelo Sistema Único de Saúde em um município da região Oeste do Paraná. Pressupõe-se que muitas histórias e justificativas para a prescrição de metilfenidato apresentam associação direta com comorbidades e problemas diretamente ligadas ao transtorno de TDAH e das dificuldades de aprendizagem.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo descritivo, com fontes documentais, de caráter quantitativo cujas variáveis foram a justificativa e história clínica que médicos consideraram para a realização da prescrição de metilfenidato via SUS em um município da região Oeste do Paraná, que possuía em 2017, uma população estimada de 319.608 habitantes (IBGE, 2017).

Todo metilfenidato prescrito pelo SUS é dispensado no município, exclusivamente no protocolo de medicamentos especiais, local do estudo, vinculada ao setor de Divisão de Assistência Farmacêutica, criado em 2009. Neste local estão arquivados os protocolos de solicitação dos medicamentos, os quais foram a fonte dos dados deste estudo, cujos sujeitos eram usuários do SUS no município que se dirigiram ao protocolo de medicamentos especiais para acessar o metilfenidato.

Os dados foram coletados no período de maio a junho de 2017 e 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 protocolos de solicitação do medicamento contendo os dados pesquisados foram arquivados nesta farmácia. Períodos anteriores a 2014 foram enviados para o arquivo central da Prefeitura Municipal e não estavam acessíveis para consulta.

Os dados foram sistematizados em tabelas de frequências absolutas e relativas do *Microsoft Excel* 2016 e a análise se amparou na produção científica da área, a qual tem desenvolvido estudos acerca do aumento do uso de metilfenidato.

O estudo foi autorizado pela instituição, bem como aprovado pelo Parecer 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.

3. RESULTADOS

O protocolo de medicamentos especiais disponibiliza apenas metilfenidato na forma farmacêutica de comprimidos de liberação imediata com posologia de 10 mg cada.

Em 2014, 2015 e 2016 na respectiva ordem havia 110 (97,3%), 173 (97,2%) e 174 (87,9%) usuários de metilfenidato com idade entre seis a 18 anos e três (2,7%), cinco (2,8%) e nove (4,5 %) com idade igual ou superior a 18 anos. Outros indivíduos 15 (7,6%) referente ao ano de 2016 não tiveram sua idade preenchida no protocolo

A tabela 1 revela que a justificativa para prescrição do metilfenidato, obteve maior frequência em outras variáveis em que o TDAH não foi elencado como a justificativa central para a prescrição do medicamento, foram elas: não apresentou melhora clínica a outros medicamentos, usuário já está em tratamento com o medicamento, melhora clínica e justificativa não preenchida. Entende-se por justificativa o motivo pelo qual o médico está prescrevendo o medicamento e/ou o motivo pelo qual o usuário necessita de tal intervenção medicamentosa.

Tabela 1. Distribuição do uso do metilfenidato no período de 2014 a 2016, segundo a justificativa. Cascavel/PR, 2017.

Justificativa	2014		2015		2016		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
NAMCAOM*	50	44,2	105	59	109	55,1	264	52,8
Em tratamento	14	12,4	7	3,9	18	9,1	39	8,5
Melhora clínica	13	11,5	14	7,9	11	5,6	38	8,3
Justificativa não preenchida	8	7,1	12	6,8	17	8,6	37	7,5
Medicamento de 1ª escolha	3	2,7	9	5,1	12	6,1	24	4,6
TDAH	6	5,3	7	3,9	8	4	21	4,4
Prescrito pelo especialista	5	4,4	8	4,5	8	4	21	4,3
Ausência de similar na rede	7	6,1	7	3,9	5	2,5	19	4,2
Déficit de atenção	3	2,7	3	1,7	4	2	10	2,1
Hiperatividade	3	2,7	2	1,1	-	-	5	1,3
Outros**	1	0,9	4	2,2	6	3	11	2,0
Total	113	100	178	100	198	100	489	100

Fonte: Dados coletados na pesquisa, 2017.

* Não apresentou melhora clínica a outros medicamentos

**Incluem: Atraso desenvolvimento neuropsicomotor, baixo desempenho escolar, melhorar o desempenho escolar, dificuldade de aprendizagem, doença crônica, intolerância a cápsula, prescrito pelo psiquiatra,

sequela de prematuridade, sequela de doença inflamatória do SNC e surdez congênita, vai iniciar o tratamento.

Visualizando as justificativas da prescrição, ao que parece, não há um diagnóstico preciso e protocolar, a evidência disso é adotar uma declaração geral/generalista, “Não apresentou melhora clínica a outros medicamentos”, o que pode sugerir que a prescrição não é feita nesse momento com base em análise do comportamento, mas sim com base em outro medicamento que não deu certo ou faltam elementos ao prescritor para realizar um diagnóstico. Diante disso, a prescrição do medicamento pode estar ocorrendo com a justificativa do indivíduo já possuir prescrição anterior realizada por um especialista ou que o medicamento é a primeira escolha para realizar o tratamento.

A justificativa de “Não apresentou melhora clínica a outros medicamentos”, também pode indicar que os médicos tentaram alguma alternativa antes de realizar a prescrição de metilfenidato, o que pode sugerir que, na rede pública, o uso tem sido uma escolha secundária, em face da utilização anterior de alguma outra possibilidade terapêutica. Desse modo, é necessária maior clareza no preenchimento do protocolo, principalmente no que se refere às informações que justifiquem a prescrição do medicamento.

No processo de justificativas para a prescrição do medicamento não há uma predominância do diagnóstico indicativo de TDAH, mas sim da não melhora clínica a outros medicamentos. O que pode indicar que há um cuidado com a prescrição, pois a medicação não está disponível em qualquer lugar. O fato do médico ter que justificar a utilização do medicamento, pode fazer com que ele tente antes alguma alternativa e, só depois com a não melhora e com um olhar mais atento para as características comportamentais do sujeito, ele adentre com a prescrição.

A tabela 2 indica que a história clínica mais frequente para a prescrição de metilfenidato foi para tratamento do TDAH, hiperatividade, Déficit de Atenção e Ansiedade + TDAH, as demais histórias podem estar associadas a outras comorbidades relacionadas ao TDAH.

Ao interpretar a história clínica descrita evidencia-se que, ao contrário das justificativas que apresentavam uma caracterização geral/generalista, as histórias passaram a ter descrições mais objetivas, o que pode sugerir que o médico realizou uma análise clínica sobre o comportamento do indivíduo. Desse modo, entende-se que a história clínica representada pelos médico diz respeito a “vida pregressa” do indivíduo, as características e comportamentos que o indivíduo expressa.

Chama a atenção o total de 23 (4,1%) sujeitos, nos três anos que não tiveram a história clínica preenchida (justificativa não preenchida). Embora o percentual não seja elevado, do ponto de vista de quem recebe a medicação, pode significar desde o uso adequado até o uso desnecessário ou mesmo indevido.

Tabela 2. Distribuição dos usuários de metilfenidato no período de 2014 a 2016, de acordo com a **história** clínica. Cascavel/PR, 2017.

História Clínica	2014		2015		2016		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
TDAH	63	55,8	91	51,1	103	52	257	53
Hiperatividade	23	20,3	17	9,6	10	5,1	50	11,7
Déficit de atenção	8	7,1	15	8,4	14	7,1	37	7,5
Ansiedade + TDAH	4	3,5	18	10,1	21	10,6	43	8,1
Justificativa não preenchida	1	0,9	7	3,9	15	7,6	23	4,1
Ansiedade	1	0,9	10	5,6	8	4	19	3,5
Ansiedade + Hiperatividade	3	2,6	3	1,7	11	5,6	17	3,3
Dificuldade de aprendizagem	5	4,4	7	3,9	1	0,5	13	2,9
Transtorno de conduta opositor	2	1,8	2	1,1	4	2	8	1,6
Atraso DNPM*	1	0,9	3	1,7	3	1,5	7	1,4
Outros**	2	1,8	5	2,9	8	4	15	2,9
Total	113	100	178	100	198	100	489	100

Fonte: Dados coletados na pesquisa, 2017.

* Atraso desenvolvimento neuropsicomotor.

**Incluem: Agressividade, anoxia neonatal, autismo, bipolar, compulsão alimentar, déficit intelectual, dificuldade de adaptação ao ambiente escolar, dislexia, epilepsia, síndrome de Down, síndrome de *la tourette* e transtorno de humor.

Com a análise da história clínica fica mais claro a razão pela qual ocorreu a prescrição de metilfenidato, pois o médico descreve o que ele vê na criança e ao receber o problema da escola/família, tendo a possibilidade de intervir farmacologicamente, ele o faz.

4. DISCUSSÃO

No trabalho de Arruda (2011), somente $\frac{1}{4}$ das crianças e adolescentes que utilizavam medicação para tratamento do TDAH, preenchiam adequadamente os critérios de diagnóstico do DSM-IV, 60% dos indivíduos nem sequer tinham sido diagnosticados.

No Brasil, o consumo de metilfenidato cresce a cada ano, em 2000 foram vendidas 70 mil caixas e em 2010, 2 milhões (MOYSÉS, 2012). Entre 2002 e 2006, a produção brasileira aumentou de 40 Kg para 226 Kg (FINGER; SILVA; FALAVIGNA, 2013).

O aumento da Venda de metilfenidato pode estar associado ao aumento de pacientes diagnosticados com TDAH, aumento do uso em adultos, erro no diagnóstico de TDAH, prescrição indevida, falta de diretrizes médicas adequadas à prescrição e solicitações de pais e educadores para melhorar o desempenho acadêmico (PASTORELLO et al., 2016).

No cenário nacional, entre outubro de 2007 e julho de 2014, período em que a Anvisa divulgou os últimos dados sobre a venda de metilfenidato, houve um crescimento contínuo até o 1º semestre de 2013, depois um decréscimo devido a falta do composto que resultou no desabastecimento por problemas de importação e fabricação. Mesmo em queda houve um padrão nas vendas durante o restante do ano, com quedas acentuadas no período de recesso escolar nos meses de janeiro e dezembro e retorno com aumento até o mês de outubro (GOMES; GONÇALVES; SANTOS, 2019).

O aumento do consumo de metilfenidato colocou o país como o segundo maior consumidor do medicamento mundialmente, perdendo apenas para os Estados Unidos (MOYSÉS, 2012).

Do ponto de vista das manifestações físicas, o TDAH tem seu início por volta dos seis anos, possivelmente relacionado com anormalidades dos circuitos do córtex pré-frontal quando as sinapses aumentam rapidamente e, depois, metade delas diminuem durante a adolescência ou permanecem com a fisiopatologia durante toda a vida. Desse modo, é possível explicar por que a prevalência do TDAH em adultos é menor da encontrada em crianças e adolescentes (STAHL, 2014). Em crianças, o TDAH costuma ser revelado pelo ingresso na escola, indicando a necessidade de atendimento especializado, que acarreta na medicalização como principal meio de solucionar o problema (SANTOS; OLIVEIRA; BIANCHINI, 2018).

Em termos de transmissão sinápticas quando a noradrenalina e a dopamina estão baixas, a força do impulso no córtex pré-frontal é reduzida, e em termos comportamentais pode resultar em uma pessoa agitada, que não consegue ficar sentada nem focar a atenção. Para reestabelecer esses sintomas, é necessário incrementar o estimulante que irá aumentar a liberação de dopamina e noradrenalina permitindo que o impulso cortical pré-frontal seja reestabelecido e o indivíduo consiga sentar-se quieto e focar (STAHL, 2014). Essa ação medicamentosa necessita de cautela, uma vez que se tem especulado

que o aumento desnecessário da dopamina durante a infância pode alterar o desenvolvimento cerebral (MOYSÉS; COLLARES, 2010).

Quando a desatenção passa a ser um sintoma proeminente do TDAH, ela permanece durante toda a vida, já a hiperatividade diminui durante a adolescência e na vida adulta, enquanto a frequência de comorbidades em adultos com TDAH cresce (STAHL, 2014).

O diagnóstico do TDAH, tem alta prevalência em crianças e adolescentes e alta associação com comorbidades psiquiátricas, déficits cognitivos globais, transtornos invasivos do desenvolvimento e do aprendizado, transtorno desafiador de oposição, transtorno de conduta, retardo mental leve, distúrbio de linguagem, transtorno de ansiedade, epilepsia, transtornos de humor, e transtorno bipolar, distúrbios do sistema digestivo, autismo, distúrbios do sistema cardiovascular e respiratório e depressão que agravam os quadros de TDAH (SOUZA et al., 2007; PEIXOTO; RODRIGUES, 2008; CALIMAN; DOMITROVIC, 2013; LEONARDO; SUZUKI, 2016; MOREIRA et al., 2017).

Acredita-se que 50% de todos os adolescentes ou crianças com TDAH sejam diagnosticados e tratados, enquanto menos de um em cada cinco adultos é diagnosticado e tratado. Sugere-se que o TDAH, com início depois dos sete anos apresente comorbidades psiquiátricas, prejuízo funcional e transmissão familiar semelhantes aos do TDAH com início precoce diagnosticados anteriormente aos sete anos. Nos adultos há um aumento das taxas de comorbidades com o decorrer do tempo, comorbidades que até então passavam despercebidas nas crianças, ou mesmo de que o TDAH nunca foi diagnosticado em pacientes que apresentem ansiedade ou dificuldades de aprendizagem (STAHL, 2014).

A idade de diagnóstico do TDAH tem sido ampliada da faixa de seis a 12 anos para quatro a 18 anos, como se não bastasse a orientação para o tratamento precoce com metilfenidato passou para os quatro e cinco anos de idade em que, crianças com diagnóstico questionável podem iniciar tratamento diretamente com metilfenidato sem fazer uso de outros tratamentos como terapias comportamentais (COELHO et al., 2014).

Crianças encaminhadas por pais e por professores com alto grau de suspeita do diagnóstico de TDAH podem, em sua maioria, ser diagnosticadas e tratadas por um período com uso de estimulante e, em geral, não apresentar qualquer comorbidade. Já os adultos apresentam, em sua maioria, uma condição comórbida que é o foco do tratamento, e não o TDAH. Desse modo, o tratamento em adultos pode priorizar outras

condições com relação ao TDAH, a ponto do próprio transtorno nunca ser formalmente diagnosticado, nem especificamente tratado (STAHL, 2014).

Casos em que crianças e adolescentes não são submetidos à uma classificação diagnóstica de TDAH, não evitam as possibilidades de escaparem da prescrição da medicação psicofarmacológica. A maioria, ou quase todas as crianças medicadas pelos serviço de saúde são submetidas à prescrição já na primeira consulta, e estão entre a faixa etária de sete a oito anos, período que coincide com o momento de início da escolarização e alfabetização. Na falta de diagnósticos precisos de TDAH, as prescrições são remetidas para tratamento dos supostos transtornos de aprendizagem (VIZOTTO; FERRAZZA, 2017).

Outra situação é quando os diagnósticos são realizados de modo precipitado, sem fundamentação e critérios, ou o sujeito já vem com um diagnóstico predefinido pela escola para que a medicação seja prescrita a fim de contornar a indisciplina e a não submissão às normas de comportamento desejadas pela escola (VIZOTTO; FERRAZZA, 2017). Os diagnósticos predefinidos assim como, as justificativas de que os usuários já estão em tratamento com o medicamento, que não apresentaram melhora clínica a outros medicamentos, que não existe um medicamento similar na rede de saúde que possa ser usado, que a medicação é a primeira escolha para tratamento ou que o especialista já havia prescrito, contribuem para que ao chegarem tais informações aos médicos prescritores haja a reprodução de prescrições baseadas em informações genéricas sem, de fato, avaliar as manifestações comportamentais que o sujeito apresenta.

Para Carneiro (2014), os diagnósticos de TDAH e a prescrição incorreta de medicamento tendem a ocorrer devido às dificuldades de aprendizagem, à indisciplina e atividade excessiva apresentada por muitas crianças em idade escolar, as quais são erroneamente identificadas pelos professores e profissionais sem o devido conhecimento. Oliveira et al (2017) observaram que existe uma sazonalidade bimestral no aumento da dispensação pública de metilfenidato nos meses de fevereiro e abril consequente aos períodos letivos de início do semestre letivo e aos calendários de provas.

A divulgação de informações disseminadas pelos laboratórios farmacêuticos ao público em geral e aos médicos veiculam informações com a finalidade de justificarem e propagarem que o medicamento é necessário para a intervenção em comportamentos escolares considerados inadequados, solucionando problemas de aprendizagem de diferentes ordens, os quais são traduzidos frequentemente pelo diagnóstico de TDAH. Nessa perspectiva, as crianças encaminhadas já possuem um destino traçado, a

contenção química, ao usarem metilfenidato que age como um dispositivo que amordaça subjetividades consideradas fora dos padrões (VIZOTTO; FERRAZZA, 2017).

Para pedagogos e professores, as características atribuídas aos sujeitos com TDAH são expressas por comportamentos inadequados às condições de aprendizagem, são desorganizados, falam o tempo todo, falta de interesse, agitação, sem limites, não prestam atenção, são agressivas, distraídas, barulhentas, atrapalham e são irritadas. Ao serem encaminhadas para o neuropediatra, o perfil desses alunos é convertido em ansiedade, manias, dificuldade de lidar com frustração, problemas relacionados à inadequação social, comportamentos antissociais, o que pode revelar características de que todos os problemas/distúrbios são de ordem biológica, e que podem ser melhorados com a prescrição do medicamento (SANTOS; OLIVEIRA; BIANCHINI, 2018).

Em crianças que utilizam o estimulante para resolver problemas escolares de comportamento, atenção e concentração, os professores evidenciam que às vezes, a medicina não tem posições claras e definidas a respeito dos diagnósticos que vem realizando e, se tais problemas estão relacionadas a questões orgânicas ou neurológicas, o medicamento deveria apresentar uma melhora significativa sobre o comportamento dos indivíduos, o que ocorre de maneira parcial, uma vez que, a causa dos problemas em muitos casos está relacionada ao contexto familiar (LEONARDO; SUZUKI, 2016).

Com o uso da medicação a curto prazo há a melhora na concentração e na disciplina em sala de aula, que ocorre ao custo do aluno se tornar apático e isolado do ambiente escolar e da relação com os colegas de sala, tais efeitos, a longo prazo do uso desses estimulantes são de dimensões desconhecidas e incertas, uma vez que é possível que os medicamentos estejam prejudicando aspectos importantes da infância, como o de se apropriar da qualidade nas suas relações pessoais ou sociais (LEONARDO; SUZUKI, 2016). Já em relação a aprendizagem dos alunos, os professores relatam, quando o diagnóstico realmente é de TDAH haver melhora com o uso do metilfenidato (SANTOS; OLIVEIRA; BIANCHINI, 2018).

Estudo mostrou que dois terços de todo o uso de estimulantes para TDAH são para pacientes com menos de 18 anos e um terço envolve adultos. As comorbidades como uso abusivo de substâncias, transtornos de ansiedade e estados bipolares podem limitar a utilidade e a tolerabilidade dos estimulantes no adulto portador de TDAH, podendo ser necessário aguardar a melhora dos transtornos. Já em crianças, muitas são tratadas inicialmente para o TDAH sem avaliar as possíveis comorbidades, até que deixam de responder de modo adequado ao tratamento com o estimulante (STAHL, 2014).

A comunidade científica admite que o medicamento possui o mesmo mecanismo de ação de drogas como a cocaína, promovendo a curto prazo, sensação de bem-estar e melhora no rendimento do indivíduo; a dependência pelo uso faz com que essa comunidade não considere a dimensão das consequências futuras desses alunos medicados no qual, muitas vezes, seu consumo não está atrelado apenas a melhora da aprendizagem e do comportamento do aluno, visa também responder as necessidades ideológicas ou de outra ordem (LEONARDO; SUZUKI, 2016; VIZOTTO; FERRAZZA, 2017).

O consumo de metilfenidato em altas doses, ou se injetada ou inalada, é tão aditiva quanto a cocaína e à medida que o cérebro se adapta à presença contínua do medicamento, afeta áreas cerebrais responsáveis pela memória, aprendizagem e julgamentos. A procura pela substância torna-se quase reflexa, mecanismo pelo qual um usuário torna-se drogadito. Partindo do pressuposto da drogadição, o metilfenidato pode ser responsável por 30 a 50% dos jovens em tratamento em clínicas de reabilitação os quais, em sua maioria, relatam na adolescência uso, de maneira abusiva, do medicamento por ser relativamente barato, acessível e, visualizado como seguro, uma vez que é prescrito por médicos. Desse modo, há autores abordando que a tendência a drogadição e comportamentos delinquentes, em certos casos seriam sinais de TDAH (MOYSÉS; COLLARES, 2010).

Atualmente, o metilfenidato não integra a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais estabelecida pelo Ministério da Saúde, entretanto, estados e municípios têm autonomia para incluir produtos que atendam às suas especificidades locais, e muitos já realizaram a inclusão e dispensação deste medicamento via SUS. Diante disso, Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde têm iniciado um movimento em prol da construção de diretrizes que subsidiem políticas públicas para o uso racional do metilfenidato frente as situações de prescrição, dispensação e uso abusivo (ESHER; COUTINHO, 2017).

A dispensação pública do metilfenidato ressalta uma dimensão cultural e subjetiva do processo diagnóstico em que há uma tolerância maior ou menor em relação aos comportamentos desatentos e hiperativos, em determinado contexto, pressão social e econômica sobre o sucesso acadêmico e profissional, os quais podem interferir diretamente nos critérios de diagnóstico. Precisa-se de cuidado, pois, a própria existência, ou não, de políticas educacionais, de saúde e da assistência farmacêutica direcionadas para o TDAH podem interferir na maior ou menor demanda pelo diagnóstico e, devido ao

caráter polêmico e inconclusivo do TDAH, tais políticas públicas voltadas para o transtorno devem ser melhor analisadas e acompanhadas (CALIMAN; DOMITROVIC, 2013).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há uma prescrição crescente de metilfenidato para crianças e adolescentes em que, na maioria dos casos, a justificativa tem sido realizada com maior frequência para indivíduos que não apresentaram melhora clínica ao uso de outros medicamentos e para aqueles que já estão em tratamento. Quanto a história clínica, os motivos elencados com maior frequência pelos médicos prescritores são para tratamento do TDAH, hiperatividade e déficit de atenção.

É importante que a medicalização não seja composta por uma série de rotulações diagnósticas que dão origem a uma série de prescrições psicofarmacológicas, pois essa lógica medicalizante não é de fato essencial à constituição humana embora, para muitos sujeitos essa alternativa pode ser indispensável. Desse modo, confirma-se o pressuposto de que muitas histórias e justificativas para a prescrição de metilfenidato apresentam associação direta com comorbidades e problemas diretamente ligadas ao transtorno de TDAH e das dificuldades de aprendizagem. Tais informações precisam de maior rigor no preenchimento do protocolo, principalmente no que se refere às informações que possam justificar a prescrição do medicamento em associação a outras comorbidades relacionadas ao TDAH.

É preciso garantir que os diagnósticos sejam feitos corretamente para encontrarem um equilíbrio entre benefícios e riscos com a administração de metilfenidato, especialmente quando o tratamento é de longo prazo. Desse modo, se faz necessário a formulação de políticas públicas sejam elas oriundas da área da educação ou da saúde a fim de acompanhar e regulamentar políticas voltadas para a assistência farmacêutica que disponibiliza o metilfenidato a esses usuários a fim de garantir que, desse modo, sejam minimizados os efeitos colaterais químicos que a ação do medicamento causa no organismo.

Tal zelo e compromisso com a saúde dos usuários sejam eles crianças, adolescentes ou adultos, carece de maior atenção de todos os profissionais envolvidos no

processo de medicalização a fim de evitar um consumo exacerbado do medicamento, bem como consequências indesejadas no futuro desses usuários.

O estudo tem limites, pois acessou exclusivamente os usuários do metilfenidato na farmácia pública do município. Por certo o consumo e o perfil diagnóstico e terapêutico de toda a população que acessa e faz uso desse medicamento pode ter outro contorno, caso fosse possível acessar integralmente a sua utilização nas farmácias públicas e privadas, uma vez que se sabe que o consumo tem aumentado no Brasil.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, M. A. TDAH no Brasil, o que a Folha de SP não mostrou. **Instituto Glia**, 2011. Disponível em: <http://www.aprendercrianca.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=291:tdah-no-brasil-o-que-a-folha-de-sp-nao-mostrou&catid=1:timas&Itemid=147>. Acesso em: 29 de julho de 2021.

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://www.scielo.br/j/physis/a/Xh73CMcdm6swQ57JNnpT76r/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 12 abr. 2021.

CARNEIRO, M.E.F. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): Um breve estudo acerca deste tema. Guarabira, PB. **Monografia (graduação em Pedagogia)** – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Humanidades; 2014. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/4900/1/PDF%20-%20Maria%20Elizabete%20Fernandes%20Carneiro.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2021.

COELHO, J. et al. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção: casuística de um Centro Secundário. **Nascer e Crescer**. v.23, n.4, p.195-200, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.chporto.pt/handle/10400.16/1788>>. Acesso em: 10 set. 2021.

COLLARES, C.A.L; MOYSÉS, M.A.A. **A Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico: Patologização da Educação**. 2021. Disponível em: <http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_23_p025-031_c.pdf>. Acesso em: 08 set. 2021.

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://www.scielo.br/j/csc/a/FvqznKY6xKDqj5cL5fs8kRP/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

FINGER, G.; SILVA, E.R.; FALAVIGNA, A. Uso de metilfenidato entre estudantes de medicina: revisão sistemática. **Rev Assoc Med Bras**. v.59, n.3, p.285-289, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ramb/a/w95Jz9cyyWDbV487rYDcT6r/?lang=en>>. Acesso em: 10 set. 2021.

GOMES, R.S.; GONÇALVES, L.R.; SANTOS, V.R.L. Vendas de metilfenidato: uma análise empírica no Brasil no período de 2007 a 2014. **Sigmae**. Special issue: 64ª RBRAS and 18º SEAGRO. v.8, n.2, p.663-681, 2019. Disponível em: <<https://publicacoes.unifal-mg.edu.br/revistas/index.php/sigmae/article/view/1039>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. **População no último censo**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/cascavel/panorama>>. Acesso em: 17 set. 2021.

ITABORAHY, C; ORTEGA, F. O metilfenidato no Brasil: uma década de publicações. **Ciênc. saúde coletiva**. v.18, n.3, p.803-816, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/SFLWkLhmbJHtWczFMp79xzQ/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

LEONARDO, N.S.T; SUZUKI, M.A. Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores. **Fractal, Rev. Psicol.** v.28, n.1, p.46-54, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/fractal/a/FwSgXGSGrSRZbD8cmdFSsWM/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5). 2009. American Psychiatric Association. 5. ed. Artmed, 2014. Disponível em: <<http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2021.

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**. v.46, n.3, p. 06-117, 2017. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/312>>. Acesso em: 13 jun. 2021.

MOYSÉS, M.A.A. Não às drogas da obediência. **Metrópole**, Campinas, p.10-11, 2012. Entrevista concedida a Karina Fusco. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/sites/default/files/clipping/revista_metropole_pag_10_e_11.pdf>. Acesso em: 20 maio 2021.

MOYSÉS, M.A.A; COLLARES, C.A.L. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: **Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (Org.)**. Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 71-110, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pee/a/fhWWrqRmRqQlFkKwF9DfTsN/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 07 jun. 2021.

OLIVEIRA, C.G.A. et al. Utilização de metilfenidato, lisdexanfetamina e modafilina como drogas ampliadoras do conhecimento: estudo do perfil de dispensação em uma farmácia comunitária do interior do Rio de Janeiro. **Acta Biomedica Brasiliensia**. v.8, n.1, p.152-163, 2017. Disponível em: <<https://www.actabiomedica.com.br/index.php/acta/article/view/200>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

ORTEGA, F. et al. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface (Botucatu)**. v.14, n. 34, p.499-512, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/qWBjS8FvKTpkKFgQxtnnnxx/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

PASTORELLO, J. et al. Possíveis causas do aumento do uso de metilfenidato nas crianças brasileiras. **Anais de Medicina**, p.105-106, 2016. Disponível em: <<https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/anaisdemedicina/article/view/12057>>. Acesso em: 29 jul de 2021.

PEIXOTO, A.L.B.; RODRIGUES, M.M.P. Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. **Aletheia**. n.28, p.91-103, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200008>. Acesso em: 20 jun. 2021.

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, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/10190>>. Acesso em: 08 fev. 2021.

SOUZA, I.G.S. et al. Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. **J. bras. Psiquiatr.** v.56, n.1, p.14-18, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/gZfTLG7hch4wThFw556Kz8s/?lang=pt>>. Acesso em: 19 jun. 2021.

STAHL, S.M. **Psicofarmacologia, bases neurocientíficas e aplicações práticas**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

VIZOTTO, L.P; FERRAZZA, D.A.A. infância na berlinda: Sobre rotulações diagnósticas e a banalização da prescrição de psicofármacos. **Estud. psicol. (Natal)**. v.22, n.2, p. 214-224, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000200010>. Acesso em: 05 jun. 2021.