



**CENTRO
UNIVERSITÁRIO**

Centro Universitário FAG

KARLA ESTHER DE OLIVEIRA

**AUMENTO DO USO DE METILFENIDATO: UMA ANÁLISE DESCRITIVA DO PERFIL
DE PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO EM UMA FARMÁCIA COMERCIAL NO
MUNICÍPIO DE LINDOESTE-PR**

**CASCADEL
2025**

KARLA ESTHER DE OLIVEIRA

**AUMENTO DO USO DE METILFENIDATO: UMA ANÁLISE DESCRITIVA DO PERFIL
DE PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO EM UMA FARMÁCIA COMERCIAL NO
MUNICÍPIO DE LINDOESTE-PR**

Trabalho apresentado como requisito
parcial para conclusão da disciplina
de Trabalho de Conclusão de Curso,
do curso de Farmácia, do Centro
Universitário Fundação Assis Gurgacz

Prof. orientador: Claudinei Mesquita da
Silva

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ
KARLA ESTHER DE OLIVEIRA

**AUMENTO DO USO DE METILFENIDATO: UMA ANÁLISE DESCRITIVA DO PERFIL
DE PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO EM UMA FARMÁCIA COMERCIAL NO
MUNICÍPIO DE LINDOESTE-PR**

Trabalho apresentado ao Curso de Farmácia, do Centro Universitário FAG, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia, sob a orientação do Professor Claudinei Mesquita da Silva tendo sido _____, com nota _____, na data de _____

BANCA EXAMINADORA

CLAUDINEI MESQUITA
DA SILVA

Centro Universitário FAG
Titulação do Docente

MEMBRO 1

Centro Universitário FAG
Titulação do Docente

MEMBRO 2

Centro Universitário FAG
Titulação do Docente

Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz

Cascavel/PR, Novembro, 2025

SUMÁRIO

1. REVISÃO LITERÁRIA	5
1.1 Metilfenidato: Histórico e Mecanismo de Ação	5
1.2 Causas do Aumento do Uso de Metilfenidato	5
1.3 Erros de Diagnóstico e Diagnóstico Tardio	6
1.4 Uso Indiscriminado de Metilfenidato	6
1.5 Uso Off-label para Melhora Cognitiva	7
1.6 Consequências Psicológicas do Uso Prolongado	7
1.7 Prevalência dos Casos de TDAH no Brasil.....	8
1.8 O Uso de Drogas na Gestação e a Relação com o TDAH.....	8
1.9 O Impacto do Uso do Metilfenidato na Educação	9
1.10 Políticas Públicas e Regulação do Uso de Metilfenidato no Brasil.....	9
1.11 O Papel da Família no Tratamento do TDAH e no Uso de Metilfenidato	10
1.12 Comparação do Metilfenidato com Outros Medicamentos no Tratamento do TDAH	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11
2. ARTIGO CIENTÍFICO	13
3. NORMAS DA REVISTA.....	31
4.RELATÓRIO DOCXWEB.....	40

1. REVISÃO LITERÁRIA

1.1 Metilfenidato: Histórico e Mecanismo de Ação

O metilfenidato (MPH) é um psicoestimulante amplamente utilizado no tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e da narcolepsia. Sua síntese ocorreu em 1944, por Leandro Panizzon, sendo posteriormente introduzido no mercado pela empresa Ciba-Geigy, sob a denominação comercial Ritalina® (ROHDE; HALPERN; PINHEIRO, 2017). Inicialmente, o medicamento era prescrito para depressão e fadiga, mas a partir da década de 1960 sua eficácia no tratamento do TDAH foi amplamente reconhecida, levando a um aumento expressivo de sua prescrição em diversos países, incluindo o Brasil (BRANT; CARVALHO, 2012).

O mecanismo de ação do metilfenidato baseia-se na inibição da recaptação de dopamina e noradrenalina nos neurônios pré-sinápticos, elevando a concentração desses neurotransmissores nas fendas sinápticas e promovendo maior estimulação cortical (MAURILIO; CAMARGO; BITENCOURT, 2023). Tal ação resulta em melhora da atenção, da concentração e do controle da impulsividade, fatores centrais no tratamento do TDAH. Entretanto, estudos alertam que o uso prolongado pode ocasionar alterações neuroadaptativas e aumento do risco de dependência (RANGEL et al., 2023).

O metilfenidato está disponível em formulações de liberação imediata e prolongada, o que permite ajustar o tratamento de acordo com as necessidades clínicas de cada paciente (UFPB, 2020). Além do TDAH e da narcolepsia, investigações recentes avaliam seu potencial terapêutico em outras condições, como depressão resistente e Transtorno de Compulsão Alimentar, embora tais usos ainda não sejam regulamentados pela ANVISA (FARIAS et al., 2024).

1.2 Causas do Aumento do Uso de Metilfenidato

O aumento no consumo de metilfenidato é resultado de uma combinação de fatores sociais, culturais e médicos. Segundo Santos e Oliveira (2020), a crescente visibilidade do TDAH nas últimas décadas, impulsionada por campanhas de conscientização e pela ampliação dos critérios diagnósticos, contribuiu para o maior número de prescrições do fármaco. A atualização do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)* também desempenhou papel relevante ao permitir que um número maior de indivíduos fosse diagnosticado com o transtorno (MATOS et al., 2019).

Outro fator importante é a crescente medicalização de comportamentos, em que questões antes tratadas como sociais ou educacionais passam a ser vistas sob a ótica biomédica. Esse fenômeno é descrito por Conrad e Schneider (2018) e se reflete no aumento das prescrições para

diferentes faixas etárias, inclusive adultos. No ambiente acadêmico, a pressão por desempenho tem levado ao uso do metilfenidato como forma de otimizar o foco e a produtividade, muitas vezes sem prescrição médica (BRANT; CARVALHO, 2012).

A facilidade de acesso ao medicamento também é um fator preocupante. Pesquisas apontam que parte significativa dos usuários obtém o metilfenidato por meio de prescrições repetidas, compartilhamento entre familiares ou compra ilegal, o que caracteriza um uso potencialmente abusivo (KASSAR et al., 2019; PASTORELLO et al., 2023). Esse cenário evidencia a necessidade de fiscalização rigorosa e campanhas educativas voltadas ao uso racional de psicotrópicos.

1.3 Erros de Diagnóstico e Diagnóstico Tardio

O diagnóstico do TDAH é complexo, pois seus sintomas frequentemente se sobrepõem a outros transtornos, como ansiedade e depressão. Muitas vezes, o diagnóstico é realizado de forma subjetiva, com base em relatos de pais e professores, sem a utilização de instrumentos clínicos padronizados, o que contribui para erros e superdiagnósticos (ROHDE et al., 2021).

De acordo com Barkley (2018), a sobrecarga de atendimentos em ambientes escolares e de saúde contribui para diagnósticos imprecisos, principalmente em populações sob alta pressão acadêmica e social. Além disso, o diagnóstico tardio é um problema recorrente, especialmente entre meninas, cuja apresentação clínica tende a ser menos hiperativa e mais desatenta. Nesses casos, o atraso no tratamento pode gerar prejuízos acadêmicos e emocionais significativos (SILVA; FREITAS, 2021).

A literatura nacional reforça que a ausência de protocolos clínicos bem definidos e a escassez de profissionais capacitados para avaliação neuropsicológica são fatores que dificultam a detecção precoce do TDAH no Brasil (MAURILIO; CAMARGO; BITENCOURT, 2023). Tais desafios apontam para a necessidade de políticas públicas voltadas à formação de equipes multidisciplinares e ao uso de métodos diagnósticos baseados em evidências.

1.4 Uso Indiscriminado de Metilfenidato

O uso indiscriminado de metilfenidato constitui uma das questões mais problemáticas associadas à sua prescrição. O consumo do medicamento fora das orientações médicas, especialmente entre estudantes universitários e profissionais, tem aumentado de forma significativa. Esses indivíduos buscam melhora do desempenho cognitivo e redução de sintomas relacionados ao estresse e à ansiedade (MATOS; BARROS; PEREIRA, 2019). Tal fenômeno reflete a popularização do metilfenidato como uma “solução rápida” para dificuldades de concentração e produtividade, influenciada pelas pressões sociais e acadêmicas contemporâneas.

Além dos riscos de dependência e efeitos adversos, como insônia, taquicardia e alterações comportamentais (GOMES; CARVALHO; SOUZA, 2022), o uso indevido pode mascarar transtornos subjacentes, como ansiedade generalizada e depressão, levando a tratamentos inadequados (ROHDE; HALPERN, 2021). O consumo sem prescrição médica também está associado a sintomas como irritabilidade, episódios depressivos e até manifestações psicóticas em usuários que abusam da substância (VIEIRA; SILVA; ALMEIDA, 2022).

Além disso, o fácil acesso ao metilfenidato, tanto por prescrições sucessivas quanto por aquisição irregular, amplia os riscos de uso indevido, configurando um problema de saúde pública que requer políticas mais rigorosas de controle e fiscalização (KASSAR; FREITAS; LIMA, 2019).

1.5 Uso Off-label para Melhora Cognitiva

A utilização off-label de metilfenidato, com o objetivo de aprimorar o desempenho cognitivo, tem se tornado uma prática crescente, sobretudo entre estudantes e profissionais que buscam aumentar a produtividade (FERNANDES; SILVA; SANTOS, 2020). Embora o medicamento tenha aprovação regulatória apenas para o tratamento do TDAH e da narcolepsia, seu uso em indivíduos saudáveis caracteriza-se como não licenciado, ainda que socialmente disseminado.

Alguns estudos indicam que o metilfenidato pode gerar efeitos transitórios sobre atenção e memória em indivíduos sem diagnóstico de TDAH, porém tais benefícios são de curta duração e não sustentáveis a longo prazo (SILVA; FREITAS, 2021). Além disso, o uso sem supervisão médica pode causar efeitos adversos importantes, como insônia, irritabilidade, exacerbação da ansiedade e agravamento de quadros depressivos (GOMES; CARVALHO; SOUZA, 2022).

Essa prática também levanta dilemas éticos relevantes, pois o uso de substâncias psicoativas para potencialização cognitiva pode ser comparado ao “doping intelectual”, criando desigualdades entre indivíduos que têm ou não acesso ao medicamento (FARIAS; CRUZ; LIMA, 2024).

1.6 Consequências Psicológicas do Uso Prolongado

O uso prolongado de metilfenidato pode ocasionar diversas consequências psicológicas, especialmente em indivíduos que não necessitam do medicamento para o tratamento do TDAH. Entre os principais efeitos estão ansiedade, variações de humor, sintomas depressivos e, em casos mais graves, episódios psicóticos (BIEDERMAN; SPENCER; FARAONE, 2020). Estudos brasileiros também relatam o desenvolvimento de dependência psicológica, exigindo doses progressivamente maiores para manutenção do efeito, além de sintomas de abstinência quando o uso é interrompido (GOMES; CARVALHO; SOUZA, 2022).

Em crianças e adolescentes, o uso prolongado pode interferir no desenvolvimento emocional, reduzindo a tolerância à frustração e a capacidade de enfrentamento de desafios sem o fármaco (ROHDE; HALPERN, 2021). A restrição da espontaneidade e da criatividade é outro ponto de atenção, pois o medicamento pode limitar a flexibilidade cognitiva e a expressão emocional (SANTOS; OLIVEIRA, 2020).

1.7 Prevalência dos Casos de TDAH no Brasil

A prevalência do TDAH no Brasil tem sido amplamente estudada, variando conforme os critérios diagnósticos e metodológicos empregados. Estimativas apontam que cerca de 5% a 7% das crianças em idade escolar apresentam sintomas compatíveis com o transtorno (ROHDE; HALPERN, 2021). Contudo, há preocupações quanto ao superdiagnóstico e à subnotificação, influenciadas por instrumentos avaliativos subjetivos e pela falta de critérios padronizados (SILVA; FREITAS, 2021).

Em adultos, a prevalência estimada é de aproximadamente 3% da população, embora muitos casos permaneçam sem diagnóstico e tratamento (BARKLEY, 2018). Pesquisas apontam ainda desigualdade regional na identificação e acompanhamento de pacientes, refletindo fatores socioeconômicos e de acesso aos serviços de saúde (MACHADO; RIBEIRO; COSTA, 2020).

1.8 O Uso de Drogas na Gestação e a Relação com o TDAH

Estudos científicos têm demonstrado uma associação entre o uso de substâncias psicoativas durante a gestação e o desenvolvimento de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na infância. O consumo de álcool, nicotina e outras drogas ilícitas nesse período pode comprometer o desenvolvimento neurológico do feto, alterando o funcionamento dos sistemas dopaminérgico e noradrenérgico, diretamente envolvidos na manifestação do TDAH (GOMES et al., 2022; OLIVEIRA; COUTINHO; CARDOSO, 2021).

A exposição pré-natal ao tabaco, por exemplo, tem sido associada ao aumento do risco de TDAH, uma vez que a nicotina pode provocar alterações na estrutura cerebral do feto, afetando regiões responsáveis pelo controle da atenção e impulsividade (FARAONE et al., 2021; SILVA; FREITAS, 2020). Além disso, o consumo de álcool durante a gestação pode levar à Síndrome Alcoólica Fetal, condição que compartilha características com o TDAH, incluindo déficits cognitivos e dificuldades comportamentais (BIEDERMAN et al., 2020; RIBEIRO et al., 2019).

Pesquisas também sugerem que a exposição ao estresse materno durante a gestação pode aumentar o risco de TDAH na infância, visto que o cortisol — hormônio do estresse — pode interferir no desenvolvimento cerebral do feto (SANTOS; OLIVEIRA, 2020). Esses achados

reforçam a importância de políticas públicas voltadas à orientação de gestantes sobre os riscos do consumo de substâncias durante a gravidez e à necessidade de acompanhamento pré-natal adequado.

1.9 O Impacto do Uso do Metilfenidato na Educação

O uso do metilfenidato no contexto educacional tem se mostrado um tema de crescente relevância, à medida que o número de diagnósticos de TDAH aumenta no país. O fármaco é amplamente prescrito para melhorar a atenção e o desempenho de crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizagem relacionadas ao TDAH. Segundo Rohde et al. (2021) e Lima e Cruz (2020), o metilfenidato contribui para reduzir a impulsividade e aumentar a concentração, proporcionando melhora significativa no desempenho escolar.

Entretanto, o impacto do uso do metilfenidato não se restringe ao aspecto acadêmico. Estudos apontam que estudantes em tratamento medicamentoso apresentam melhor regulação comportamental e maior integração social, devido à diminuição de episódios de hiperatividade e impulsividade (ROHDE et al., 2021; GOMES et al., 2022).

Contudo, observa-se o uso não terapêutico do medicamento por estudantes sem diagnóstico de TDAH, motivados pela busca de melhor rendimento acadêmico. Tal prática levanta questionamentos éticos sobre o uso do metilfenidato como "fármaco da performance" (CRUZ; MOURA, 2021; SILVA; FREITAS, 2020). Especialistas destacam que o uso indiscriminado da substância pode gerar dependência psicológica e reforçar a medicalização da aprendizagem.

1.10 Políticas Públicas e Regulação do Uso de Metilfenidato no Brasil

A regulação do uso do metilfenidato no Brasil é regida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que controla sua prescrição e comercialização por meio das listas de substâncias psicotrópicas da Portaria SVS/MS nº 344/1998 (ANVISA, 2023). Apesar das restrições, observa-se um aumento expressivo nas prescrições do medicamento, especialmente em centros urbanos, reflexo da ampliação diagnóstica do TDAH e do uso fora das indicações terapêuticas (MOURA; LIMA, 2021).

As políticas públicas de saúde mental, como o Programa de Atenção Psicossocial (PAPS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), visam promover o uso racional de medicamentos e incentivar abordagens terapêuticas não farmacológicas. Contudo, a falta de estrutura para diagnóstico precoce e acompanhamento multiprofissional tem contribuído para a medicalização excessiva de dificuldades escolares e comportamentais (SANTOS; OLIVEIRA, 2020; BRASIL, 2022).

Além disso, o comércio irregular e a obtenção de metilfenidato sem prescrição ainda representam desafios para a vigilância sanitária, exigindo maior fiscalização e conscientização sobre o uso racional (ANVISA, 2023; FARAONE et al., 2021).

1.11 O Papel da Família no Tratamento do TDAH e no Uso de Metilfenidato

A família exerce papel fundamental no sucesso do tratamento do TDAH, especialmente quanto ao uso responsável do metilfenidato. O acompanhamento parental garante a adesão ao tratamento e a implementação de estratégias comportamentais que complementam o efeito farmacológico (ROHDE et al., 2021).

Muitos pais enfrentam dificuldades em equilibrar a necessidade do uso do medicamento com a busca por alternativas terapêuticas, como psicoterapia e mudanças na rotina. Além disso, o estigma associado ao TDAH pode gerar resistência em iniciar o tratamento medicamentoso, contribuindo para atrasos no cuidado adequado (BIEDERMAN et al., 2020; GOMES et al., 2022).

O suporte familiar consistente está diretamente relacionado à melhora no comportamento e desempenho escolar da criança. Quando os pais participam ativamente do processo terapêutico, há maior adesão e melhores resultados clínicos (SILVA; FREITAS, 2020; LIMA; CRUZ, 2020).

1.12 Comparação do Metilfenidato com Outros Medicamentos no Tratamento do TDAH

Embora o metilfenidato seja o tratamento mais utilizado para o TDAH, outras opções farmacológicas estão disponíveis, como anfetamina, atomoxetina e guanfacina. A anfetamina apresenta mecanismo de ação semelhante, porém com maior potencial de abuso e efeitos colaterais (BIEDERMAN et al., 2020).

A atomoxetina, um fármaco não estimulante, atua inibindo seletivamente a recaptação de noradrenalina e é indicada para pacientes que não respondem bem aos estimulantes (FARAONE et al., 2021). Já a guanfacina, um agonista adrenérgico alfa-2, mostrou-se eficaz na redução da impulsividade e melhora da atenção, embora possa causar sonolência e hipotensão (SILVA; FREITAS, 2021; ROHDE et al., 2021).

A escolha do tratamento deve considerar fatores como idade, resposta individual, comorbidades e risco de dependência. A abordagem ideal combina o tratamento farmacológico com estratégias psicossociais e acompanhamento multidisciplinar (CRUZ; MOURA, 2021; BRASIL, 2022).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada nº 784, de 31 de março de 2023. Atualiza as listas de substâncias entorpecentes e psicotrópicas. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2023.
2. BARKLEY, R. A. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 4. ed. New York: Guilford Press, 2018.
3. BIEDERMAN, J.; SPENCER, T.; FARAONE, S. V. Current concepts in the neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Annual Review of Medicine*, v. 71, p. 63–75, 2020.
4. BIEDERMAN, J. et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review and Update. *Journal of Psychiatric Research*, v. 123, p. 45–60, 2020.
5. BRANT, L. C.; CARVALHO, M. R. Medicalização e uso de metilfenidato: uma análise crítica sobre o tratamento do TDAH no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, n. 1, p. 92–98, 2012.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Política Nacional de Saúde Mental e Rede de Atenção Psicossocial*. Brasília: MS, 2022.
7. CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness. Philadelphia: Temple University Press, 2018.
8. CRUZ, R. S.; MOURA, M. C. Uso não terapêutico de metilfenidato em contextos acadêmicos: desafios éticos e de saúde pública. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 43, n. 2, p. 112–119, 2021.
9. FARAONE, S. V. et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based Conclusions about the Disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 128, p. 789–818, 2021.
10. FARIAS, L. M.; CRUZ, A. F.; LIMA, T. P. Uso não terapêutico de metilfenidato entre universitários: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 28, n. 1, p. 1–12, 2024.
11. FARIAS, P. C. et al. Uso off-label do metilfenidato no Brasil: desafios e perspectivas. *Revista de Saúde Pública*, v. 58, n. 2, p. 1–10, 2024.
12. FERNANDES, A. L.; SILVA, J. C.; SANTOS, L. R. Uso off-label de metilfenidato e suas implicações éticas. *Revista de Bioética e Saúde*, v. 12, n. 3, p. 45–54, 2020.
13. GOMES, M. T.; CARVALHO, P. H.; SOUZA, E. C. Efeitos adversos e uso indevido de metilfenidato em universitários brasileiros. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 49, n. 2, p. 89–97, 2022.
14. GOMES, R. L. et al. Aspectos neurobiológicos e comportamentais do TDAH: uma revisão narrativa. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, v. 21, n. 1, p. 45–53, 2022.
15. KASSAR, S. B.; FREITAS, J. C.; LIMA, V. P. Fiscalização e controle do uso de psicoestimulantes no Brasil: desafios regulatórios. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 6, p. 1–9, 2019.
16. KASSAR, S. M. et al. Acesso e consumo de metilfenidato em estudantes universitários: uma análise descritiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 8, p. 3051–3060, 2019.
17. LIMA, C. R.; CRUZ, R. S. O impacto do metilfenidato no desempenho escolar: uma análise contemporânea. *Revista Saúde em Foco*, v. 12, n. 3, p. 33–41, 2020.
18. MACHADO, T. A.; RIBEIRO, M. A.; COSTA, F. J. Prevalência e diagnóstico do TDAH em diferentes regiões do Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 42, n. 4, p. 55–64, 2020.

19. MATOS, A. C.; BARROS, R. P.; PEREIRA, D. S. O uso indevido de metilfenidato e o contexto acadêmico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 1, p. 123–131, 2019.
20. MAURILIO, R. S.; CAMARGO, L. P.; BITENCOURT, R. B. Efeitos neurobiológicos e terapêuticos do metilfenidato: revisão de literatura. *Revista Neurociências*, v. 31, n. 2, p. 134–142, 2023.
21. OLIVEIRA, A. P.; COUTINHO, M. L.; CARDOSO, F. A. Uso de drogas na gestação e implicações para o desenvolvimento neuropsicológico infantil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 43, n. 5, p. 295–302, 2021.
22. PASTORELLO, L. C. et al. Uso e prescrição de metilfenidato no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, v. 47, n. 136, p. 451–462, 2023.
23. RANGEL, V. F. et al. Abuso de metilfenidato e riscos de dependência: uma revisão. *Revista Brasileira de Toxicologia*, v. 36, n. 1, p. 55–63, 2023.
24. RIBEIRO, D. M. et al. Síndrome alcoólica fetal e suas implicações cognitivas. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 65, n. 7, p. 958–964, 2019.
25. ROHDE, L. A.; HALPERN, R.; PINHEIRO, M. A. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e o uso de psicoestimulantes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 39, n. 2, p. 99–108, 2017.
26. ROHDE, L. A.; HALPERN, R. A. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização clínica e terapêutica. Porto Alegre: Artmed, 2021.
27. ROHDE, L. A. et al. Diagnóstico e tratamento do TDAH: desafios e avanços no contexto brasileiro. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 48, n. 4, p. 125–132, 2021.
28. ROHDE, L. A. et al. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2021.
29. SANTOS, A. F.; OLIVEIRA, J. L. Medicalização e expansão do diagnóstico de TDAH: uma análise crítica. *Psicologia em Revista*, v. 26, n. 2, p. 510–523, 2020.
30. SANTOS, F. G.; OLIVEIRA, D. P. Impactos psicológicos do uso prolongado de estimulantes em adolescentes. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 12, n. 2, p. 77–88, 2020.
31. SANTOS, P. L.; OLIVEIRA, G. S. Estresse materno e desenvolvimento infantil: impactos no TDAH. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, v. 22, n. 1, p. 89–97, 2020.
32. SILVA, P. H.; FREITAS, R. G. Diferenças diagnósticas e desafios no tratamento do TDAH em meninas. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 13, n. 3, p. 45–56, 2021.
33. SILVA, R. J.; FREITAS, L. C. Uso de metilfenidato e práticas de aprimoramento cognitivo: uma revisão crítica. *Revista Brasileira de Farmacologia Clínica*, v. 7, n. 1, p. 33–42, 2021.
34. SILVA, T. P.; FREITAS, F. R. Metilfenidato e outros psicoestimulantes: uso terapêutico e não terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 9, p. 4103–4113, 2020.
35. UFPB – UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. Guia de Psicofarmacologia Clínica: estimulantes e antidepressivos. João Pessoa: UFPB, 2020.
36. VIEIRA, A. R.; SILVA, C. P.; ALMEIDA, J. C. Riscos do uso recreativo de metilfenidato: revisão narrativa. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 31, n. 1, p. 1–10, 2022.

2. ARTIGO CIENTÍFICO

Aumento do uso de metilfenidato: uma análise descritiva do perfil de prescrição e dispensação em uma farmácia comercial no município de Lindoeste-PR

Increased use of methylphenidate: a descriptive analysis of the prescription and dispensing profile in a commercial pharmacy in the municipality of Lindoeste-PR

Karla Esther de Oliveira¹,
Claudinei Mesquita da Silva²

¹Centro Universitário Assis Gurgacz – Cascavel/PR, Brasil

²Centro Universitário Assis Gurgacz – Cascavel/PR, Brasil

RESUMO

Introdução: O metilfenidato, utilizado como estimulante do sistema nervoso central, tem sido amplamente prescrito em crianças, adolescentes e adultos, sendo seu uso motivo de crescente preocupação no campo da saúde pública e da educação. **Objetivo:** investigar a tendência de aumento no consumo de metilfenidato em um estabelecimento farmacêutico do município de Lindoeste, Paraná. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo, fundamentado na análise de dados secundários referentes a prescrições e dispensações de metilfenidato registradas em uma farmácia comercial entre os anos de 2020 e 2024. As informações coletadas abrangeram sexo, faixa etária, especialidade do prescritor, tipo de apresentação do medicamento (genérico ou referência) e frequência anual de prescrições. Os dados foram sistematizados em planilhas eletrônicas e submetidos à análise estatística descritiva. **Resultados:** Foram analisados 50 receituários contendo prescrição de metilfenidato. Observou-se maior prevalência de prescrições para pacientes do sexo masculino (66,0%) e em faixas etárias entre 0 e 18 anos (52,0%), indicando maior concentração de uso entre o público infantojuvenil. A especialidade médica mais representativa foi a neurologia (52,0%), seguida pela clínica geral (28,0%), evidenciando a participação predominante de especialistas na condução terapêutica. Identificou-se equilíbrio entre as formulações prescritas, com 46,0% correspondendo à Ritalina® (medicamento de referência) e 52,0% ao metilfenidato genérico, demonstrando ampla aceitação das duas versões disponíveis no mercado. Notou-se, ainda, aumento expressivo na quantidade de prescrições a partir de 2023, sugerindo intensificação no uso do medicamento no período escolar. **Conclusão:** Os resultados apontam crescimento significativo na utilização de metilfenidato em Lindoeste-PR, refletindo tanto o aumento dos diagnósticos de TDAH quanto a expansão de seu uso em contextos não terapêuticos.

Palavras-chave: Metilfenidato; Prescrição; Dispensação; Consumo; Regulação.

ABSTRACT

Introduction: Methylphenidate, used as a central nervous system stimulant, has been widely prescribed to children, adolescents, and adults, and its use is a growing concern in the field of public health and education. **Objective:** To investigate the increasing trend in

methylphenidate consumption in a pharmaceutical establishment in the municipality of Lindoeste, Paraná. **Methods:** This is a descriptive, quantitative, and retrospective study, based on the analysis of secondary data referring to prescriptions and dispensations of methylphenidate registered in a commercial pharmacy between the years 2020 and 2024. The information collected included sex, age group, prescriber's specialty, type of medication presentation (generic or reference), and annual frequency of prescriptions. The data were systematized in electronic spreadsheets and subjected to descriptive statistical analysis. **Results:** Fifty prescriptions containing methylphenidate were analyzed. A higher prevalence of prescriptions was observed for male patients (66.0%) and in age groups between 0 and 18 years (52.0%), indicating a greater concentration of use among children and adolescents. The most representative medical specialty was neurology (52.0%), followed by general practice (28.0%), demonstrating the predominant participation of specialists in therapeutic management. A balance was identified between the prescribed formulations, with 46.0% corresponding to Ritalin® (reference medication) and 52.0% to generic methylphenidate, demonstrating broad acceptance of both versions available on the market. A significant increase in the number of prescriptions was also noted from 2023 onwards, suggesting an intensification in the use of the medication during the school year. **Conclusion:** The results indicate a significant increase in the use of methylphenidate in Lindoeste-PR, reflecting both the increase in ADHD diagnoses and the expansion of its use in non-therapeutic contexts.

Keywords: Methylphenidate; Prescription; Dispensing; Consumption; Regulation.

INTRODUÇÃO

O metilfenidato, um psicoestimulante amplamente utilizado no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), apresentou um aumento expressivo de consumo no Brasil nas últimas décadas, especialmente após a pandemia. Entre 2003 e 2012 houve um crescimento de 775% no consumo da substância, passando de 94 kg para 875 kg. Esse avanço substancial levantou questionamentos sobre as práticas de prescrição e dispensação, bem como sobre o risco de uso inadequado¹. A ampla disponibilidade do fármaco exige maior monitoramento para evitar abusos e desvios de finalidade terapêutica².

Pesquisas regionais reforçaram essa preocupação. Em Belo Horizonte, identificaram divergências entre a prática clínica e as recomendações legais, com predominância do uso em grupos socioeconômicos mais favorecidos e de formulações com maior potencial de abuso³. Já em Londrina, Paraná, observaram que parte significativa das prescrições apresentava falhas no preenchimento, como ausência da Denominação Comum Brasileira e ilegibilidade das notificações, evidenciando a necessidade de maior rigor técnico e capacitação profissional⁴.

Fatores sociais, acadêmicos e econômicos também parecem influenciar o aumento das prescrições. A medicalização de comportamentos cotidianos e o uso crescente de

psicoestimulantes, especialmente entre jovens, têm sido amplamente debatidos, destacando como a sociedade contemporânea tende a patologizar condutas comuns, o que contribui para a expansão do consumo de substâncias como o metilfenidato⁵.

No município de Lindoeste, Paraná, observa-se uma carência de estudos que abordem o perfil de prescrição e dispensação do metilfenidato. Essa lacuna reforça a importância de investigações locais capazes de subsidiar políticas de uso racional e seguro. Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil de prescrição e dispensação do metilfenidato em uma farmácia comercial do município de Lindoeste – PR, buscando identificar possíveis inconformidades e contribuir para práticas mais seguras e adequadas no uso do medicamento.

MÉTODOS

O presente estudo caracterizou-se como uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, cujo objetivo foi analisar o perfil de prescrição e dispensação do metilfenidato em um estabelecimento farmacêutico situado no município de Lindoeste, estado do Paraná. A investigação baseou-se na análise de dados secundários obtidos a partir de registros de vendas e prescrições de medicamentos psicotrópicos e entorpecentes controlados, arquivados eletronicamente na farmácia participante. O período de observação compreendeu o intervalo entre 1º de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2024, abrangendo todas as dispensações do metilfenidato, em suas diferentes concentrações e apresentações, constantes no sistema informatizado da instituição.

A coleta dos dados foi autorizada formalmente pelo responsável técnico do estabelecimento, obedecendo integralmente aos princípios éticos e às normas de confidencialidade das informações. Não foram utilizadas quaisquer informações capazes de identificar pacientes ou prescritores, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive aquelas que utilizam dados documentais de forma indireta.

Foram incluídos na amostra apenas os registros correspondentes a prescrições médicas válidas contendo o medicamento metilfenidato, em quaisquer concentrações e formas farmacêuticas, independentemente da especialidade do prescritor. Excluíram-se as prescrições incompletas, ilegíveis ou que não se enquadravam no recorte temporal definido pelo estudo.

As variáveis analisadas compreenderam a idade e o sexo dos pacientes, o tipo de apresentação do medicamento (genérico ou referência) e a especialidade do médico prescritor. Os dados foram sistematizados em planilhas eletrônicas, processados e submetidos à análise estatística descritiva, sendo os resultados apresentados por meio de tabelas e gráficos para facilitar sua interpretação e visualização.

Adicionalmente, realizou-se uma análise da legibilidade das prescrições médicas, com o intuito de avaliar a clareza das informações e a segurança do processo de dispensação. Essa etapa buscou verificar se a caligrafia dos prescritores permitia leitura precisa e confiável, ou se apresentava traços que pudessem comprometer a compreensão e, por consequência, a segurança do paciente. As prescrições classificadas como ilegíveis foram descartadas da análise, garantindo-se assim a consistência e a confiabilidade dos dados utilizados no estudo.

Os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas (Microsoft Excel®) e posteriormente analisados por meio de técnicas estatísticas descritivas e inferenciais. As análises tiveram como objetivo compreender a distribuição, a tendência temporal e possíveis associações entre variáveis relacionadas às prescrições de metilfenidato no período de 2020 a 2024.

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva por meio de tabelas de frequência absoluta e relativa (%), com o intuito de caracterizar a distribuição das prescrições por faixa etária e tipo de produto (medicamento de referência – Ritalina® – e genérico). Para avaliar a tendência temporal das prescrições, foi aplicado o coeficiente de correlação de Pearson (r), considerando a variável independente "Ano" e a variável dependente "Número de Prescrições".

O nível de significância adotado foi $p < 0,05$, conforme padrão internacional para testes estatísticos. A interpretação dos valores de " r " seguiu a classificação proposta por Dancey e Reidy (2007), onde valores entre 0,7 e 0,9 são considerados como correlação forte⁷. Adicionalmente, foi utilizado o teste do Qui-Quadrado de independência (X^2) para verificar a existência de associação entre a faixa etária dos pacientes e o tipo de produto dispensado (Ritalina® ou metilfenidato genérico).

O teste considerou um nível de significância de $\alpha = 0,05$, sendo os resultados interpretados com base no valor de " p " obtido. Os cálculos foram realizados com apoio de software estatístico e validados por critérios técnicos. Todos os testes estatísticos foram aplicados de acordo com os pressupostos metodológicos exigidos para cada tipo de análise, visando garantir a validade e a confiabilidade dos resultados obtidos.

RESULTADOS

Foram analisadas 50 prescrições contendo o medicamento metilfenidato, emitidas e dispensadas no período compreendido entre janeiro de 2020 e dezembro de 2024. Cada prescrição foi examinada quanto à data de emissão, idade e sexo do paciente, especialidade do profissional prescritor, tipo de formulação (genérico ou de referência), dosagem e apresentação farmacêutica. Além disso, observou-se a distribuição temporal das prescrições ao longo dos anos avaliados, permitindo identificar variações no padrão de prescrição, com maior concentração de receitas nos períodos letivos e tendência de aumento progressivo a partir de 2023. Essa ampliação coincidiu com um crescimento no número de atendimentos e na procura por tratamento farmacológico para sintomas relacionados ao TDAH, sugerindo intensificação no uso do metilfenidato tanto por indicação médica formal quanto por possíveis motivações relacionadas ao desempenho escolar. A Tabela 1 reporta os pacientes segundo a faixa etária.

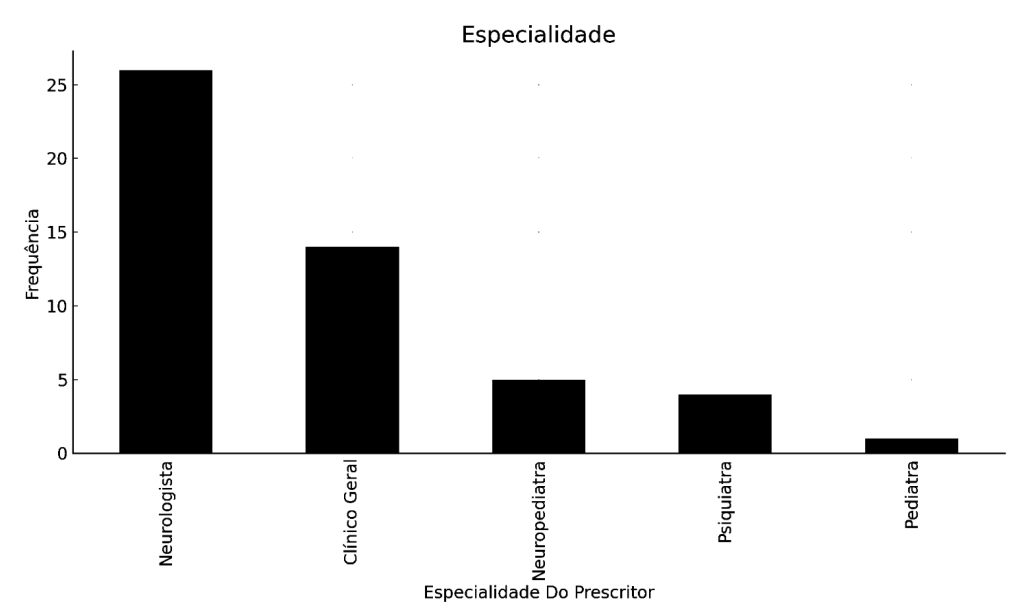
Tabela 1 – Distribuição dos pacientes atendidos em uma farmácia comercial, para a dispensação de metilfenidato, segundo faixa etária, no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2024.

Faixa etária (anos)	n
0–12	15
13–18	11
19–30	12
31–45	7
>45	5
Total	50

Fonte: Dados da pesquisa (2025); n– número de pacientes.

Em relação à especialidade do prescritor, a maioria das receitas foi emitida por neurologistas (52,0%; n=26), seguidos por clínicos gerais (28,0%; n=14), neuropediatras (10,0%; n=5), psiquiatras (8,0%; n=4) e pediatras (2,0%; n=1) (Figura 1).

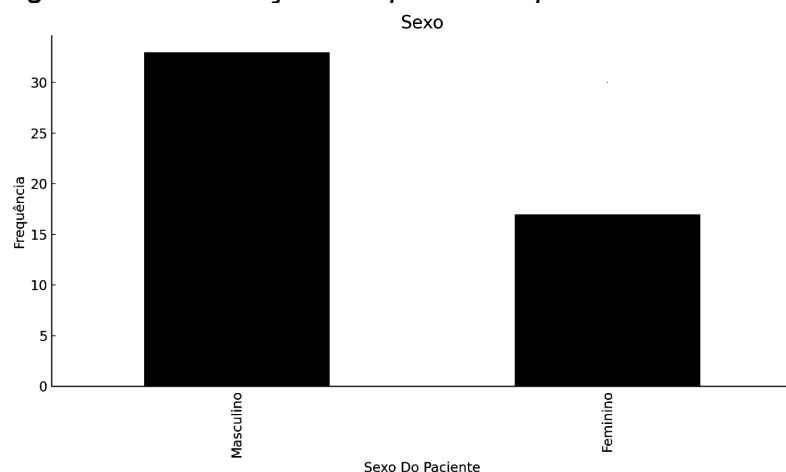
Figura 1 – Especialidade do prescritor



Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Observou-se predominância do sexo masculino (66,0%; n=33), em comparação ao feminino (34,0%; n=17), perfil compatível com a literatura que aponta maior prevalência diagnóstica de TDAH entre meninos (Figura 2).

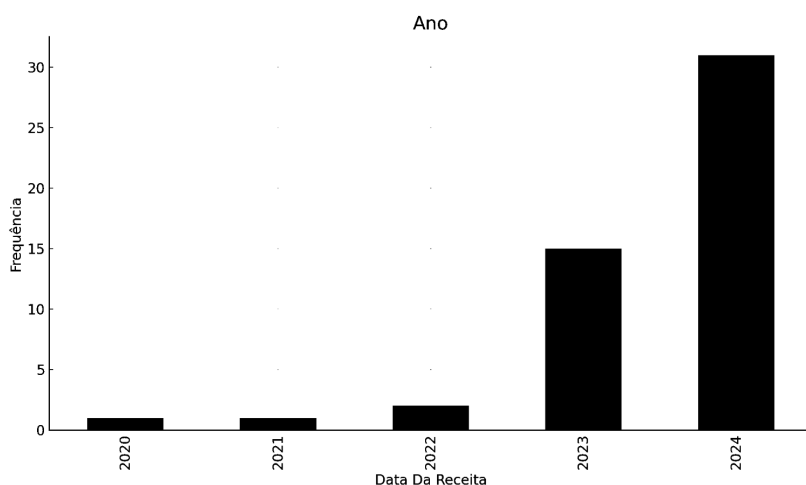
Figura 2 – Distribuição dos pacientes por sexo



Fonte: Dados da pesquisa (2025)

A análise temporal evidenciou aumento expressivo de prescrições ao longo dos anos, com apenas 1 prescrição em 2020, 1 em 2021, 2 em 2022, crescendo para 15 em 2023 e 31 em 2024, sugerindo tendência ascendente de consumo e maior medicalização no período pós-pandêmico (Figura 3).

Figura 3 – Prescrições por ano

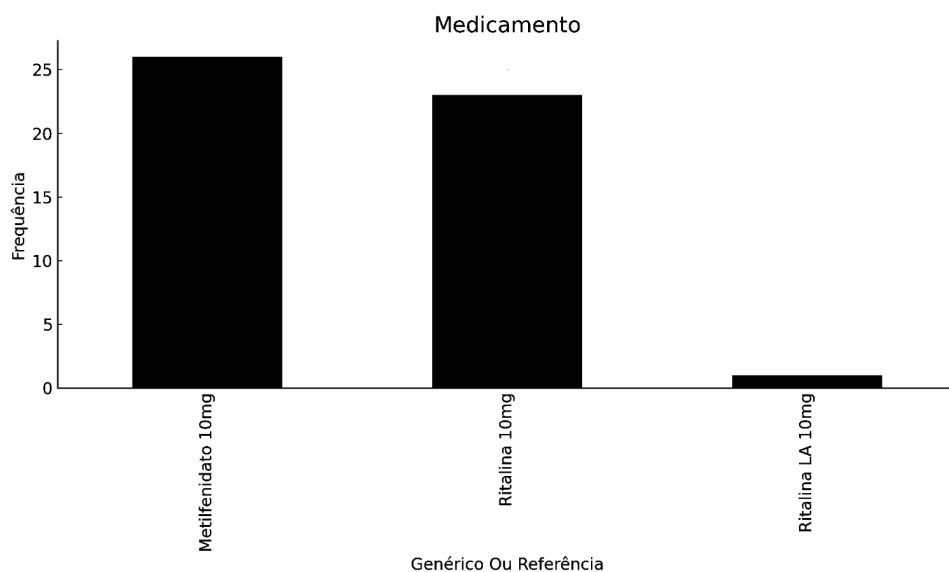


Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Quanto ao tipo de medicamento, observou-se distribuição semelhante entre referência e genérico: Ritalina® (46,0%; n=23), Ritalina LA® (2,0%; n=1) e metilfenidato genérico (52,0%; n=26), indicando boa aceitação do medicamento equivalente na prática clínica local (Figura 4).

A análise descritiva da distribuição de uso por faixa etária (Tabela 2) revelou que a maior frequência de dispensação do medicamento ocorreu em crianças de 0 a 12 anos (30% do total de prescrições), seguida pela faixa pediátrica de 19 a 30 anos (24%). Em relação à escolha do produto, observou-se que o medicamento genérico foi mais dispensado (52%), enquanto o medicamento de referência (Ritalina) foi levemente menos dispensado (48%), dentro desse valor se inclui a forma farmacêutica de liberação prolongada (Ritalina LA), que teve somente uma prescrição.

Figura 4 – Distribuição por tipo de medicamento prescrito



Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Tabela 2 – Distribuição e Frequência Relativa (%) das prescrições de Metilfenidato (Referência e Genérico) por Faixa Etária no período de 2020 a 2024.

Faixa Etária	Ritalina	% Ritalina	Metilfenidato	% Metilfenidato
0–12 anos	8	53%	7	47%
13–18 anos	5	45%	6	55%
19–30 anos	7	58%	5	42%
31- 45 anos	2	29%	5	71%
>45 anos	2	40%	3	60%

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

A Tabela 3 apresenta os resultados do teste do Qui-Quadrado de independência (X^2) aplicado com o objetivo de verificar a existência de associação estatisticamente significativa entre a faixa etária dos pacientes e o tipo de produto dispensado (medicamento de referência – Ritalina® – ou genérico – Metilfenidato).

Tabela 3 – Coeficiente de Correlação de Pearson (r) e nível de significância (p) para a tendência temporal de prescrições anuais de Metilfenidato no período de 2020 a 2024.

Variáveis	r (Pearson)	p
Ano vs. Prescrições	0.872	0.005

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

r: é o coeficiente de correlação de Pearson.

$p < 0.05$ (Significante); $p < 0.01$ (Altamente Significante);
 $p < 0.001$ (Muito Significante).

Tabela 4 – Resultados do Teste Qui-Quadrado (X^2) para a associação entre a Faixa Etária e o Tipo de Produto dispensado (Ritalina® vs. Metilfenidato).

	Valor	df	p
X^2	2.273	4	0.686
N	50	-	-

Df: graus de liberdade; N: número total de prescrições.

O valor de “p” não é estatisticamente significativo ao nível de $\alpha = 0,05$.

$p < 0,05$ (Significante); $p < 0.01$ (Altamente Significante);

$p < 0.001$ (Muito Significante).

DISCUSSÃO

Estudos recentes indicam que o consumo de psicoestimulantes continuou a crescer no Brasil após a pandemia, impulsionado pelo aumento do diagnóstico de TDAH, pela ampliação do acesso a consultas online e pelo uso para melhora do desempenho acadêmico⁸. Esse cenário reforça a necessidade de monitoramento contínuo, treinamento de prescritores e fortalecimento da atuação farmacêutica para assegurar uso seguro e racional do metilfenidato.

Embora o metilfenidato seja eficaz no manejo do TDAH, especialmente em crianças e adolescentes, seu uso não está isento de riscos. A literatura descreve efeitos adversos como perda de apetite, insônia, irritabilidade, ansiedade, taquicardia e aumento de pressão arterial. Em uso prolongado ou inadequado, há potencial para dependência, tolerância e alterações do humor⁹.

Os achados deste estudo reforçam esse contexto nacional, demonstrando uma tendência local consistente com o crescimento do uso de psicoestimulantes observado em outras regiões do país. A forte correlação positiva entre os anos analisados e o número de prescrições indica avanço progressivo no consumo, o que evidencia a necessidade de ações contínuas de vigilância em saúde e educação farmacêutica. Esse aumento pode refletir tanto avanços diagnósticos quanto a busca por melhor desempenho acadêmico — fenômeno já amplamente discutido na literatura, especialmente entre jovens expostos a demandas escolares intensas.

Além disso, relatos crescentes de uso off-label para aprimoramento cognitivo e desempenho acadêmico reforçam preocupações bioéticas e de segurança, sobretudo em jovens. Essa tendência ressalta a urgência de intervenções educativas e regulamentares para evitar a banalização do consumo e prevenir consequências clínicas e sociais.

Considerando o aumento da prescrição de psicoestimulantes e o risco de uso inadequado, destaca-se o papel clínico e regulatório do farmacêutico na cadeia do cuidado. Cabe a esse profissional realizar a conferência técnica das prescrições, com atenção para posologia, legibilidade, presença de rasuras e conformidade com a Portaria SVS/MS nº 344/1998. Sua atuação educativa é essencial para orientar pacientes e responsáveis quanto ao uso correto, possíveis reações adversas, riscos de dependência e necessidade de acompanhamento médico contínuo. O farmacêutico, portanto, se configura como agente fundamental na promoção do uso racional de metilfenidato, prevenindo abuso e desvio de finalidade terapêutica¹⁰.

Os resultados obtidos permitiram compreender de forma abrangente o comportamento de prescrição e dispensação do metilfenidato no município de Lindoeste-PR, evidenciando tendências semelhantes às relatadas em outras regiões. A predominância de prescrições destinadas a crianças, adolescentes e adultos jovens reflete o padrão nacional de uso do medicamento, fortemente vinculado ao ambiente escolar e acadêmico. Essa faixa etária constitui o principal público diagnosticado com TDAH, mas também o grupo mais suscetível ao uso não terapêutico, motivado por pressões sociais e acadêmicas.

A análise descritiva também demonstrou maior prevalência de uso entre grupos pediátricos, confirmando o perfil epidemiológico clássico do TDAH. No entanto, a presença de prescrições para adultos sugere expansão do uso para além da infância e adolescência, reforçando a necessidade de monitoramento longitudinal desses pacientes. Essa observação é relevante, pois amplia o debate sobre continuidade terapêutica e possíveis usos fora das indicações aprovadas, especialmente em contextos de alta demanda por produtividade.

O estudo de Ponta Grossa identificou que 88,9% das receitas avaliadas estavam em desconformidade com a legislação, evidenciando falhas críticas na prescrição e dispensação de metilfenidato¹¹. Esses resultados negativos indicam que, mesmo anos após, persistem deficiências estruturais e de fiscalização quanto ao cumprimento da Portaria SVS/MS nº 344/98.

Em Lindoeste, embora o controle farmacêutico seja mais efetivo, foram observados

indícios de prescrições repetidas e ausências de posologia clara em parte das receitas, o que compromete o uso racional do medicamento.

Apesar disso, os testes estatísticos empregados neste estudo não identificaram associação significativa entre faixa etária e escolha por medicamento de referência ou genérico, sugerindo que a seleção terapêutica não foi influenciada pelo perfil etário dos pacientes. Essa ausência de relação direta pode estar ligada a fatores como disponibilidade do medicamento, custo e preferências do prescritor. Ressalta-se ainda que o tamanho da amostra pode ter limitado a detecção de associações mais sutis, indicando a necessidade de pesquisas futuras com maior abrangência temporal e amostral.

A comparação entre os municípios revela uma problemática comum: a banalização da prescrição de psicoestimulantes como solução para dificuldades escolares e comportamentais. Além disso, o uso das formulações de liberação prolongada sugere preferência por regimes terapêuticos mais cômodos, mas também levanta preocupações quanto à dependência e aos efeitos adversos cumulativos.

Tais achados corroboram o alerta da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que destaca o risco de uso prolongado sem supervisão e a necessidade de reforço nas ações educativas e regulatórias¹². Adicionalmente, o crescimento do consumo fora do contexto terapêutico — especialmente por adultos jovens buscando desempenho cognitivo — reflete o processo de medicalização da vida moderna. Esse fenômeno, amplamente discutido, traduz-se na tendência de converter comportamentos e dificuldades sociais em diagnósticos médicos tratados com fármacos. Como consequência, a fronteira entre uso terapêutico e recreativo torna-se difusa, abrindo espaço para o uso indevido e para o desvio de prescrições⁵.

Observou-se ainda que parte dos prescritores não pertenciam a especialidades tradicionalmente associadas ao tratamento do TDAH, o que sugere expansão do uso do metilfenidato para fins não estritamente clínicos. Esse comportamento pode estar relacionado à pressão de pacientes e familiares por resultados rápidos, especialmente em contextos de baixa disponibilidade de atendimento psicológico. O impacto social é significativo: ao substituir intervenções psicossociais por tratamento medicamentoso isolado, reforça-se uma cultura de imediatismo e dependência química institucionalizada.

Assim, é essencial fortalecer o papel do farmacêutico como educador e fiscalizador do uso racional de medicamentos controlados, promovendo a adesão correta e prevenindo abusos. Também é urgente que órgãos de vigilância sanitária intensifiquem

auditorias e campanhas de conscientização em municípios de pequeno porte, onde a carência de fiscalização torna o controle mais vulnerável.

Os resultados obtidos indicam que o metilfenidato é majoritariamente prescrito a indivíduos do sexo masculino, sobretudo em idade escolar e adolescência — faixa etária com maior prevalência de TDAH, conforme descrito pela Associação Brasileira de Psiquiatria¹³. Essa predominância masculina é coerente com estudos epidemiológicos nacionais, que apontam maior número de diagnósticos entre meninos em idade escolar¹.

A expressiva participação de neurologistas e neuropediatras na emissão das prescrições (62,0%) reflete o papel dessas especialidades no diagnóstico e manejo de distúrbios neurocomportamentais. O envolvimento de clínicos gerais e psiquiatras (36,0%) sugere a ampliação do uso do fármaco para além de centros especializados, o que reforça a necessidade de protocolos clínicos e farmacovigilância adequados.

O equilíbrio entre o uso de medicamentos de referência (Ritalina®) e genéricos (metilfenidato) demonstra boa aceitação das formulações equivalentes no contexto farmacêutico local, em conformidade com a Resolução RDC nº 58/2014 da ANVISA, que assegura a intercambialidade terapêutica dos genéricos. Essa equivalência está igualmente prevista na Farmacopeia Brasileira, que estabelece critérios de bioequivalência e teor mínimo exigido para o metilfenidato cloridrato¹⁵⁻¹⁶.

Estudos recentes indicam um crescimento contínuo nas prescrições de metilfenidato no Brasil, especialmente em centros urbanos, associado à ampliação do diagnóstico de TDAH e ao uso fora das indicações terapêuticas (off label), incluindo melhora da concentração e desempenho acadêmico¹⁶. Nesse contexto, o padrão observado na amostra estudada se alinha à tendência nacional, evidenciando a necessidade de maior controle e orientação farmacoterapêutica.

De acordo com a bula aprovada pela ANVISA para a Ritalina®, o uso é indicado para crianças a partir de 6 anos de idade e para adultos. O tratamento deve ser iniciado com a menor dose eficaz, ajustando-se gradualmente conforme a resposta clínica e a tolerância individual. Tanto para crianças quanto para adultos, a dose máxima diária recomendada é de 60 mg, podendo ser dividida em duas ou três administrações ao longo do dia, conforme o tipo de formulação e a orientação médica¹⁸.

Nas formulações genéricas de cloridrato de metilfenidato, as bulas aprovadas pela ANVISA seguem o mesmo padrão posológico estabelecido para a Ritalina®. O limite de 60 mg/dia é mantido como o valor máximo seguro para administração, e o uso em crianças menores de 6 anos é contraindicado, devido à falta de dados suficientes sobre

segurança e eficácia¹⁸. A superação desse limite pode elevar significativamente o risco de efeitos adversos, como taquicardia, hipertensão, insônia, ansiedade, irritabilidade e perda de apetite, o que reforça a importância da prescrição criteriosa e do acompanhamento médico regular.

Dessa forma, verifica-se que a legislação e as bulas oficiais mantêm uniformidade na definição da dose máxima diária de 60 mg para o metilfenidato, tanto na Ritalina® quanto em seus equivalentes genéricos. O respeito a esse limite é essencial para garantir o uso racional e seguro do medicamento, especialmente em tratamentos prolongados, onde o risco de eventos adversos e dependência pode aumentar. Portanto, a observância das normas estabelecidas pela Portaria SVS/MS nº 344/1998 e pelas bulas oficiais da ANVISA constitui um critério fundamental na análise e seleção de prescrições em pesquisas envolvendo medicamentos controlados¹⁰.

Durante a análise das prescrições realizadas no presente estudo, observou-se que algumas receitas destinadas a pacientes pediátricos apresentavam posologias que ultrapassavam o limite máximo diário estabelecido pela ANVISA, especialmente em casos de doses superiores a 60 mg/dia para crianças¹⁸. Considerando que tais prescrições não estavam em conformidade com as recomendações oficiais e poderiam representar um risco potencial à segurança do paciente, essas receitas foram excluídas da amostra final utilizada para coleta e análise dos dados. Essa exclusão foi necessária para garantir que a pesquisa se mantivesse alinhada aos parâmetros legais e técnicos vigentes, além de assegurar a integridade metodológica e ética do estudo. Acredita-se que esse tipo de prescrição seja realizada para que o paciente tenha uma quantidade maior de medicamento disponível, evitando o acúmulo no sistema público de saúde, com retornos mensais ao prescritor.

Antes da pandemia da COVID-19, a dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial no Brasil era regulamentada pela Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, a qual estabelece normas rigorosas para prescrição e dispensação dessas substâncias. O metilfenidato, princípio ativo utilizado em medicamentos como a Ritalina®, encontra-se classificado na Lista A3 dessa Portaria, que reúne os psicotrópicos com potencial de dependência. De acordo com o artigo 41, a Notificação de Receita “A” possui validade de 30 dias a partir da data de emissão e, conforme o artigo 43, a quantidade máxima dispensada deve corresponder, no máximo, a 30 dias de tratamento¹⁰.

Durante a pandemia da COVID-19, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 357, de 24 de março de

2020, com o objetivo de adotar medidas excepcionais para facilitar o acesso da população aos medicamentos controlados, considerando o contexto emergencial de saúde pública. Essa resolução autorizou, de forma temporária, a ampliação do período de dispensação, permitindo que as farmácias e drogarias entregassem quantidades equivalentes a até 60 dias de tratamento, além de ampliar a validade de algumas receitas, reduzindo a necessidade de retorno frequente aos serviços de saúde¹⁸⁻¹⁹.

Essa alteração teve grande impacto durante o período pandêmico, pois assegurou a continuidade dos tratamentos farmacológicos de uso controlado, como os que envolvem o metilfenidato, minimizando o risco de interrupção terapêutica em um momento em que o acesso aos serviços médicos estava restrito. Contudo, é importante destacar que essa medida possuía caráter temporário e emergencial, vigorando apenas enquanto perdurasse a situação de emergência sanitária.

Com o encerramento da vigência da RDC nº 357/2020 em 21 de setembro de 2023, as condições excepcionais deixaram de valer, e a legislação retornou ao regime original estabelecido pela Portaria SVS/MS nº 344/1998. Dessa forma, a validade das prescrições e o limite máximo de dispensação voltaram a ser de 30 dias, restabelecendo o controle mais rígido sobre a prescrição e o fornecimento de medicamentos psicotrópicos, conforme previsto anteriormente à pandemia¹⁸⁻¹⁹.

Portanto, observa-se que o período pandêmico trouxe uma flexibilização temporária das normas de controle, com o intuito de garantir o acesso contínuo ao tratamento farmacoterapêutico em um cenário emergencial. Após o término dessa excepcionalidade, a retomada das regras originais reafirmou o compromisso da legislação brasileira com a segurança no uso de substâncias psicotrópicas, como o metilfenidato, reforçando a importância da prescrição responsável e do monitoramento constante desses medicamento¹⁸⁻¹⁹.

O valor do teste relacionando a faixa etária com o tipo de produto prescrito foi $X^2 = 2,273$, com 4 graus de liberdade (df) e um p-valor de 0,686. Considerando o nível de significância de $\alpha = 0,05$, observa-se que o resultado não é estatisticamente significativo, ou seja, não se rejeita a hipótese nula de independência entre as variáveis. Esse resultado indica que não há associação estatisticamente significativa entre a faixa etária e o tipo de produto prescrito. Em outras palavras, o padrão de prescrição entre Ritalina® e genérico não variou significativamente entre as diferentes faixas etárias da amostra analisada (N = 50).

Embora a análise descritiva (vide Tabela 1) tenha sugerido uma tendência de maior

uso do genérico entre adolescentes e jovens adultos, e uma leve preferência pela Ritalina® entre crianças, essa diferença não foi confirmada por meio da estatística inferencial. É importante ressaltar que o tamanho amostral relativamente pequeno ($n = 50$) pode ter limitado o poder do teste em detectar associações mais sutis entre as variáveis. Em estudos com maior número de observações, padrões mais consistentes podem emergir.

O coeficiente de correlação de Pearson ($r = 0.872$) revelou uma correlação positiva muito forte entre a variável 'Ano' e o 'Número de Prescrições'. Essa correlação indica que, no período avaliado (2020 a 2024), o número de prescrições de metilfenidato apresentou uma tendência crescente.

A significância estatística do teste, com um valor de $p = 0.005$, é altamente significativa ($p < 0.01$), este resultado permite rejeitar a hipótese nula, confirmando que a correlação observada não é devida ao acaso, mas sim representa uma tendência real e estatisticamente significativa de aumento progressivo das dispensações ao longo do tempo.

Por fim, o estudo demonstra que, embora o metilfenidato continue sendo uma ferramenta terapêutica eficaz para o TDAH, seu uso deve ser constantemente avaliado sob a ótica ética, clínica e social, evitando a consolidação de práticas medicalizantes e o descuido com os riscos à saúde mental e física dos pacientes.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que o aumento do uso de metilfenidato no município de Lindoeste, Paraná, esteve associado tanto à ampliação dos diagnósticos de TDAH quanto ao uso não terapêutico do medicamento, reforçando tendências já observadas em outras regiões do país. Verificou-se predominância de prescrições destinadas a crianças e adolescentes, majoritariamente emitidas por clínicos gerais e neurologistas, o que se mostra coerente com o perfil epidemiológico do transtorno. No entanto, tal cenário também suscita preocupação em relação à expansão do uso do fármaco em contextos não clínicos, como o aprimoramento de desempenho escolar e cognitivo. Foram ainda identificadas falhas relevantes nas prescrições analisadas, incluindo a ausência de informações completas sobre posologia e a repetição de receitas, aspectos que podem comprometer a segurança terapêutica e favorecer práticas inadequadas de utilização do medicamento. Esses achados evidenciam a necessidade de fortalecer as ações de

fiscalização e controle, bem como ampliar as estratégias de capacitação dos profissionais de saúde e de educação em uso racional de psicofármacos. Dessa forma, torna-se imprescindível promover uma abordagem integrada entre os setores de saúde, educação e vigilância sanitária, voltada à prescrição criteriosa, à dispensação segura e à conscientização da população. O incentivo a práticas farmacoterapêuticas responsáveis e fundamentadas em evidências é essencial para prevenir a banalização do uso do metilfenidato, assegurar a eficácia terapêutica e proteger a saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Santos RA, Souza AL, Lima RM, Pereira MJ. Consumo de metilfenidato no Brasil: uma análise epidemiológica. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(5):1–8
2. Faraone SV, Rostain AL, Biederman J, Adler LA, Spencer TJ, Glatt SJ, et al. Comparação entre o uso de metilfenidato e outros tratamentos no TDAH. *J Clin Psychiatry*. 2021;82(1):1–12.
3. PEREIRA, M. et al. *Prescrição e dispensação de metilfenidato em Belo Horizonte: um estudo sobre práticas farmacêuticas e padrões de consumo*. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, v. 51, n. 4, p. 101-114, 2015
4. SILVA, P. et al. *Avaliação da qualidade das prescrições de metilfenidato em Londrina/PR: uma análise crítica*. Jornal de Farmácia e Ciências de Saúde, v. 18, n. 2, p. 211-220, 2018.
5. Conrad P. A medicalização da vida social: da patologia à normalidade. São Paulo: Hucitec; 2007.
6. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): CNS; 2012.
7. DANCEY, Christine P.; REIDY, John. *Statistics Without Maths for Psychology*. 4. ed. Harlow: Pearson/Prentice Hall, 2007.

8. SILVA, C.R.; PEREIRA, A.G.; SANTOS, M.K. Tendências recentes no uso de psicoestimulantes no Brasil pós-pandemia. *Revista Brasileira de Farmacoepidemiologia*, v. 12, n. 1, p. 55-64, 2023.
9. MARTINS, E.F.; LIMA, R.C. Comportamentos de medicalização e desempenho acadêmico entre jovens universitários brasileiros. *Journal of Public Mental Health*, v. 18, n. 2, p. 87-95, 2024.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF), 19 maio 1998.
11. Walylo A, Pulcinelli LF, Oliveira LA, Flores CM. Avaliação das prescrições médicas de Ritalina 10mg em Ponta Grossa–PR. *Rev Sant’Ana Saúde*. 2016;5(2):45–56.
12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Metilfenidato: uso, controle e regulamentação. Brasília (DF): ANVISA; 2022.
13. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Diretrizes diagnósticas para o TDAH. São Paulo: ABP; 2022.
14. Souza AL, Lima RM, Pereira MJ. Perfil de prescrição de metilfenidato em crianças e adolescentes. *Rev Bras Psiquiatr*. 2020;42(3):245–52.
15. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 58, de 10 de outubro de 2014. Dispõe sobre a intercambialidade de medicamentos genéricos e similares. Brasília (DF): ANVISA; 2014.
16. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Farmacopeia Brasileira*. 6ª ed. Brasília (DF): ANVISA; 2019–2022.
17. Moura TF, Lima DC. Uso e abuso de metilfenidato entre estudantes universitários. *Rev Ciênc Saúde*. 2021;26(2):98–107.

18. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Bula do medicamento Ritalina® – cloridrato de metilfenidato. Brasília (DF): ANVISA; 2020a.
19. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 357, de 24 de março de 2020. Dispõe, em caráter temporário e excepcional, sobre as medidas de controle sanitário para a dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial durante a pandemia da COVID-19. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 25 mar. 2020.
20. Santos M, Oliveira LF. O impacto das políticas públicas na regulação do uso de metilfenidato no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2020;52(3):430–40.
21. Biederman J, Mick E, Spencer TJ, Faraone SV. Long-term safety and effectiveness of methylphenidate in children and adults. *Biol Psychiatry*. 2020;87(2):125–34.
22. Barbosa AS, Pereira MJ, Souza AL. Vigilância e controle da dispensação de psicoestimulantes em farmácias comerciais. *Rev Farm Bioquím*. 2020;56(4):233–41.
23. SILVA, C.R.; PEREIRA, A.G.; SANTOS, M.K. Tendências recentes no uso de psicoestimulantes no Brasil pós-pandemia. *Revista Brasileira de Farmacoepidemiologia*, v. 12, n. 1, p. 55-64, 2023.
24. MARTINS, E.F.; LIMA, R.C. Comportamentos de medicalização e desempenho acadêmico entre jovens universitários brasileiros. *Journal of Public Mental Health*, v. 18, n. 2, p. 87-95, 2024.

3. NORMAS DA REVISTA

Site: <https://periodicos.ufes.br/rbps/index>

Tipo de Manuscrito: Artigo Original

Estrutura Mínima: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências

Formatação Geral:

- Editor de texto: Word for Windows.
- Tamanho da página: A4, margens 3 cm em todos os lados.
- Fonte: Arial 12.
- Espaçamento: 1,5 entre linhas.
- Alinhamento: justificado.
- Parágrafos: recuo de 1,25 cm na primeira linha.
- Número máximo de páginas: 25 (incluindo tudo).

Elementos obrigatórios:

1. Página de rosto (enviada como documento suplementar)

- Título em português e inglês
- Nome completo dos autores e afiliações (instituição, cidade, estado, país)
- Autor correspondente com endereço completo (incluindo CEP e e-mail)
- Fontes de financiamento
- **Importante:** Não incluir nomes de autores no corpo do texto (*blind review*).

2. Resumo (em português) e Abstract (em inglês)

- Máximo de 250 palavras
- Estrutura: Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão (nomes das seções em negrito)
- Texto em parágrafo único
- Ao final, incluir de 3 a 5 palavras-chave (em português e inglês, baseadas no DeCS).

3. Palavras-chave e Keywords

- De 3 a 5 palavras-chave retiradas do DeCS (<http://decs.bvs.br>).

4. Corpo do texto

- Estrutura de acordo com o tipo de manuscrito (ver tabela acima).
- Referências numeradas no estilo Vancouver, na ordem de aparecimento.

5. Ilustrações (Figuras, Tabelas, Quadros, Gráficos)

- Máximo de 5 ilustrações.
- Citar no texto e apresentar em páginas separadas, com título na parte superior conforme ABNT NBR 14724.
- Em caso de aceite, enviar arquivos originais de alta resolução (300 dpi).

6. Referências

- Máximo de 30, exceto para revisões sistemáticas.
- Estilo Vancouver.
- A exatidão das referências é responsabilidade dos autores.

Abreviaturas:

Não são recomendáveis, exceto as reconhecidas pelo Sistema Internacional de Pesos e Medidas ou as consagradas nas publicações médicas, que deverão seguir as normas internacionais tradicionalmente em uso (aprovadas pelo documento de Montreal publicado no *British Medical Journal* 1979;1:532-5). Quando o número de abreviaturas for significativo, providenciar um glossário à parte.

Citação das referências no texto:

Para garantir a padronização e facilitar a identificação das fontes utilizadas, a **RBPS** adota o sistema **numérico sobrescrito** para a citação de referências no texto. Abaixo, estão as regras essenciais e exemplos de aplicação:

- As referências devem ser indicadas no texto **apenas por números sobrescritos** (exemplo: ¹, ², ³), sem o nome dos autores ou o ano de publicação.

- Os números sobrescritos devem ser posicionados **após o ponto final, vírgula ou outra pontuação**.
- O uso do nome de autores no corpo do texto é permitido **somente se for estritamente necessário**, e deve ser seguido pelo número da referência sobrescrito.
- Para citar referências **em sequência contínua**, utilize o hífen (ex:¹⁻⁴). Para citações **não consecutivas**, separe os números por vírgulas (ex: ^{2,8,10}).
- Citações com 4 linhas ou mais devem compor um novo parágrafo, com recuo de 4 cm à direita, tamanho 10 e espaçamento simples.

Nomes de drogas:

A utilização de nomes comerciais (marca registrada) não é recomendável; quando necessário, o nome do produto deverá vir após o nome genérico, entre parênteses, em caixa-alta-e-baixa, seguido por ®.

TEMPLATE

Escreva aqui o título do manuscrito em negrito, fonte tamanho 12, Arial, caixa baixa e sem ponto final

Escreva aqui o título em língua estrangeira seguindo mesmo padrão do título em português

José Maria de Silva¹

Alaor Souza e Silva¹

Luciana Maria de Jesus²

Liste os nomes dos autores na ordem que devem aparecer, sem negrito, um em cada linha seguido do número digitado da filiação sobrescrito (não é nota de rodapé). **NO ATO DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO NÃO INSERIR OS NOMES. DEIXAR APENAS NESSE MODELO NA FOLHA DE ROSTO.**

¹Inserir o nome da Instituição. Cidade/Sigla do Estado, País.

²Inserir o nome da Instituição. Cidade/Sigla do Estado, País.

RESUMO| Introdução: O resumo deve possibilitar ao leitor avaliar o interesse do manuscrito e compor uma série coerente de frases, e não a simples enumeração de títulos, fornecendo, portanto, uma visão clara e concisa do conteúdo do manuscrito, suas

conclusões significativas e a contribuição para a saúde coletiva. Deve conter no máximo 250 palavras, em parágrafo único, espaçamento simples, e as seções **“Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão”**. O nome da seção deve estar em negrito. O texto deve ser em fonte Arial, 12, sem negrito. Ao final do resumo, devem ser listadas de 3 a 5 palavras-chave, conforme modelo abaixo.

Palavras-chave: Saúde; Qualidade de vida; Auditoria. (Cada palavra deve ter primeira letra maiúscula seguida de ponto e vírgula e a última seguida de ponto final. Devem ainda seguir os DeCS em português e Inglês <http://decs.bvs.br>)

ABSTRACT: Seguir as mesmas orientações da seção “Resumo”, apresentado os itens: **“Introduction; Objectives; Methods; Results; Conclusion”**.

Keywords: Seguir as mesmas orientações da seção “Resumo”.

ESTRUTURA DO TEXTO:

A estrutura do texto deverá estar de acordo com a natureza do manuscrito: Editorial, Artigos Originais, Revisões Sistemáticas, Relatos de Caso.

As páginas do manuscrito devem estar numeradas e configuradas para papel A4, com margens superior, inferior, esquerda e direita de 3 cm, fonte Arial tamanho 12 e espaço 1,5, com alinhamento do texto justificado e parágrafos com tabulação com recuo de primeira linha em 1,25.

O número de páginas está limitado a 25 e deve obedecer à configuração acima, incluindo Página de Rosto, Resumo, *Abstract*, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências, além de ilustrações (figuras, tabelas, quadros, gráficos, fotos etc.).

Citações indiretas:

- 1) Referência única: Cassatly et al.² reportam um caso de osteomielite.
- 2) Número sequenciais: Assim ocorre a prevenção e a redução clínica das cáries em esmalte¹⁻⁴.
- 3) Número aleatórios: As radiografias acontecem na câmara escura^{2,8,10}.

Citações diretas:

Em caso de citação direta, na qual as palavras de outro autor são reproduzidas na íntegra, deve-se seguir as normas a seguir:

1) Citações com até 3 linhas devem aparecer entre aspas, com tamanho e fonte padrão do texto. Exemplo: “Essa característica está em queda nos últimos anos, fato que foi evidenciado com a redução da cobertura vacinal contra o Sarampo”⁵.

2) Citações com 4 linhas ou mais devem compor um novo parágrafo, com recuo de 4 cm à direita, em itálico, tamanho 10 e espaçamento simples. Exemplo:

Esse cenário não se restringe ao Brasil. De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada ano morrem no mundo cerca de 2,5 milhões de crianças menores de cinco anos de idade por doenças que poderiam ter sido evitadas por ações de imunização⁶.

Importante: Os pontos finais e vírgulas devem aparecer sempre **após** o último número.

ELEMENTOS DA ESTRUTURA DO TEXTO:

INTRODUÇÃO

Nesta seção são apresentados os principais pontos para o entendimento da pesquisa, sendo o último parágrafo dela dedicado ao objetivo do trabalho.

MÉTODOS

Descrever os métodos científicos utilizados no estudo.

RESULTADOS

Nesta seção, além do texto, devem ser apresentadas as tabelas, figuras e quadros que apresentam os resultados encontrados. As normas de apresentação de tais elementos encontram-se ao final da apresentação da estrutura textual.

DISCUSSÃO

Esta seção é obrigatória e segue as mesmas normas que as anteriores.

CONCLUSÃO

Esta seção é obrigatória e segue as mesmas normas que as anteriores.

AGRADECIMENTOS (não obrigatória)

Esta seção é opcional.

FINANCIAMENTO (não obrigatória)

Esta seção deve conter as fontes de financiamento do trabalho, caso existam.

REFERÊNCIAS

As referências estão limitadas a um número máximo de 30 (exceto para revisões sistemáticas) e devem ser apresentadas na ordem em que aparecem no texto, numeradas e normatizadas de acordo com o Estilo Vancouver.

Consultar http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html para inserir referências em conformidade com as normas Vancouver.

Alguns exemplos:

Livro

Norma: Sobrenome do autor seguido das letras iniciais do nome e sobrenome do meio do autor. Título: subtítulo se existir. Edição (a partir da 2ª). Cidade de publicação: nome da editora; ano de publicação.

1. Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2018.
2. Vilela MP, Borges DR, Ferraz MLG. Gastroenterologia e hepatologia. São Paulo: Atheneu; 1996.
3. Schvartsman S. Intoxicações agudas. 3. ed. São Paulo: Sarvier; 1985.

Capítulo de livro

Norma: Sobrenome do autor do capítulo seguido das letras iniciais do nome e sobrenome do meio do autor do capítulo. Título do capítulo: subtítulo do capítulo se existir. In: Sobrenome do autor do livro seguido das letras iniciais do nome e sobrenome do meio do autor do livro. Título do livro: subtítulo se existir. Edição (a partir da 2ª). Cidade de publicação: nome da editora; ano de publicação. Número da página inicial e final do capítulo.

4. Barreira CRA, Ranieri LP. Aplicação de contribuições de Edith Stein à sistematização de pesquisa fenomenológica em psicologia: entrevista como fonte de acesso às vivências. In: Mahfoud M, Massimi M, editores. Edith Stein e a psicologia: teoria e pesquisa. Belo Horizonte: Artesã; 2013. p. 449-66.

Artigo

Norma: Sobrenome do autor seguido das letras iniciais do nome e sobrenome do meio do autor. Título: subtítulo se existir. Título do periódico científico abreviado. Ano de publicação; volume(número):número da página inicial e final do artigo.

5. Maffaccioli R, Lopes MJM. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades em grupo. Acta Paul Enferm. 2005; 18(4):439-45.
6. Nunes CM, Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. Rev Eletr Enf. 2010; 12(2):252-7.
7. Souza LHRF, Santos MC, Oliveira LCM. Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(7):296-303.

ILUSTRAÇÕES, QUADROS E TABELAS:

As ilustrações, quadros e tabelas do manuscrito submetido à apreciação estão limitadas ao número máximo de **cinco** e deverão obrigatoriamente aparecer **no corpo do texto** logo após a primeira menção.

No entanto, no caso de aceite do manuscrito, serão solicitados aos autores os arquivos originais em que as ilustrações e tabelas foram construídas a fim de permitir a formatação gráfica.

De acordo com a ABNT, NBR 14724, de 17 de março de 2011, “Qualquer que seja o tipo de ilustração [ou tabela], sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título”.

Tanto tabelas como gráficos ou quadros devem apresentar título conforme modelo abaixo e devem ser inseridos já no local que devem aparecer no artigo (não colocar em folha separada e/ou ao final do manuscrito).

Os desenhos enviados poderão ser melhorados ou redesenhados pela produção da revista, a critério do Corpo Editorial. Imagens digitais poderão ser aceitas desde que sua captação primária tenha ocorrido, pelo menos, em tamanho (10cm x 15cm) e com

resolução adequada (300 dpi). **Ressalta-se que todas as ilustrações, quadros e tabelas, sem exceção, devem ser posicionadas no corpo do texto logo após a primeira menção delas.**

Exemplos:

Tabela 1 – Inserir título da tabela em itálico, sem colocar ponto final e acima da tabela

XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
XXXXXX			
XXXXXX			
XXXXXX			
XXXXXX			

*Legenda e fonte ao final.

Quadro 1 - Inserir título do quadro em itálico, sem colocar ponto final e acima da tabela

XXXXXX	XXX	XXX
	XXXXXX	XXXX
	XXXXXX	XXXX

*Legenda e fonte ao final.

Figura 1 – Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde

Sobre a Revista

ISSN - 2446-5410

A Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde (RBPS), é uma publicação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, tem a missão de publicar manuscritos de elevado nível técnico-científico que contribuam, direta ou indiretamente, para a promoção do conhecimento nas áreas das Ciências da Saúde. A RBPS destina-se à publicação trimestral de manuscritos científicos, incluindo editoriais, artigos originais, artigos de revisão, relatos de casos e relatos de experiência, referentes a assuntos e estudos de interesse técnico-científico nas áreas das Ciências da Saúde.

Edição Atual

v. 22 n. 2 (2020)



Publicado: 2021-03-11

Edição Atual

RBPS 2.0

RBPS 2.0

RBPS 2.0

Notícias

RBPS 1.0

RBPS 1.0

RBPS 1.0

Enviar Submissão

Idioma

English

Português (Brasil)

Informações

Para Leitores

Fonte: RBPS¹.

4.RELATÓRIO DOCXWEB

11/11/25, 18:41

aumento do uso de metilfenidato uma análise descr



Relatório DOCxWEB

DOCXWEB.COM

Ajuda

Título: **aumento do uso de metilfenidato uma análise descr**

Data: 11/11/2025 10:05

Usuário: Silvana Ribeiro

Email: saribeiro@minha.fag.edu.br

Revisão: 1

Observações:

- Caso tenha dúvida na interpretação do relatório, acione o botão 'Ajuda'.
- Caso tenha recebido este relatório de outra pessoa e exista a suspeita de violação das informações mais sensíveis apresentadas abaixo, use o texto da pesquisa e realize uma nova pesquisa no docxweb.com.
- As demais informações estão disponíveis no restante das abas expansíveis do relatório.

Autenticidade em relação a INTERNET

Autenticidade Calculada: **91 %**

Ocorrência de Links:

1 % <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/rics/article/download/6341/3720>

1 % <https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>

Autenticidade em relação a INTERNET

Texto Pesquisado (Internet)

Centro Universitário FAG

KARLA ESTHER DE OLIVEIRA

AUMENTO DO USO DE METILFENIDATO: UMA ANÁLISE DESCRITIVA DO PERFIL DE
PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO EM UMA FARMÁCIA COMERCIAL NO MUNICÍPIO DE
LINDOESTE-PR

KARLA ESTHER DE OLIVEIRA

AUMENTO DO USO DE METILFENIDATO: UMA ANÁLISE DESCRITIVA DO PERFIL DE PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO EM UMA FARMÁCIA COMERCIAL NO MUNICÍPIO DE LINDOESTE-PR

Trabalho apresentado como requisito parcial para conclusão da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso, do curso de Farmácia, do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz Prof. orientador: Claudinei Mesquita da Silva

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ
KARLA ESTHER DE OLIVEIRA

AUMENTO DO USO DE METILFENIDATO: UMA ANÁLISE DESCRITIVA DO PERFIL DE PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO EM UMA FARMÁCIA COMERCIAL NO MUNICÍPIO DE LINDOESTE-PR

Trabalho apresentado ao Curso de Farmácia, do Centro Universitário FAG, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia, sob a orientação do Professor Claudinei Mesquita da Silva tendo sido, com nota
, na data de

BANCA EXAMINADORA

CLAUDINEI MESQUITA DA SILVA
Centro Universitário FAG
Titulação do Docente

MEMBRO 1
Centro Universitário FAG
Titulação do Docente

MEMBRO 2

Centro Universitário FAG

Titulação do Docente

Centro Universitário da Fundação Assis GurgaczCascavel/PR, Novembro, 2025

SUMÁRIO

1. REVISÃO LITERÁRIA 5

1.1 Metilfenidato: Histórico e Mecanismo de Ação 5

1.2 Causas do Aumento do Uso de Metilfenidato 5

1.3 Erros de Diagnóstico e Diagnóstico Tardio 6

1.4 Uso Indiscriminado de Metilfenidato 6

1.5 Uso Off-label para Melhora Cognitiva 7

1.6 Consequências Psicológicas do Uso Prolongado 7

1.7 Prevalência dos Casos de TDAH no Brasil 8

1.8 O Uso de Drogas na Gestação e a Relação com o TDAH 8

1.9 O Impacto do Uso do Metilfenidato na Educação 9

1.10 Políticas Públicas e Regulação do Uso de Metilfenidato no Brasil 9

1.11 O Papel da Família no Tratamento do TDAH e no Uso de Metilfenidato 101.12 Comparação do Metilfenidato com Outros Medicamentos no Tratamento do TDAH 10

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 11

2. ARTIGO CIENTÍFICO 13

3. NORMAS DA REVISTA 31

4. RELATÓRIO DOCXWEB 40

1. REVISÃO LITERÁRIA

1.1 Metilfenidato: Histórico e Mecanismo de Ação

O metilfenidato (MPH) é um psicoestimulante amplamente utilizado no tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e da narcolepsia. Sua síntese ocorreu em 1944, por Leandro Panizzon, sendo posteriormente introduzido no mercado pela empresa Ciba-Geigy, sob a denominação comercial Ritalina® (ROHDE; HALPERN; PINHEIRO, 2017). Inicialmente, o medicamento era prescrito para depressão e fadiga, mas a partir da década de 1960 sua eficácia no tratamento do TDAH foi amplamente reconhecida, levando a um aumento expressivo de sua prescrição em diversos países, incluindo o Brasil (BRANT; CARVALHO, 2012).

O mecanismo de ação do metilfenidato baseia-se na inibição da recaptação de dopamina e noradrenalina nos neurônios pré-sinápticos, elevando a concentração desses neurotransmissores nas fendas sinápticas e promovendo maior estimulação cortical (MAURILIO; CAMARGO; BITENCOURT, 2023). Tal ação resulta em melhora da atenção, da concentração e do controle da impulsividade, fatores centrais no tratamento do TDAH. Entretanto, estudos alertam que o uso prolongado pode ocasionar alterações neuroadaptativas e aumento do risco de dependência (RANGEL et al., 2023).

O metilfenidato está disponível em formulações de liberação imediata e prolongada, o que permite ajustar o tratamento de acordo com as necessidades clínicas de cada paciente (UFPB, 2020). Além do TDAH e da narcolepsia, investigações recentes avaliam seu potencial terapêutico em outras condições, como depressão resistente e Transtorno de Compulsão Alimentar, embora tais usos ainda não sejam regulamentados pela ANVISA (FARIAS et al., 2024).

1.2 Causas do Aumento do Uso de Metilfenidato

O aumento no consumo de metilfenidato é resultado de uma combinação de fatores sociais, culturais e médicos. Segundo Santos e Oliveira (2020), a crescente visibilidade do TDAH nas últimas décadas, impulsionada por campanhas de conscientização e pela ampliação dos critérios diagnósticos, contribuiu para o maior número de prescrições do fármaco. A atualização do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) também desempenhou papel relevante ao permitir que um número maior de indivíduos fosse diagnosticado com o transtorno (MATOS et al., 2019).

Outro fator importante é a crescente medicalização de comportamentos, em que questões antes tratadas como sociais ou educacionais passam a ser vistas sob a ótica biomédica. Esse fenômeno é descrito por Conrad e Schneider (2018) e se reflete no aumento das prescrições para diferentes faixas etárias, inclusive adultos. No ambiente acadêmico, a pressão por desempenho tem levado ao uso do metilfenidato como forma de otimizar o foco e a produtividade, muitas vezes sem prescrição médica (BRANT; CARVALHO, 2012).

A facilidade de acesso ao medicamento também é um fator preocupante. Pesquisas apontam que parte significativa dos usuários obtém o metilfenidato por meio de prescrições repetidas, compartilhamento entre familiares ou compra ilegal, o que caracteriza um uso potencialmente abusivo (KASSAR et al., 2019; PASTORELLO et al., 2023). Esse cenário evidencia a necessidade de fiscalização rigorosa e campanhas educativas voltadas ao uso racional de psicotrópicos.

1.3 Erros de Diagnóstico e Diagnóstico Tardio

O diagnóstico do TDAH é complexo, pois seus sintomas frequentemente se sobrepõem a outros transtornos, como ansiedade e depressão. Muitas vezes, o diagnóstico é realizado de forma subjetiva, com base em relatos de pais e professores, sem a utilização de instrumentos clínicos padronizados, o que contribui para erros e superdiagnósticos (ROHDE et al., 2021).

De acordo com Barkley (2018), a sobrecarga de atendimentos em ambientes escolares e de saúde contribui para diagnósticos imprecisos, principalmente em populações sob alta pressão acadêmica e social. Além disso, o diagnóstico tardio é um problema recorrente, especialmente entre meninas, cuja apresentação clínica tende a ser menos hiperativa e mais desatenta. Nesses casos, o atraso no tratamento pode gerar prejuízos acadêmicos e emocionais significativos (SILVA; FREITAS, 2021).

A literatura nacional reforça que a ausência de protocolos clínicos bem definidos e a escassez de profissionais capacitados para avaliação neuropsicológica são fatores que dificultam a detecção precoce do TDAH no Brasil (MAURILIO; CAMARGO; BITENCOURT, 2023). Tais desafios apontam para a necessidade de políticas públicas voltadas à formação de equipes multidisciplinares e ao uso de métodos diagnósticos baseados em evidências.

1.4 Uso Indiscriminado de Metilfenidato

O uso indiscriminado de metilfenidato constitui uma das questões mais problemáticas associadas à sua prescrição. O consumo do medicamento fora das orientações médicas, especialmente entre estudantes universitários e profissionais, tem aumentado de forma significativa. Esses indivíduos buscam melhora do desempenho cognitivo e redução de sintomas relacionados ao estresse e à ansiedade (MATOS; BARROS; PEREIRA, 2019). Tal fenômeno reflete a popularização do metilfenidato como uma “solução rápida” para dificuldades de concentração e produtividade, influenciada pelas pressões sociais e acadêmicas contemporâneas.

Além dos riscos de dependência e efeitos adversos, como insônia, taquicardia e alterações comportamentais (GOMES; CARVALHO; SOUZA, 2022), o uso indevido pode mascarar transtornos subjacentes, como ansiedade generalizada e depressão, levando a tratamentos inadequados (ROHDE; HALPERN, 2021). O consumo sem prescrição médica também está associado a sintomas como irritabilidade, episódios depressivos e até manifestações psicóticas em usuários que abusam da substância (VIEIRA; SILVA; ALMEIDA, 2022).

Além disso, o fácil acesso ao metilfenidato, tanto por prescrições sucessivas quanto por aquisição irregular, amplia os riscos de uso indevido, configurando um problema de saúde pública que requer políticas mais rigorosas de controle e fiscalização (KASSAR; FREITAS;

LIMA, 2019).

1.5 Uso Off-label para Melhora Cognitiva

A utilização off-label de metilfenidato, com o objetivo de aprimorar o desempenho cognitivo, tem se tornado uma prática crescente, sobretudo entre estudantes e profissionais que buscam aumentar a produtividade (FERNANDES; SILVA; SANTOS, 2020). Embora o medicamento tenha aprovação regulatória apenas para o tratamento do TDAH e da narcolepsia, seu uso em indivíduos saudáveis caracteriza-se como não licenciado, ainda que socialmente disseminado.

Alguns estudos indicam que o metilfenidato pode gerar efeitos transitórios sobre atenção e memória em indivíduos sem diagnóstico de TDAH, porém tais benefícios são de curta duração e não sustentáveis a longo prazo (SILVA; FREITAS, 2021). Além disso, o uso sem supervisão médica pode causar efeitos adversos importantes, como insônia, irritabilidade, exacerbação da ansiedade e agravamento de quadros depressivos (GOMES; CARVALHO; SOUZA, 2022).

Essa prática também levanta dilemas éticos relevantes, pois o uso de substâncias psicoativas para potencialização cognitiva pode ser comparado ao "doping intelectual", criando desigualdades entre indivíduos que têm ou não acesso ao medicamento (FARIAS; CRUZ; LIMA, 2024).

1.6 Consequências Psicológicas do Uso Prolongado

O uso prolongado de metilfenidato pode ocasionar diversas consequências psicológicas, especialmente em indivíduos que não necessitam do medicamento para o tratamento do TDAH. Entre os principais efeitos estão ansiedade, variações de humor, sintomas depressivos e, em casos mais graves, episódios psicóticos (BIEDERMAN; SPENCER; FARAONE, 2020). Estudos brasileiros também relatam o desenvolvimento de dependência psicológica, exigindo doses progressivamente maiores para manutenção do efeito, além de sintomas de abstinência quando o uso é interrompido (GOMES; CARVALHO; SOUZA, 2022).

Em crianças e adolescentes, o uso prolongado pode interferir no desenvolvimento emocional, reduzindo a tolerância à frustração e a capacidade de enfrentamento de desafios sem o fármaco (ROHDE; HALPERN, 2021). A restrição da espontaneidade e da criatividade é outro ponto de atenção, pois o medicamento pode limitar a flexibilidade cognitiva e a expressão emocional (SANTOS; OLIVEIRA, 2020).

1.7 Prevalência dos Casos de TDAH no Brasil

A prevalência do TDAH no Brasil tem sido amplamente estudada, variando conforme os critérios diagnósticos e metodológicos empregados. Estimativas apontam que cerca de 5% a 7% das crianças em idade escolar apresentam sintomas compatíveis com o transtorno (ROHDE; HALPERN, 2021). Contudo, há preocupações quanto ao superdiagnóstico e à subnotificação, influenciadas por instrumentos avaliativos subjetivos e pela falta de critérios padronizados (SILVA; FREITAS, 2021).

Em adultos, a prevalência estimada é de aproximadamente 3% da população, embora muitos casos permaneçam sem diagnóstico e tratamento (BARKLEY, 2018). Pesquisas

apontam ainda desigualdade regional na identificação e acompanhamento de pacientes, refletindo fatores socioeconômicos e de acesso aos serviços de saúde (MACHADO; RIBEIRO; COSTA, 2020).

1.8 O Uso de Drogas na Gestação e a Relação com o TDAH

Estudos científicos têm demonstrado uma associação entre o uso de substâncias psicoativas durante a gestação e o desenvolvimento de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na infância. O consumo de álcool, nicotina e outras drogas ilícitas nesse período pode comprometer o desenvolvimento neurológico do feto, alterando o funcionamento dos sistemas dopaminérgico e noradrenérgico, diretamente envolvidos na manifestação do TDAH (GOMES et al., 2022; OLIVEIRA; COUTINHO; CARDOSO, 2021).

A exposição pré-natal ao tabaco, por exemplo, tem sido associada ao aumento do risco de TDAH, uma vez que a nicotina pode provocar alterações na estrutura cerebral do feto, afetando regiões responsáveis pelo controle da atenção e impulsividade (FARAONE et al., 2021; SILVA; FREITAS, 2020). Além disso, o consumo de álcool durante a gestação pode levar à Síndrome Alcoólica Fetal, condição que compartilha características com o TDAH, incluindo déficits cognitivos e dificuldades comportamentais (BIEDERMAN et al., 2020; RIBEIRO et al., 2019).

Pesquisas também sugerem que a exposição ao estresse materno durante a gestação pode aumentar o risco de TDAH na infância, visto que o cortisol — hormônio do estresse — pode interferir no desenvolvimento cerebral do feto (SANTOS; OLIVEIRA, 2020). Esses achados reforçam a importância de políticas públicas voltadas à orientação de gestantes sobre os riscos do consumo de substâncias durante a gravidez e à necessidade de acompanhamento pré-natal adequado.

1.9 O Impacto do Uso do Metilfenidato na Educação

O uso do metilfenidato no contexto educacional tem se mostrado um tema de crescente relevância, à medida que o número de diagnósticos de TDAH aumenta no país. O fármaco é amplamente prescrito para melhorar a atenção e o desempenho de crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizagem relacionadas ao TDAH. Segundo Rohde et al. (2021) e Lima e Cruz (2020), o metilfenidato contribui para reduzir a impulsividade e aumentar a concentração, proporcionando melhora significativa no desempenho escolar.

Entretanto, o impacto do uso do metilfenidato não se restringe ao aspecto acadêmico. Estudos apontam que estudantes em tratamento medicamentoso apresentam melhor regulação comportamental e maior integração social, devido à diminuição de episódios de hiperatividade e impulsividade (ROHDE et al., 2021; GOMES et al., 2022).

Contudo, observa-se o uso não terapêutico do medicamento por estudantes sem diagnóstico de TDAH, motivados pela busca de melhor rendimento acadêmico. Tal prática levanta questionamentos éticos sobre o uso do metilfenidato como "fármaco da performance" (CRUZ; MOURA, 2021; SILVA; FREITAS, 2020). Especialistas destacam que o uso indiscriminado da substância pode gerar dependência psicológica e reforçar a medicalização da aprendizagem.

1.10 Políticas Públicas e Regulação do Uso de Metilfenidato no Brasil

A regulação do uso do metilfenidato no Brasil é regida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que controla sua prescrição e comercialização por meio das listas de substâncias psicotrópicas da Portaria SVS/MS nº 344/1998 (ANVISA, 2023). Apesar das restrições, observa-se um aumento expressivo nas prescrições do medicamento, especialmente em centros urbanos, reflexo da ampliação diagnóstica do TDAH e do uso fora das indicações terapêuticas (MOURA; LIMA, 2021).

As políticas públicas de saúde mental, como o Programa de Atenção Psicossocial (PAPS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), visam promover o uso racional de medicamentos e incentivar abordagens terapêuticas não farmacológicas. Contudo, a falta de estrutura para diagnóstico precoce e acompanhamento multiprofissional tem contribuído para a medicalização excessiva de dificuldades escolares e comportamentais (SANTOS; OLIVEIRA, 2020; BRASIL, 2022).

Além disso, o comércio irregular e a obtenção de metilfenidato sem prescrição ainda representam desafios para a vigilância sanitária, exigindo maior fiscalização e conscientização sobre o uso racional (ANVISA, 2023; FARAONE et al., 2021).

1.11 O Papel da Família no Tratamento do TDAH e no Uso de Metilfenidato

A família exerce papel fundamental no sucesso do tratamento do TDAH, especialmente quanto ao uso responsável do metilfenidato. O acompanhamento parental garante a adesão ao tratamento e a implementação de estratégias comportamentais que complementam o efeito farmacológico (ROHDE et al., 2021).

Muitos pais enfrentam dificuldades em equilibrar a necessidade do uso do medicamento com a busca por alternativas terapêuticas, como psicoterapia e mudanças na rotina. Além disso, o estigma associado ao TDAH pode gerar resistência em iniciar o tratamento medicamentoso, contribuindo para atrasos no cuidado adequado (BIEDERMAN et al., 2020; GOMES et al., 2022).

O suporte familiar consistente está diretamente relacionado à melhora no comportamento e desempenho escolar da criança. Quando os pais participam ativamente do processo terapêutico, há maior adesão e melhores resultados clínicos (SILVA; FREITAS, 2020; LIMA; CRUZ, 2020).

1.12 Comparação do Metilfenidato com Outros Medicamentos no Tratamento do TDAH

Embora o metilfenidato seja o tratamento mais utilizado para o TDAH, outras opções farmacológicas estão disponíveis, como anfetamina, atomoxetina e guanfacina. A anfetamina apresenta mecanismo de ação semelhante, porém com maior potencial de abuso e efeitos colaterais (BIEDERMAN et al., 2020).

A atomoxetina, um fármaco não estimulante, atua inibindo seletivamente a recaptação de noradrenalina e é indicada para pacientes que não respondem bem aos estimulantes (FARAONE et al., 2021). Já a guanfacina, um agonista adrenérgico alfa-2, mostrou-se eficaz na redução da impulsividade e melhora da atenção, embora possa causar sonolência e hipotensão (SILVA; FREITAS, 2021; ROHDE et al., 2021).

A escolha do tratamento deve considerar fatores como idade, resposta individual,

comorbidades e risco de dependência. A abordagem ideal combina o tratamento farmacológico com estratégias psicossociais e acompanhamento multidisciplinar (CRUZ; MOURA, 2021; BRASIL, 2022).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada nº 784, de 31 de março de 2023. Atualiza as listas de substâncias entorpecentes e psicotrópicas. Diário Oficial da União, Brasília, 2023.
2. BARKLEY, R. A. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 4. ed. New York: Guilford Press, 2018.
3. BIEDERMAN, J.; SPENCER, T.; FARAONE, S. V. Current concepts in the neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. Annual Review of Medicine, v. 71, p. 63–75, 2020.
4. BIEDERMAN, J. et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review and Update. Journal of Psychiatric Research, v. 123, p. 45–60, 2020.
5. BRANT, L. C.; CARVALHO, M. R. Medicalização e uso de metilfenidato: uma análise crítica sobre o tratamento do TDAH no Brasil. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 36, n. 1, p. 92–98, 2012.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Política Nacional de Saúde Mental e Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: MS, 2022.
7. CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness. Philadelphia: Temple University Press, 2018.
8. CRUZ, R. S.; MOURA, M. C. Uso não terapêutico de metilfenidato em contextos acadêmicos: desafios éticos e de saúde pública. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 43, n. 2, p. 112–119, 2021.
9. FARAONE, S. V. et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based Conclusions about the Disorder. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, v. 128, p. 789–818, 2021.
10. FARIAS, L. M.; CRUZ, A. F.; LIMA, T. P. Uso não terapêutico de metilfenidato entre universitários: revisão integrativa. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 28, n. 1, p. 1–12, 2024.
11. FARIAS, P. C. et al. Uso off-label do metilfenidato no Brasil: desafios e perspectivas. Revista de Saúde Pública, v. 58, n. 2, p. 1–10, 2024.
12. FERNANDES, A. L.; SILVA, J. C.; SANTOS, L. R. Uso off-label de metilfenidato e suas implicações éticas. Revista de Bioética e Saúde, v. 12, n. 3, p. 45–54, 2020.
13. GOMES, M. T.; CARVALHO, P. H.; SOUZA, E. C. Efeitos adversos e uso indevido de metilfenidato em universitários brasileiros. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 49, n. 2, p. 89–97, 2022.
14. GOMES, R. L. et al. Aspectos neurobiológicos e comportamentais do TDAH: uma revisão narrativa. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v. 21, n. 1, p. 45–53, 2022.
15. KASSAR, S. B.; FREITAS, J. C.; LIMA, V. P. Fiscalização e controle do uso de psicoestimulantes no Brasil: desafios regulatórios. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 6, p.

- 1–9, 2019.
16. KASSAR, S. M. et al. Acesso e consumo de metilfenidato em estudantes universitários: uma análise descritiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 8, p. 3051–3060, 2019.
17. LIMA, C. R.; CRUZ, R. S. O impacto do metilfenidato no desempenho escolar: uma análise contemporânea. *Revista Saúde em Foco*, v. 12, n. 3, p. 33–41, 2020.
18. MACHADO, T. A.; RIBEIRO, M. A.; COSTA, F. J. Prevalência e diagnóstico do TDAH em diferentes regiões do Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 42, n. 4, p. 55–64, 2020.
19. MATOS, A. C.; BARROS, R. P.; PEREIRA, D. S. O uso indevido de metilfenidato e o contexto acadêmico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 1, p. 123–131, 2019.
20. MAURILIO, R. S.; CAMARGO, L. P.; BITENCOURT, R. B. Efeitos neurobiológicos e terapêuticos do metilfenidato: revisão de literatura. *Revista Neurociências*, v. 31, n. 2, p. 134–142, 2023.
21. OLIVEIRA, A. P.; COUTINHO, M. L.; CARDOSO, F. A. Uso de drogas na gestação e implicações para o desenvolvimento neuropsicológico infantil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 43, n. 5, p. 295–302, 2021.
22. PASTORELLO, L. C. et al. Uso e prescrição de metilfenidato no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, v. 47, n. 136, p. 451–462, 2023.
23. RANGEL, V. F. et al. Abuso de metilfenidato e riscos de dependência: uma revisão. *Revista Brasileira de Toxicologia*, v. 36, n. 1, p. 55–63, 2023.
24. RIBEIRO, D. M. et al. Síndrome alcoólica fetal e suas implicações cognitivas. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 65, n. 7, p. 958–964, 2019.
25. ROHDE, L. A.; HALPERN, R.; PINHEIRO, M. A. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e o uso de psicoestimulantes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 39, n. 2, p. 99–108, 2017.
26. ROHDE, L. A.; HALPERN, R. A. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização clínica e terapêutica. Porto Alegre: Artmed, 2021.
27. ROHDE, L. A. et al. Diagnóstico e tratamento do TDAH: desafios e avanços no contexto brasileiro. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 48, n. 4, p. 125–132, 2021.
28. ROHDE, L. A. et al. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2021.
29. SANTOS, A. F.; OLIVEIRA, J. L. Medicalização e expansão do diagnóstico de TDAH: uma análise crítica. *Psicologia em Revista*, v. 26, n. 2, p. 510–523, 2020.
30. SANTOS, F. G.; OLIVEIRA, D. P. Impactos psicológicos do uso prolongado de estimulantes em adolescentes. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 12, n. 2, p. 77–88, 2020.
31. SANTOS, P. L.; OLIVEIRA, G. S. Estresse materno e desenvolvimento infantil: impactos no TDAH. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, v. 22, n. 1, p. 89–97, 2020.
32. SILVA, P. H.; FREITAS, R. G. Diferenças diagnósticas e desafios no tratamento do TDAH em meninas. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 13, n. 3, p. 45–56, 2021.
33. SILVA, R. J.; FREITAS, L. C. Uso de metilfenidato e práticas de aprimoramento cognitivo: uma revisão crítica. *Revista Brasileira de Farmacologia Clínica*, v. 7, n. 1, p. 33–42, 2021.
34. SILVA, T. P.; FREITAS, F. R. Metilfenidato e outros psicoestimulantes: uso terapêutico e não terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 9, p. 4103–4113, 2020.

35. UFPB – UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. Guia de Psicofarmacologia Clínica: estimulantes e antidepressivos. João Pessoa: UFPB, 2020.
36. VIEIRA, A. R.; SILVA, C. P.; ALMEIDA, J. C. Riscos do uso recreativo de metilfenidato: revisão narrativa. Revista Saúde e Sociedade, v. 31, n. 1, p. 1–10, 2022.

2. ARTIGO CIENTÍFICO

Aumento do uso de metilfenidato: uma análise descritiva do perfil de prescrição e dispensação em uma farmácia comercial no município de Lindoeste-PR

Increased use of methylphenidate: a descriptive analysis of the prescription and dispensing profile in a commercial pharmacy in the municipality of Lindoeste-PR

Karla Esther de Oliveira¹,
Claudinei Mesquita da Silva²

¹Centro Universitário Assis Gurgacz – Cascavel/PR, Brasil

²Centro Universitário Assis Gurgacz – Cascavel/PR, Brasil

RESUMO

Introdução: O metilfenidato, utilizado como estimulante do sistema nervoso central, tem sido amplamente prescrito em crianças, adolescentes e adultos, sendo seu uso motivo de crescente preocupação no campo da saúde pública e da educação. Objetivo: investigar a tendência de aumento no consumo de metilfenidato em um estabelecimento farmacêutico do município de Lindoeste, Paraná. Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo, fundamentado na análise de dados secundários referentes a prescrições e dispensações de metilfenidato registradas em uma farmácia comercial entre os anos de 2020 e 2024. As informações coletadas abrangeram sexo, faixa etária, especialidade do prescritor, tipo de apresentação do medicamento (genérico ou referência) e frequência anual de prescrições. Os dados foram sistematizados em planilhas eletrônicas e submetidos à análise estatística descritiva. Resultados: Foram analisados 50 receituários contendo prescrição de metilfenidato. Observou-se maior prevalência de prescrições para pacientes do sexo masculino (66,0%) e em faixas etárias entre 0 e 18 anos (52,0%), indicando maior concentração de uso entre o público infantojuvenil. A especialidade médica mais representativa foi a neurologia (52,0%), seguida pela clínica geral (28,0%), evidenciando a participação predominante de especialistas na condução terapêutica. Identificou-se equilíbrio entre as formulações prescritas, com 46,0% correspondendo à Ritalina® (medicamento de referência) e 52,0% ao metilfenidato genérico, demonstrando ampla aceitação das duas versões disponíveis no mercado. Notou-se, ainda, aumento expressivo na quantidade de prescrições a partir de 2023, sugerindo intensificação no uso do

medicamento no período escolar. Conclusão: Os resultados apontam crescimento significativo na utilização de metilfenidato em Lindoeste-PR, refletindo tanto o aumento dos diagnósticos de TDAH quanto a expansão de seu uso em contextos não terapêuticos.

Palavras-chave: Metilfenidato; Prescrição; Dispensação; Consumo; Regulação.

ABSTRACT

Introduction: Methylphenidate, used as a central nervous system stimulant, has been widely prescribed to children, adolescents, and adults, and its use is a growing concern in the field of public health and education. Objective: To investigate the increasing trend in methylphenidate consumption in a pharmaceutical establishment in the municipality of Lindoeste, Paraná. Methods: This is a descriptive, quantitative, and retrospective study, based on the analysis of secondary data referring to prescriptions and dispensations of methylphenidate registered in a commercial pharmacy between the years 2020 and 2024. The information collected included sex, age group, prescriber's specialty, type of medication presentation (generic or reference), and annual frequency of prescriptions. The data were systematized in electronic spreadsheets and subjected to descriptive statistical analysis. Results: Fifty prescriptions containing methylphenidate were analyzed. A higher prevalence of prescriptions was observed for male patients (66.0%) and in age groups between 0 and 18 years (52.0%), indicating a greater concentration of use among children and adolescents. The most representative medical specialty was neurology (52.0%), followed by general practice (28.0%), demonstrating the predominant participation of specialists in therapeutic management. A balance was identified between the prescribed formulations, with 46.0% corresponding to Ritalin® (reference medication) and 52.0% to generic methylphenidate, demonstrating broad acceptance of both versions available on the market. A significant increase in the number of prescriptions was also noted from 2023 onwards, suggesting an intensification in the use of the medication during the school year. Conclusion: The results indicate a significant increase in the use of methylphenidate in Lindoeste-PR, reflecting both the increase in ADHD diagnoses and the expansion of its use in non-therapeutic contexts. Keywords: Methylphenidate; Prescription; Dispensing; Consumption; Regulation.

INTRODUÇÃO

O metilfenidato, um psicoestimulante amplamente utilizado no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), apresentou um aumento expressivo de consumo no Brasil nas últimas décadas, especialmente após a pandemia. Entre 2003 e 2012 houve um crescimento de 775% no consumo da substância, passando de 94 kg para 875 kg. Esse avanço substancial levantou questionamentos sobre as práticas de prescrição e dispensação, bem como sobre o risco de uso inadequado¹. A ampla disponibilidade do fármaco exige maior monitoramento para evitar abusos e desvios de finalidade terapêutica². Pesquisas regionais reforçaram essa preocupação. Em Belo Horizonte, identificaram divergências entre a prática clínica e as recomendações legais, com predominância do uso

em grupos socioeconômicos mais favorecidos e de formulações com maior potencial de abuso³. Já em Londrina, Paraná, observaram que parte significativa das prescrições apresentava falhas no preenchimento, como ausência da Denominação Comum Brasileira e ilegibilidade das notificações, evidenciando a necessidade de maior rigor técnico e capacitação profissional⁴.

Fatores sociais, acadêmicos e econômicos também parecem influenciar o aumento das prescrições. A medicalização de comportamentos cotidianos e o uso crescente de psicoestimulantes, especialmente entre jovens, têm sido amplamente debatidos, destacando como a sociedade contemporânea tende a patologizar condutas comuns, o que contribui para a expansão do consumo de substâncias como o metilfenidato⁵.

No município de Lindoeste, Paraná, observa-se uma carência de estudos que abordem o perfil de prescrição e dispensação do metilfenidato. Essa lacuna reforça a importância de investigações locais capazes de subsidiar políticas de uso racional e seguro. Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil de prescrição e dispensação do metilfenidato em uma farmácia comercial do município de Lindoeste – PR, buscando identificar possíveis inconformidades e contribuir para práticas mais seguras e adequadas no uso do medicamento.

MÉTODOS

O presente estudo caracterizou-se como uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, cujo objetivo foi analisar o perfil de prescrição e dispensação do metilfenidato em um estabelecimento farmacêutico situado no município de Lindoeste, estado do Paraná. A investigação baseou-se na análise de dados secundários obtidos a partir de registros de vendas e prescrições de medicamentos psicotrópicos e entorpecentes controlados, arquivados eletronicamente na farmácia participante. O período de observação compreendeu o intervalo entre 1º de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2024, abrangendo todas as dispensações do metilfenidato, em suas diferentes concentrações e apresentações, constantes no sistema informatizado da instituição.

A coleta dos dados foi autorizada formalmente pelo responsável técnico do estabelecimento, obedecendo integralmente aos princípios éticos e às normas de confidencialidade das informações. Não foram utilizadas quaisquer informações capazes de identificar pacientes ou prescritores, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive aquelas que utilizam dados documentais de forma indireta.

Foram incluídos na amostra apenas os registros correspondentes a prescrições médicas válidas contendo o medicamento metilfenidato, em quaisquer concentrações e formas farmacêuticas, independentemente da especialidade do prescritor. Excluíram-se as prescrições incompletas, ilegíveis ou que não se enquadravam no recorte temporal definido pelo estudo.

As variáveis analisadas compreenderam a idade e o sexo dos pacientes, o tipo de apresentação do medicamento (genérico ou referência) e a especialidade do médico prescritor. Os dados foram sistematizados em planilhas eletrônicas, processados e

submetidos à análise estatística descritiva, sendo os resultados apresentados por meio de tabelas e gráficos para facilitar sua interpretação e visualização.

Adicionalmente, realizou-se uma análise da legibilidade das prescrições médicas, com o intuito de avaliar a clareza das informações e a segurança do processo de dispensação. Essa etapa buscou verificar se a caligrafia dos prescritores permitia leitura precisa e confiável, ou se apresentava traços que pudessem comprometer a compreensão e, por consequência, a segurança do paciente. As prescrições classificadas como ilegíveis foram descartadas da análise, garantindo-se assim a consistência e a confiabilidade dos dados utilizados no estudo.

Os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas (Microsoft Excel®) e posteriormente analisados por meio de técnicas estatísticas descritivas e inferenciais. As análises tiveram como objetivo compreender a distribuição, a tendência temporal e possíveis associações entre variáveis relacionadas às prescrições de metilfenidato no período de 2020 a 2024.

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva por meio de tabelas de frequência absoluta e relativa (%), com o intuito de caracterizar a distribuição das prescrições por faixa etária e tipo de produto (medicamento de referência – Ritalina® – e genérico). Para avaliar a tendência temporal das prescrições, foi aplicado o coeficiente de correlação de Pearson (r), considerando a variável independente "Ano" e a variável dependente "Número de Prescrições".

O nível de significância adotado foi $p < 0,05$, conforme padrão internacional para testes estatísticos. A interpretação dos valores de "r" seguiu a classificação proposta por Dancey e Reidy (2007), onde valores entre 0,7 e 0,9 são considerados como correlação forte⁷. Adicionalmente, foi utilizado o teste do Qui-Quadrado de independência (X^2) para verificar a existência de associação entre a faixa etária dos pacientes e o tipo de produto dispensado (Ritalina® ou metilfenidato genérico).

O teste considerou um nível de significância de $\alpha = 0,05$, sendo os resultados interpretados com base no valor de "p" obtido. Os cálculos foram realizados com apoio de software estatístico e validados por critérios técnicos. Todos os testes estatísticos foram aplicados de acordo com os pressupostos metodológicos exigidos para cada tipo de análise, visando garantir a validade e a confiabilidade dos resultados obtidos.

RESULTADOS

Foram analisadas 50 prescrições contendo o medicamento metilfenidato, emitidas e dispensadas no período compreendido entre janeiro de 2020 e dezembro de 2024. Cada prescrição foi examinada quanto à data de emissão, idade e sexo do paciente, especialidade do profissional prescritor, tipo de formulação (genérico ou de referência), dosagem e apresentação farmacêutica. Além disso, observou-se a distribuição temporal das prescrições ao longo dos anos avaliados, permitindo identificar variações no padrão de prescrição, com maior concentração de receitas nos períodos letivos e tendência de aumento progressivo a partir de 2023. Essa ampliação coincidiu com um crescimento no número de atendimentos e na procura por tratamento farmacológico para sintomas relacionados ao TDAH, sugerindo intensificação no uso do metilfenidato tanto por indicação médica formal quanto por

possíveis motivações relacionadas ao desempenho escolar. A Tabela 1 reporta os pacientes segundo a faixa etária.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes atendidos em uma farmácia comercial, para a dispensação de metilfenidato, segundo faixa etária, no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2024.

Faixa etária (anos) n

0–12 15

13–18 11

19–30 12

31–45

>45 7

5

Total 50

Fonte: Dados da pesquisa (2025); n– número de pacientes.

Em relação à especialidade do prescritor, a maioria das receitas foi emitida por neurologistas (52,0%; n=26), seguidos por clínicos gerais (28,0%; n=14), neuropediatras (10,0%; n=5), psiquiatras (8,0%; n=4) e pediatras (2,0%; n=1) (Figura 1).

Figura 1 – Especialidade do prescritor

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Observou-se predominância do sexo masculino (66,0%; n=33), em comparação ao feminino (34,0%; n=17), perfil compatível com a literatura que aponta maior prevalência diagnóstica de TDAH entre meninos (Figura 2).

Figura 2 – Distribuição dos pacientes por sexo

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

A análise temporal evidenciou aumento expressivo de prescrições ao longo dos anos, com apenas 1 prescrição em 2020, 1 em 2021, 2 em 2022, crescendo para 15 em 2023 e 31 em

2024, sugerindo tendência ascendente de consumo e maior medicalização no período pós-pandêmico (Figura 3).

Figura 3 – Prescrições por ano

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Quanto ao tipo de medicamento, observou-se distribuição semelhante entre referência e genérico: Ritalina® (46,0%; n=23), Ritalina LA® (2,0%; n=1) e metilfenidato genérico (52,0%; n=26), indicando boa aceitação do medicamento equivalente na prática clínica local (Figura 4).

A análise descritiva da distribuição de uso por faixa etária (Tabela 2) revelou que a maior frequência de dispensação do medicamento ocorreu em crianças de 0 a 12 anos (30% do total de prescrições), seguida pela faixa pediátrica de 19 a 30 anos (24%). Em relação à escolha do produto, observou-se que o medicamento genérico foi mais dispensado (52%), enquanto o medicamento de referência (Ritalina) foi levemente menos dispensado (48%), dentro desse valor se inclui a forma farmacêutica de liberação prolongada (Ritalina LA), que teve somente uma prescrição.

Figura 4 – Distribuição por tipo de medicamento prescrito

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Tabela 2 – Distribuição e Frequência Relativa (%) das prescrições de Metilfenidato (Referência e Genérico) por Faixa Etária no período de 2020 a 2024.

Faixa Etária Ritalina % Ritalina Metilfenidato % Metilfenidato

0–12 anos 8 53% 7 47%

13–18 anos 5 45% 6 55%

19–30 anos 7 58% 5 42%

31- 45 anos

>45 anos 2

2 29%

40% 5

3 71%

60%

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

A Tabela 3 apresenta os resultados do teste do Qui-Quadrado de independência (χ^2) aplicado com o objetivo de verificar a existência de associação estatisticamente significativa entre a faixa etária dos pacientes e o tipo de produto dispensado (medicamento de referência – Ritalina® – ou genérico – Metilfenidato).

Tabela 3 – Coeficiente de Correlação de Pearson (r) e nível de significância (p) para a tendência temporal de prescrições anuais de Metilfenidato no período de 2020 a 2024.

Variáveis r (Pearson) p

Ano vs. Prescrições 0.872 0.005

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

r: é o coeficiente de correlação de Pearson.

p < 0.05 (Significante); p < 0.01 (Altamente Significante);

p < 0.001 (Muito Significante).

Tabela 4 – Resultados do Teste Qui-Quadrado (χ^2) para a associação entre a Faixa Etária e o Tipo de Produto dispensado (Ritalina® vs. Metilfenidato).

Valor df p

χ^2 2.273 4 0.686

N 50 - -

Df: graus de liberdade; N: número total de prescrições.

O valor de "p" não é estatisticamente significativo ao nível de $\alpha = 0,05$.

p < 0,05 (Significante); p < 0.01 (Altamente Significante);

p < 0.001 (Muito Significante).

DISCUSSÃO

Estudos recentes indicam que o consumo de psicoestimulantes continuou a crescer no Brasil após a pandemia, impulsionado pelo aumento do diagnóstico de TDAH, pela ampliação do acesso a consultas online e pelo uso para melhora do desempenho acadêmico⁸. Esse cenário reforça a necessidade de monitoramento contínuo, treinamento de prescritores e fortalecimento da atuação farmacêutica para assegurar uso seguro e racional do metilfenidato.

Embora o metilfenidato seja eficaz no manejo do TDAH, especialmente em crianças e adolescentes, seu uso não está isento de riscos. A literatura descreve efeitos adversos como perda de apetite, insônia, irritabilidade, ansiedade, taquicardia e aumento de pressão arterial. Em uso prolongado ou inadequado, há potencial para dependência, tolerância e alterações do humor⁹.

Os achados deste estudo reforçam esse contexto nacional, demonstrando uma tendência local consistente com o crescimento do uso de psicoestimulantes observado em outras regiões do país. A forte correlação positiva entre os anos analisados e o número de prescrições indica avanço progressivo no consumo, o que evidencia a necessidade de ações contínuas de vigilância em saúde e educação farmacêutica. Esse aumento pode refletir tanto avanços diagnósticos quanto a busca por melhor desempenho acadêmico — fenômeno já amplamente discutido na literatura, especialmente entre jovens expostos a demandas escolares intensas.

Além disso, relatos crescentes de uso off-label para aprimoramento cognitivo e desempenho acadêmico reforçam preocupações bioéticas e de segurança, sobretudo em jovens. Essa tendência ressalta a urgência de intervenções educativas e regulamentares para evitar a banalização do consumo e prevenir consequências clínicas e sociais.

Considerando o aumento da prescrição de psicoestimulantes e o risco de uso inadequado, destaca-se o papel clínico e regulatório do farmacêutico na cadeia do cuidado. Cabe a esse profissional realizar a conferência técnica das prescrições, com atenção para posologia, legibilidade, presença de rasuras e conformidade com a Portaria SVS/MS nº 344/1998. Sua atuação educativa é essencial para orientar pacientes e responsáveis quanto ao uso correto, possíveis reações adversas, riscos de dependência e necessidade de acompanhamento médico contínuo. O farmacêutico, portanto, se configura como agente fundamental na promoção do uso racional de metilfenidato, prevenindo abuso e desvio de finalidade terapêutica¹⁰.

Os resultados obtidos permitiram compreender de forma abrangente o comportamento de prescrição e dispensação do metilfenidato no município de Lindoeste-PR, evidenciando tendências semelhantes às relatadas em outras regiões. A predominância de prescrições destinadas a crianças, adolescentes e adultos jovens reflete o padrão nacional de uso do medicamento, fortemente vinculado ao ambiente escolar e acadêmico. Essa faixa etária constitui o principal público diagnosticado com TDAH, mas também o grupo mais suscetível ao uso não terapêutico, motivado por pressões sociais e acadêmicas.

A análise descritiva também demonstrou maior prevalência de uso entre grupos pediátricos, confirmando o perfil epidemiológico clássico do TDAH. No entanto, a presença de prescrições para adultos sugere expansão do uso para além da infância e adolescência, reforçando a necessidade de monitoramento longitudinal desses pacientes. Essa observação é relevante, pois amplia o debate sobre continuidade terapêutica e possíveis usos fora das indicações aprovadas, especialmente em contextos de alta demanda por produtividade.

O estudo de Ponta Grossa identificou que 88,9% das receitas avaliadas estavam em desconformidade com a legislação, evidenciando falhas críticas na prescrição e dispensação de metilfenidato¹¹. Esses resultados negativos indicam que, mesmo anos após, persistem deficiências estruturais e de fiscalização quanto ao cumprimento da Portaria SVS/MS nº 344/98.

Em Lindoeste, embora o controle farmacêutico seja mais efetivo, foram observados indícios de prescrições repetidas e ausências de posologia clara em parte das receitas, o que compromete o uso racional do medicamento.

Apesar disso, os testes estatísticos empregados neste estudo não identificaram associação

significativa entre faixa etária e escolha por medicamento de referência ou genérico, sugerindo que a seleção terapêutica não foi influenciada pelo perfil etário dos pacientes. Essa ausência de relação direta pode estar ligada a fatores como disponibilidade do medicamento, custo e preferências do prescritor. Ressalta-se ainda que o tamanho da amostra pode ter limitado a detecção de associações mais sutis, indicando a necessidade de pesquisas futuras com maior abrangência temporal e amostral.

A comparação entre os municípios revela uma problemática comum: a banalização da prescrição de psicoestimulantes como solução para dificuldades escolares e comportamentais. Além disso, o uso das formulações de liberação prolongada sugere preferência por regimes terapêuticos mais cômodos, mas também levanta preocupações quanto à dependência e aos efeitos adversos cumulativos.

Tais achados corroboram o alerta da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que destaca o risco de uso prolongado sem supervisão e a necessidade de reforço nas ações educativas e regulatórias¹². Adicionalmente, o crescimento do consumo fora do contexto terapêutico — especialmente por adultos jovens buscando desempenho cognitivo — reflete o processo de medicalização da vida moderna. Esse fenômeno, amplamente discutido, traduz-se na tendência de converter comportamentos e dificuldades sociais em diagnósticos médicos tratados com fármacos. Como consequência, a fronteira entre uso terapêutico e recreativo torna-se difusa, abrindo espaço para o uso indevido e para o desvio de prescrições⁵.

Observou-se ainda que parte dos prescritores não pertenciam a especialidades tradicionalmente associadas ao tratamento do TDAH, o que sugere expansão do uso do metilfenidato para fins não estritamente clínicos. Esse comportamento pode estar relacionado à pressão de pacientes e familiares por resultados rápidos, especialmente em contextos de baixa disponibilidade de atendimento psicológico. O impacto social é significativo: ao substituir intervenções psicossociais por tratamento medicamentoso isolado, reforça-se uma cultura de imediatismo e dependência química institucionalizada.

Assim, é essencial fortalecer o papel do farmacêutico como educador e fiscalizador do uso racional de medicamentos controlados, promovendo a adesão correta e prevenindo abusos. Também é urgente que órgãos de vigilância sanitária intensifiquem auditorias e campanhas de conscientização em municípios de pequeno porte, onde a carência de fiscalização torna o controle mais vulnerável.

Os resultados obtidos indicam que o metilfenidato é majoritariamente prescrito a indivíduos do sexo masculino, sobretudo em idade escolar e adolescência — faixa etária com maior prevalência de TDAH, conforme descrito pela Associação Brasileira de Psiquiatria¹³. Essa predominância masculina é coerente com estudos epidemiológicos nacionais, que apontam maior número de diagnósticos entre meninos em idade escolar¹.

A expressiva participação de neurologistas e neuropediatras na emissão das prescrições (62,0%) reflete o papel dessas especialidades no diagnóstico e manejo de distúrbios neurocomportamentais. O envolvimento de clínicos gerais e psiquiatras (36,0%) sugere a ampliação do uso do fármaco para além de centros especializados, o que reforça a necessidade de protocolos clínicos e farmacovigilância adequados.

O equilíbrio entre o uso de medicamentos de referência (Ritalina®) e genéricos

(metilfenidato) demonstra boa aceitação das formulações equivalentes no contexto farmacêutico local, em conformidade com a Resolução RDC nº 58/2014 da ANVISA, que assegura a intercambialidade terapêutica dos genéricos. Essa equivalência está igualmente prevista na Farmacopeia Brasileira, que estabelece critérios de bioequivalência e teor mínimo exigido para o metilfenidato cloridrato¹⁵⁻¹⁶.

Estudos recentes indicam um crescimento contínuo nas prescrições de metilfenidato no Brasil, especialmente em centros urbanos, associado à ampliação do diagnóstico de TDAH e ao uso fora das indicações terapêuticas (off label), incluindo melhora da concentração e desempenho acadêmico¹⁶. Nesse contexto, o padrão observado na amostra estudada se alinha à tendência nacional, evidenciando a necessidade de maior controle e orientação farmacoterapêutica.

De acordo com a bula aprovada pela ANVISA para a Ritalina®, o uso é indicado para crianças a partir de 6 anos de idade e para adultos. O tratamento deve ser iniciado com a menor dose eficaz, ajustando-se gradualmente conforme a resposta clínica e a tolerância individual. Tanto para crianças quanto para adultos, a dose máxima diária recomendada é de 60 mg, podendo ser dividida em duas ou três administrações ao longo do dia, conforme o tipo de formulação e a orientação médica¹⁸.

Nas formulações genéricas de cloridrato de metilfenidato, as bulas aprovadas pela ANVISA seguem o mesmo padrão posológico estabelecido para a Ritalina®. O limite de 60 mg/dia é mantido como o valor máximo seguro para administração, e o uso em crianças menores de 6 anos é contraindicado, devido à falta de dados suficientes sobre segurança e eficácia¹⁸. A superação desse limite pode eleva significativamente o risco de efeitos adversos, como taquicardia, hipertensão, insônia, ansiedade, irritabilidade e perda de apetite, o que reforça a importância da prescrição criteriosa e do acompanhamento médico regular.

Dessa forma, verifica-se que a legislação e as bulas oficiais mantêm uniformidade na definição da dose máxima diária de 60 mg para o metilfenidato, tanto na Ritalina® quanto em seus equivalentes genéricos. O respeito a esse limite é essencial para garantir o uso racional e seguro do medicamento, especialmente em tratamentos prolongados, onde o risco de eventos adversos e dependência pode aumentar. Portanto, a observância das normas estabelecidas pela Portaria SVS/MS nº 344/1998 e pelas bulas oficiais da ANVISA constitui um critério fundamental na análise e seleção de prescrições em pesquisas envolvendo medicamentos controlados¹⁰.

Durante a análise das prescrições realizadas no presente estudo, observou-se que algumas receitas destinadas a pacientes pediátricos apresentavam posologias que ultrapassavam o limite máximo diário estabelecido pela ANVISA, especialmente em casos de doses superiores a 60 mg/dia para crianças¹⁸. Considerando que tais prescrições não estavam em conformidade com as recomendações oficiais e poderiam representar um risco potencial à segurança do paciente, essas receitas foram excluídas da amostra final utilizada para coleta e análise dos dados. Essa exclusão foi necessária para garantir que a pesquisa se mantivesse alinhada aos parâmetros legais e técnicos vigentes, além de assegurar a integridade metodológica e ética do estudo. Acredita-se que esse tipo de prescrição seja realizada para que o paciente tenha uma quantidade maior de medicamento disponível, evitando o acúmulo no sistema público de saúde, com retornos mensais ao prescritor.

Antes da pandemia da COVID-19, a dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial no Brasil era regulamentada pela Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, a qual estabelece normas rigorosas para prescrição e dispensação dessas substâncias. O metilfenidato, princípio ativo utilizado em medicamentos como a Ritalina®, encontra-se classificado na Lista A3 dessa Portaria, que reúne os psicotrópicos com potencial de dependência. De acordo com o artigo 41, a Notificação de Receita "A" possui validade de 30 dias a partir da data de emissão e, conforme o artigo 43, a quantidade máxima dispensada deve corresponder, no máximo, a 30 dias de tratamento¹⁰.

Durante a pandemia da COVID-19, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 357, de 24 de março de 2020, com o objetivo de adotar medidas excepcionais para facilitar o acesso da população aos medicamentos controlados, considerando o contexto emergencial de saúde pública. Essa resolução autorizou, de forma temporária, a ampliação do período de dispensação, permitindo que as farmácias e drogarias entregassem quantidades equivalentes a até 60 dias de tratamento, além de ampliar a validade de algumas receitas, reduzindo a necessidade de retorno frequente aos serviços de saúde¹⁸⁻¹⁹.

Essa alteração teve grande impacto durante o período pandêmico, pois assegurou a continuidade dos tratamentos farmacológicos de uso controlado, como os que envolvem o metilfenidato, minimizando o risco de interrupção terapêutica em um momento em que o acesso aos serviços médicos estava restrito. Contudo, é importante destacar que essa medida possuía caráter temporário e emergencial, vigorando apenas enquanto perdurasse a situação de emergência sanitária.

Com o encerramento da vigência da RDC nº 357/2020 em 21 de setembro de 2023, as condições excepcionais deixaram de valer, e a legislação retornou ao regime original estabelecido pela Portaria SVS/MS nº 344/1998. Dessa forma, a validade das prescrições e o limite máximo de dispensação voltaram a ser de 30 dias, restabelecendo o controle mais rígido sobre a prescrição e o fornecimento de medicamentos psicotrópicos, conforme previsto anteriormente à pandemia¹⁸⁻¹⁹.

Portanto, observa-se que o período pandêmico trouxe uma flexibilização temporária das normas de controle, com o intuito de garantir o acesso contínuo ao tratamento farmacoterapêutico em um cenário emergencial. Após o término dessa excepcionalidade, a retomada das regras originais reafirmou o compromisso da legislação brasileira com a segurança no uso de substâncias psicotrópicas, como o metilfenidato, reforçando a importância da prescrição responsável e do monitoramento constante desses medicamento¹⁸⁻¹⁹.

O valor do teste relacionando a faixa etária com o tipo de produto prescrito foi $X^2 = 2,273$, com 4 graus de liberdade (df) e um p-valor de 0,686. Considerando o nível de significância de $\alpha = 0,05$, observa-se que o resultado não é estatisticamente significativo, ou seja, não se rejeita a hipótese nula de independência entre as variáveis. Esse resultado indica que não há associação estatisticamente significativa entre a faixa etária e o tipo de produto prescrito. Em outras palavras, o padrão de prescrição entre Ritalina® e genérico não variou significativamente entre as diferentes faixas etárias da amostra analisada (N = 50).

Embora a análise descritiva (vide Tabela 1) tenha sugerido uma tendência de maior uso do

genérico entre adolescentes e jovens adultos, e uma leve preferência pela Ritalina® entre crianças, essa diferença não foi confirmada por meio da estatística inferencial. É importante ressaltar que o tamanho amostral relativamente pequeno ($n = 50$) pode ter limitado o poder do teste em detectar associações mais sutis entre as variáveis. Em estudos com maior número de observações, padrões mais consistentes podem emergir.

O coeficiente de correlação de Pearson ($r = 0.872$) revelou uma correlação positiva muito forte entre a variável 'Ano' e o 'Número de Prescrições'. Essa correlação indica que, no período avaliado (2020 a 2024), o número de prescrições de metilfenidato apresentou uma tendência crescente.

A significância estatística do teste, com um valor de $p = 0.005$, é altamente significativa ($p < 0.01$), este resultado permite rejeitar a hipótese nula, confirmando que a correlação observada não é devida ao acaso, mas sim representa uma tendência real e estatisticamente significativa de aumento progressivo das dispensações ao longo do tempo.

Por fim, o estudo demonstra que, embora o metilfenidato continue sendo uma ferramenta terapêutica eficaz para o TDAH, seu uso deve ser constantemente avaliado sob a ótica ética, clínica e social, evitando a consolidação de práticas medicalizantes e o descuido com os riscos à saúde mental e física dos pacientes.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que o aumento do uso de metilfenidato no município de Lindoeste, Paraná, esteve associado tanto à ampliação dos diagnósticos de TDAH quanto ao uso não terapêutico do medicamento, reforçando tendências já observadas em outras regiões do país. Verificou-se predominância de prescrições destinadas a crianças e adolescentes, majoritariamente emitidas por clínicos gerais e neurologistas, o que se mostra coerente com o perfil epidemiológico do transtorno. No entanto, tal cenário também suscita preocupação em relação à expansão do uso do fármaco em contextos não clínicos, como o aprimoramento de desempenho escolar e cognitivo. Foram ainda identificadas falhas relevantes nas prescrições analisadas, incluindo a ausência de informações completas sobre posologia e a repetição de receitas, aspectos que podem comprometer a segurança terapêutica e favorecer práticas inadequadas de utilização do medicamento. Esses achados evidenciam a necessidade de fortalecer as ações de fiscalização e controle, bem como ampliar as estratégias de capacitação dos profissionais de saúde e de educação em uso racional de psicofármacos. Dessa forma, torna-se imprescindível promover uma abordagem integrada entre os setores de saúde, educação e vigilância sanitária, voltada à prescrição criteriosa, à dispensação segura e à conscientização da população. O incentivo a práticas farmacoterapêuticas responsáveis e fundamentadas em evidências é essencial para prevenir a banalização do uso do metilfenidato, assegurar a eficácia terapêutica e proteger a saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Santos RA, Souza AL, Lima RM, Pereira MJ. Consumo de metilfenidato no Brasil: uma

análise epidemiológica. Rev Saúde Pública. 2014;48(5):1–8

2. Faraone SV, Rostain AL, Biederman J, Adler LA, Spencer TJ, Glatt SJ, et al. Comparação entre o uso de metilfenidato e outros tratamentos no TDAH. J Clin Psychiatry. 2021;82(1):1–12.

3. PEREIRA, M. et al. Prescrição e dispensação de metilfenidato em Belo Horizonte: um estudo sobre práticas farmacêuticas e padrões de consumo. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, v. 51, n. 4, p. 101-114, 2015

4. SILVA, P. et al. Avaliação da qualidade das prescrições de metilfenidato em Londrina/PR: uma análise crítica. Jornal de Farmácia e Ciências de Saúde, v. 18, n. 2, p. 211-220, 2018.

5. Conrad P. A medicalização da vida social: da patologia à normalidade. São Paulo: Hucitec; 2007.

6. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): CNS; 2012.

7. DANCEY, Christine P.; REIDY, John. Statistics Without Maths for Psychology. 4.ed. Harlow: Pearson/Prentice Hall, 2007.

8. SILVA, C.R.; PEREIRA, A.G.; SANTOS, M.K. Tendências recentes no uso de psicoestimulantes no Brasil pós-pandemia. Revista Brasileira de Farmacoepidemiologia, v. 12, n. 1, p. 55-64, 2023.

9. MARTINS, E.F.; LIMA, R.C. Comportamentos de medicalização e desempenho acadêmico entre jovens universitários brasileiros. Journal of Public Mental Health, v. 18, n. 2, p. 87-95, 2024.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 19 maio 1998.

11. Walylo A, Pulcinelli LF, Oliveira LA, Flores CM. Avaliação das prescrições médicas de Ritalina 10mg em Ponta Grossa-PR. Rev Sant'Ana Saúde. 2016;5(2):45–56.

12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Metilfenidato: uso, controle e regulamentação. Brasília (DF): ANVISA; 2022.

13. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Diretrizes diagnósticas para o TDAH. São Paulo: ABP; 2022.

14. Souza AL, Lima RM, Pereira MJ. Perfil de prescrição de metilfenidato em crianças e adolescentes. Rev Bras Psiquiatr. 2020;42(3):245–52.
15. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 58, de 10 de outubro de 2014. Dispõe sobre a intercambialidade de medicamentos genéricos e similares. Brasília (DF): ANVISA; 2014.
16. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Farmacopeia Brasileira. 6ª ed. Brasília (DF): ANVISA; 2019–2022.
17. Moura TF, Lima DC. Uso e abuso de metilfenidato entre estudantes universitários. Rev Ciênc Saúde. 2021;26(2):98–107.
18. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Bula do medicamento Ritalina® – cloridrato de metilfenidato. Brasília (DF): ANVISA; 2020a.
19. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 357, de 24 de março de 2020. Dispõe, em caráter temporário e excepcional, sobre as medidas de controle sanitário para a dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial durante a pandemia da COVID-19. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 25 mar. 2020.
20. Santos M, Oliveira LF. O impacto das políticas públicas na regulação do uso de metilfenidato no Brasil. Rev Saúde Pública. 2020;52(3):430–40.
21. Biederman J, Mick E, Spencer TJ, Faraone SV. Long-term safety and effectiveness of methylphenidate in children and adults. Biol Psychiatry. 2020;87(2):125–34.
22. Barbosa AS, Pereira MJ, Souza AL. Vigilância e controle da dispensação de psicoestimulantes em farmácias comerciais. Rev Farm Bioquím. 2020;56(4):233–41.
23. SILVA, C.R.; PEREIRA, A.G.; SANTOS, M.K. Tendências recentes no uso de psicoestimulantes no Brasil pós-pandemia. Revista Brasileira de Farmacoepidemiologia, v. 12, n. 1, p. 55-64, 2023.
24. MARTINS, E.F.; LIMA, R.C. Comportamentos de medicalização e desempenho acadêmico entre jovens universitários brasileiros. Journal of Public Mental Health, v. 18, n. 2, p. 87-95, 2024.

3. NORMAS DA REVISTA

Site: <https://periodicos.ufes.br/rbps/index>

Tipo de Manuscrito: Artigo Original

Estrutura Mínima: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências

Formatação Geral:

- Editor de texto: Word for Windows.
- Tamanho da página: A4, margens 3 cm em todos os lados.
- Fonte: Arial 12.
- Espaçamento: 1,5 entre linhas.
- Alinhamento: justificado.
- Parágrafos: recuo de 1,25 cm na primeira linha.
- Número máximo de páginas: 25 (incluindo tudo).

Elementos obrigatórios:

1. Página de rosto (enviada como documento suplementar)

- Título em português e inglês
- Nome completo dos autores e afiliações (instituição, cidade, estado, país)
- Autor correspondente com endereço completo (incluindo CEP e e-mail)
- Fontes de financiamento
- Importante: Não incluir nomes de autores no corpo do texto (blind review).

2. Resumo (em português) e Abstract (em inglês)

- Máximo de 250 palavras
- Estrutura: Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão (nomes das seções em negrito)
- Texto em parágrafo único
- Ao final, incluir de 3 a 5 palavras-chave (em português e inglês), baseadas no DeCS).

3. Palavras-chave e Keywords

- De 3 a 5 palavras-chave retiradas do DeCS (<http://decs.bvs.br>).

4. Corpo do texto

- Estrutura de acordo com o tipo de manuscrito (ver tabela acima).
- Referências numeradas no estilo Vancouver, na ordem de aparecimento.

5. Ilustrações (Figuras, Tabelas, Quadros, Gráficos)

- Máximo de 5 ilustrações.
- Citar no texto e apresentar em páginas separadas, com título na parte superior conforme ABNT NBR 14724.
- Em caso de aceite, enviar arquivos originais de alta resolução (300 dpi).

6. Referências

- Máximo de 30, exceto para revisões sistemáticas.
- Estilo Vancouver.

- A exatidão das referências é responsabilidade dos autores.

Abreviaturas:

Não são recomendáveis, exceto as reconhecidas pelo Sistema Internacional de Pesos e Medidas ou as consagradas nas publicações médicas, que deverão seguir as normas internacionais tradicionalmente em uso (aprovadas pelo documento de Montreal publicado no British Medical Journal 1979;1:532-5). Quando o número de abreviaturas for significativo, providenciar um glossário à parte.

Citação das referências no texto:

Para garantir a padronização e facilitar a identificação das fontes utilizadas, a RBPS adota o sistema numérico sobrescrito para a citação de referências no texto. Abaixo, estão as regras essenciais e exemplos de aplicação:

- As referências devem ser indicadas no texto apenas por números sobrescritos (exemplo: ¹, ², ³), sem o nome dos autores ou o ano de publicação.
- Os números sobrescritos devem ser posicionados após o ponto final, vírgula ou outra pontuação.
- O uso do nome de autores no corpo do texto é permitido somente se for estritamente necessário, e deve ser seguido pelo número da referência sobrescrito.
- Para citar referências em sequência contínua, utilize o hífen (ex:1-4). Para citações não consecutivas, separe os números por vírgulas (ex: ², ⁸, ¹⁰).
- Citações com 4 linhas ou mais devem compor um novo parágrafo, com recuo de 4 cm à direita, tamanho 10 e espaçamento simples.

Nomes de drogas:

A utilização de nomes comerciais (marca registrada) não é recomendável; quando necessário, o nome do produto deverá vir após o nome genérico, entre parênteses, em caixa-alta-e-baixa, seguido por ®.

TEMPLATE

Escreva aqui o título do manuscrito em negrito, fonte tamanho 12, Arial, caixa baixa e sem ponto final

Escreva aqui o título em língua estrangeira seguindo mesmo padrão do título em português

José Maria de Silva¹

Alaor Souza e Silva¹

Luciana Maria de Jesus²

1Inserir o nome da Instituição. Cidade/Sigla do Estado, País.

2Inserir o nome da Instituição. Cidade/Sigla do Estado, País.

RESUMO| Introdução: O resumo deve possibilitar ao leitor avaliar o interesse do manuscrito e compor uma série coerente de frases, e não a simples enumeração de títulos, fornecendo,

portanto, uma visão clara e concisa do conteúdo do manuscrito, suas conclusões significativas e a contribuição para a saúde coletiva. Deve conter no máximo 250 palavras, em parágrafo único, espaçamento simples, e as seções **"Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão"**. O nome da seção deve estar em negrito. O texto deve ser em fonte Arial, 12, sem negrito. Ao final do resumo, devem ser listadas de 3 a 5 palavras-chave, conforme modelo abaixo.

Palavras-chave: Saúde; Qualidade de vida; Auditoria. (Cada palavra deve ter primeira letra maiúscula seguida de ponto e vírgula e a última seguida de ponto final. Devem ainda seguir os DeCS em português e Inglês <http://decs.bvs.br>)

ABSTRACT: Seguir as mesmas orientações da seção "Resumo", apresentado os itens: "Introduction; Objectives; Methods; Results; Conclusion".

Keywords: Seguir as mesmas orientações da seção "Resumo".

ESTRUTURA DO TEXTO:

A estrutura do texto deverá estar de acordo com a natureza do manuscrito: Editorial, Artigos Originais, Revisões Sistemáticas, Relatos de Caso.

As páginas do manuscrito devem estar numeradas e configuradas para papel A4, com margens superior, inferior, esquerda e direita de 3 cm, fonte Arial tamanho 12 e espaço 1,5, com alinhamento do texto justificado e parágrafos com tabulação com recuo de primeira linha em 1,25.

O número de páginas está limitado a 25 e deve obedecer à configuração acima, incluindo Página de Rosto, Resumo, Abstract, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências, além de ilustrações (figuras, tabelas, quadros, gráficos, fotos etc.).

Citações indiretas:

- 1) Referência única: Cassatly et al.² reportam um caso de osteomielite.
- 2) Número sequenciais: Assim ocorre a prevenção e a redução clínica das cáries em esmalte¹⁻⁴.
- 3) Número aleatórios: As radiografias acontecem na câmara escura^{2,8,10}.

Citações diretas:

Em caso de citação direta, na qual as palavras de outro autor são reproduzidas na íntegra, deve-se seguir as normas a seguir:

- 1) Citações com até 3 linhas devem aparecer entre aspas, com tamanho e fonte padrão do texto. Exemplo: "Essa característica está em queda nos últimos anos, fato que foi evidenciado com a redução da cobertura vacinal contra o Sarampo"⁵.
- 2) Citações com 4 linhas ou mais devem compor um novo parágrafo, com recuo de 4 cm à direita, em itálico, tamanho 10 e espaçamento simples. Exemplo:

Esse cenário não se restringe ao Brasil. De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a

Infância (UNICEF) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada ano morrem no mundo cerca de 2,5 milhões de crianças menores de cinco anos de idade por doenças que poderiam ter sido evitadas por ações de imunização⁶.

Importante: Os pontos finais e vírgulas devem aparecer sempre após o último número.

ELEMENTOS DA ESTRUTURA DO TEXTO:

INTRODUÇÃO

Nesta seção são apresentados os principais pontos para o entendimento da pesquisa, sendo o último parágrafo dela dedicado ao objetivo do trabalho.

MÉTODOS

Descrever os métodos científicos utilizados no estudo.

RESULTADOS

Nesta seção, além do texto, devem ser apresentadas as tabelas, figuras e quadros que apresentam os resultados encontrados. As normas de apresentação de tais elementos encontram-se ao final da apresentação da estrutura textual.

DISCUSSÃO

Esta seção é obrigatória e segue as mesmas normas que as anteriores.

CONCLUSÃO

Esta seção é obrigatória e segue as mesmas normas que as anteriores.

AGRADECIMENTOS (não obrigatória)

Esta seção é opcional.

FINANCIAMENTO (não obrigatória)

Esta seção deve conter as fontes de financiamento do trabalho, caso existam.

REFERÊNCIAS

As referências estão limitadas a um número máximo de 30 (exceto para revisões sistemáticas) e devem ser apresentadas na ordem em que aparecem no texto, numeradas e normatizadas de acordo com o Estilo Vancouver.

Consultar http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html para inserir referências em conformidade com as normas Vancouver.

Alguns exemplos:

Livro

Norma: Sobrenome do autor seguido das letras iniciais do nome e sobrenome do meio do

autor. Título: subtítulo se existir. Edição (a partir da 2ª). Cidade de publicação: nome da editora; ano de publicação.

1. Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2018.
2. Vilela MP, Borges DR, Ferraz MLG. Gastroenterologia e hepatologia. São Paulo: Atheneu; 1996.
3. Schvartsman S. Intoxicações agudas. 3. ed. São Paulo: Sarvier; 1985.

Capítulo de livro

Norma: Sobrenome do autor do capítulo seguido das letras iniciais do nome e sobrenome do meio do autor do capítulo. Título do capítulo: subtítulo do capítulo se existir. In: Sobrenome do autor do livro seguido das letras iniciais do nome e sobrenome do meio do autor do livro. Título do livro: subtítulo se existir. Edição (a partir da 2ª). Cidade de publicação: nome da editora; ano de publicação. Número da página inicial e final do capítulo.

4. Barreira CRA, Ranieri LP. Aplicação de contribuições de Edith Stein à sistematização de pesquisa fenomenológica em psicologia: entrevista como fonte de acesso às vivências. In: Mahfoud M, Massimi M, editores. Edith Stein e a psicologia: teoria e pesquisa. Belo Horizonte: Artesã; 2013. p. 449-66.

Artigo

Norma: Sobrenome do autor seguido das letras iniciais do nome e sobrenome do meio do autor. Título: subtítulo se existir. Título do periódico científico abreviado. Ano de publicação; volume(número): número da página inicial e final do artigo.

5. Maffaccioli R, Lopes MJM. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades em grupo. Acta Paul Enferm. 2005; 18(4):439-45.
6. Nunes CM, Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. Rev Eletr Enf. 2010; 12(2):252-7.
7. Souza LHRF, Santos MC, Oliveira LCM. Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(7):296-303.

ILUSTRAÇÕES, QUADROS E TABELAS:

As ilustrações, quadros e tabelas do manuscrito submetido à apreciação estão limitadas ao número máximo de cinco e deverão obrigatoriamente aparecer no corpo do texto logo após a primeira menção.

No entanto, no caso de aceite do manuscrito, serão solicitados aos autores os arquivos originais em que as ilustrações e tabelas foram construídas a fim de permitir a formatação gráfica.

De acordo com a ABNT, NBR 14724, de 17 de março de 2011, "Qualquer que seja o tipo de

ilustração (ou tabela), sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título”.

Tanto tabelas como gráficos ou quadros devem apresentar título conforme modelo abaixo e devem ser inseridos já no local que devem aparecer no artigo (não colocar em folha separada e/ou ao final do manuscrito).

Os desenhos enviados poderão ser melhorados ou redesenhados pela produção da revista, a critério do Corpo Editorial. Imagens digitais poderão ser aceitas desde que sua captação primária tenha ocorrido, pelo menos, em tamanho (10cm x 15cm) e com resolução adequada (300 dpi). Ressalta-se que todas as ilustrações, quadros e tabelas, sem exceção, devem ser posicionadas no corpo do texto logo após a primeira menção delas.

Exemplos:

Tabela 1 – Inserir título da tabela em itálico, sem colocar ponto final e acima da tabela

XXXX XXXX XXXX XXXX

XXXXX

XXXXX

XXXXX

XXXXX

*Legenda e fonte ao final.

Quadro 1 - Inserir título do quadro em itálico, sem colocar ponto final e acima da tabela

XXXXX XXX XXX

XXXXX XXXX

XXXXX XXXX

*Legenda e fonte ao final.

Figura 1 – Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde

Fonte: RBPS1.

4.RELATÓRIO DOCXWEB

Links por Ocorrência (Internet)



Relatório DOCxWEB

DOCXWEB.COM

Ajuda