

ANÁLISE DAS VENDAS DE METILFENIDATO EM UMA CIDADE DO INTERIOR DO MATO GROSSO DO SUL

Data de aceite: 01/12/2023

Jucimeri Thewes

Psicóloga, egressa do curso de Psicologia
– bacharelado CPAR/UFMS

Juliano Setsuo ViolinKanamota

Professor Adjunto do curso de Psicologia
– bacharelado CPAR/UFMS

O metilfenidato é uma droga que age como um estimulante do sistema nervoso central. Apesar não se saber com exatidão qual seu mecanismo de ação, acredita-se que tal efeito seja produzido por meio do bloqueio da recaptação de dopamina e norepinefrina, neurotransmissores fundamentais para a memória, a atenção e a regulação de humor (Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Anvisa], 2014).

Não há consenso na literatura acerca da dose ideal, principalmente para o uso em crianças. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2014) considera como dose baixa valores entre 15 a 18mg/dia, dose média valores entre 15 e 36mg/dia e dose alta valores entre 30 a 60mg/dia ou acima (a depender do medicamento

no qual o metilfenidato é comercializado, a saber, Ritalina®, Ritalina LA® ou Concerta®) (ANVISA, 2014). Os efeitos comportamentais costumam ocorrer de 1 a 4 horas após sua ingestão (Cordioli, 2005). Entre as reações adversas e efeitos colaterais mais comuns estão a agitação, diminuição do apetite, euforia, insônia e nervosismo (ANVISA, 2014; Cordioli, 2005).

Por intensificar funções atencionais, o metilfenidato tem sido amplamente utilizado para tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH, em crianças, adolescentes e adultos (ANVISA, 2014; Cordioli, 2005; Itaborahy & Ortega, 2013).

Segundo o DSM-V (American Psychological Association [APA], 2013) o TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de

desenvolvimento. Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar – sintomas que são excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento. Estima-se que o TDAH ocorra na maioria das culturas em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos (APA, 2013). No Brasil, as estimativas de prevalência entre crianças e adolescentes variam consideravelmente de 0,9% a 26,8% (ANVISA, 2014).

A portaria 344 do Ministério da Saúde, de 1998, regulamenta a venda de medicamentos e substâncias sujeitas a controle especial. Esta portaria estabelece listas diferentes de substâncias controladas, a lista A1 caracteriza substâncias entorpecentes, a lista A2 caracteriza substâncias entorpecentes de uso permitido somente em concentrações especiais, enquanto a lista A3 caracteriza substâncias psicotrópicas. O metilfenidato pertence à lista A3. Por haver risco de abuso e dependência sua prescrição deve ser controlada (ANVISA, 2014). Para que um médico prescreva o metilfenidato no Brasil, é necessário o bloco amarelo de receita, disponibilizado na Vigilância Sanitária. A receita amarela tem validade de 30 dias e fica retida na farmácia. A farmácia, por sua vez, deve encaminhar às autoridades sanitárias relatórios mensais, balanços trimestrais e anuais de compra e venda de tais medicações (Itaborahy, 2009)

Apesar do metilfenidato ser considerado um tratamento coadjuvante à intervenções psicológicas (principalmente terapias comportamentais), educacionais e sociais (ANVISA, 2014), a terapêutica farmacológica é prescrita com prioridade, com ou sem associação com outras formas de intervenção (Coelho et al., 2014; Parecy & de Oliveira, 2010). Arelada ao tratamento do TDAH, a produção de metilfenidato no Brasil tem aumentado consideravelmente. Entre os anos de 2002 e 2006 observou-se um aumento de 465% na produção nacional deste medicamento (ANVISA, 2014; Itaborahy & Ortega, 2013) e um aumento médio de 28,2% no consumo mensal de metilfenidato no país entre os anos de 2009 a 2011 (ANVISA, 2014; Gomes et al., 2019).

Cordioli (2005) sugere a ingestão do medicamento imediatamente antes das situações mais críticas para o aparecimento de dificuldade de atenção ou hiperatividade, como, por exemplo, antes de ir para a escola. É indicado descontinuar o medicamento periodicamente (período de férias, por exemplo), pois não são bem conhecidos seus efeitos sobre o crescimento no longo prazo. Em consonância com tal indicação, Gomes et al., (2019), ao avaliarem as vendas anuais de metilfenidato nos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo entre os anos de 2008 a 2014, observaram diminuições regulares nas vendas durante os meses de recesso escolar.

Este dado corrobora com análises que apontam o uso de psicofármacos como uma estratégia de controle psicossocial que mascara determinantes sociais e educacionais dos problemas psicológicos (Conrad, 1975; Moysés & Collares, 2013). A descontinuidade do tratamento durante períodos de recesso escolar, como demonstrado por Gomes et al., (2019), sugerem que variáveis fundamentais para a ocorrência dos problemas comportamentais

que caracterizam o TDAH encontram-se no contexto escolar. Ao se concentrar a intervenção na alteração de processos neurofisiológicos, por meio medicamentoso, individualiza-se o problema e escamoteiam-se as contingências sociais, escolares e familiares das quais o comportamento é função (Conrad, 1975; Moysés & Collares, 2013; Skinner, 1953).

Neste sentido, a conceituação de problemas psicológicos (comportamentais) como um transtorno e a prescrição prioritária de tratamento medicamentoso, caracteriza o que Conrad (1975) denominou como “medicalização”. Segundo o autor, medicalização se refere ao processo de classificar comportamentos como problemas médicos ou doenças, e licenciar à profissão médica a oferta de algum tipo de tratamento para tais problemas (Conrad, 1975).

É interessante notar que a crítica à utilização do conceito de doença para a compreensão de problemas comportamentais é feita pela Análise do Comportamento desde a década de 70 (Ferster et al., 1979; Ullman & Krasner, 1972). A distinção entre o modelo médico versus o modelo psicológico proposta por Ullman e Krasner (1972), é clássica neste campo científico e vai ao encontro das discussões feitas por Conrad (1975) no mesmo período.

Uma vez que observa-se um aumento no diagnóstico de TDAH, na prescrição e no consumo de metilfenidato no Brasil (ANVISA, 2014; Itaborahy & Ortega, 2013) e que a análise do padrão de venda deste medicamento pode ser um indicativo do fenômeno da medicalização (Gomes et al., 2019), é objetivo deste trabalho investigar e analisar as vendas de metilfenidato em uma cidade do interior do estado do Mato Grosso do Sul.

Método Local

A pesquisa foi realizada na Secretaria de Vigilância Sanitária em uma cidade do interior do estado de Mato Grosso do Sul.

Procedimento

A coleta dos dados foi por meio de uma pesquisa documental realizada durante o segundo semestre de 2013. Durante este período foram investigados os relatórios mensais, balanços trimestrais e anuais de venda do medicamento metilfenidato entre os anos de 2009 a 2012. O levantamento foi possível, devido à receita da venda do metilfenidato ficar retida na farmácia ou drogaria no período de um mês, depois desse período as receitas são encaminhadas a Secretaria de Vigilância Sanitária do município, a qual faz um mapeamento da venda do medicamento.

Foi levado em consideração o sigilo e a ética profissional, não sendo divulgado/publicado, qualquer dado que possa identificar o proprietário ou a sua empresa. Não foram divulgados/publicados os dados pessoais contidos nas receitas como, nome, endereço,

contato ou qualquer outra informação que possa vir a identificar o sujeito.

Os únicos dados divulgados foram os dados numéricos, que se referem à quantidade de venda do medicamento entre os anos de 2009 a 2012. Tendo os dados de 2008 e 2013 como complementares à pesquisa, devido ausência de balanços completos.

Resultados e Discussão

Segundo estimativa do IGBE, a cidade na qual a pesquisa foi realizada possui população de 42.148 habitante, densidade demográfica de 7,44 hab/km², com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,721 (segundo censo de 2010) e está localizada à leste do estado do Mato Grosso do Sul.

A Tabela 1 ilustra a quantidade de caixas de metilfenidato vendidas entre os anos de 2009 a 2012, o número de farmácias responsáveis por essas vendas e a média da venda por farmácia. O cálculo da média de venda foi realizado devido ao número de farmácias que vendem o metilfenidato, variarem de ano para ano.

Tabela 1- Número de caixas vendidas, número de farmácias e média de caixas de metilfenidato vendidas por farmácia entre os anos de 2009 a 2012.

Ano	Nº de caixas vendidas	Nº de Farmácias	Média caixas/farmácia
2009	707	16	44,1
2010	856	17	50,35
2011	836	20	41,8
2012	743	20	37,15

Pode-se observar que a variação no número de farmácias não interferiu diretamente no número de caixas vendidas anualmente. O ano de 2010, por exemplo, foi o ano com o maior número de caixas vendidas, no entanto, não foi o ano com o maior número de farmácias a vender o metilfenidato.

A média da venda de caixas do metilfenidato entre os anos de 2009 a 2012 foram de 43,35 caixas por ano. Mesmo com variações na venda de um ano para outro, de maneira geral, pode-se dizer que as vendas do metilfenidato se mantiveram, relativamente, constantes.

Estes resultados, observados em âmbito municipal, são diferentes daqueles descritos por Gomes et al (2019), os quais observaram tendência de aumento na quantidade de metilfenidato vendida entre os anos de 2007 a 2014 nos estados de São

Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. A tendência de aumento descrita pelos autores encontra paralelo em âmbito nacional. No ano de 2000 foram vendidas 71.000 caixas, no ano de 2004 este número havia aumentado para 739.000 e em 2010 mais de 2 milhões de caixas foram vendidas no Brasil (Moysés & Collares, 2013). A produção de metilfenidato

no Brasil passou de 40 Kg em 2002 para 226 Kg em 2006 (Itaborahy & Ortega, 2013), enquanto estima-se um aumento médio de 28,2% no consumo mensal de metilfenidato entre os anos de 2009 a 2011 (ANVISA, 2014).

A diferença entre a regularidade de vendas apresentados na Tabela 1 e a tendência de aumento de vendas e consumo observados em âmbito estadual (São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais cf. Gomes et al., 2019) e nacional (ANVISA, 2014; Itaborahy & Ortega, 2013; Moysés & Collares, 2013), deve ser contextualizada, uma vez que os resultados da atual pesquisa foram produzidos com informações de âmbito municipal e abarcaram um período, relativamente, pequeno (apenas 4 anos). Esta regularidade seria observada ao se analisar um período mais extenso ou o aumento na amostra evidenciaria a tendência de aumento? Apenas a manutenção do monitoramento das vendas do metilfenidato poderia responder a tal questão.

Uma vez identificado o padrão anual de vendas, é legítimo se questionar se existe flutuação na quantidade de caixas de metilfenidato vendidas mensalmente. A Figura 1 ilustra a média da venda mensal de metilfenidato durante os anos de 2009 a 2012.

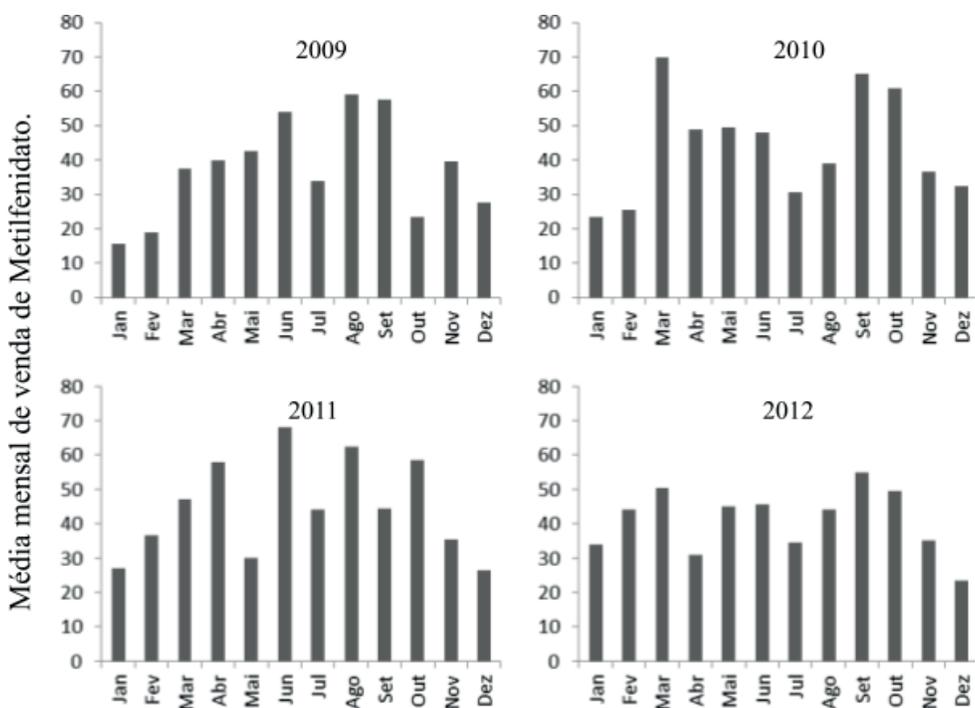


Figura 1- Média de venda mensal de Metilfenidato entre os anos de 2009 a 2012.

Inicialmente é possível observar, na Figura 1, um aumento na média de vendas no primeiro trimestre de cada ano, principalmente a partir do mês de março. Este aumento ocorreu de forma súbita nos anos de 2009 e 2010 e de forma mais gradual nos anos de 2011 e 2012. Destaque para março de 2010, mês no qual foram observadas as maiores

médias de vendas entre todos os meses analisados (média de 70 caixas).

Por outro lado, é possível notar uma tendência de diminuição na média mensal de vendas nos últimos trimestres de cada ano. Esta tendência pode ser mais bem observada nos anos de 2010, 2011 e 2012. A partir do mês de dezembro, observa-se certa estabilidade na média de caixas vendidas até os meses de janeiro e fevereiro do ano seguinte. Destaque para o mês de janeiro de 2009 no qual foram vendidas uma média de apenas 10 caixas, sendo a menor média de vendas entre todos os meses analisados.

Em conjunto, tais resultados demonstram diminuição na venda média de caixas de metilfenidato a partir de outubro e novembro de cada ano. As médias mais baixas observadas em dezembro, tendem a se manter entre os meses de janeiro e fevereiro do ano seguinte. A partir de fevereiro ou março, observa-se um aumento na média de caixas vendidas (Figura 1). A média de vendas de metilfenidato no trimestre seguinte (abril, maio e junho) tende a ser maior.

Outro resultado regular que merece destaque é a diminuição na média de caixas vendidas durante o mês de julho em relação ao trimestre anterior. Esta diminuição pode ser observada nos quatro anos que compuseram o escopo desta pesquisa.

A média de caixas vendidas em julho, no entanto, não se mantém nos meses seguintes, pelo contrário, é notável o aumento na média de vendas a partir do mês agosto nos quatro anos analisados. A média de vendas se mantém acima de 30 caixas até o mês de outubro, ponto a partir do qual observa-se a tendência de diminuição na média mensal de vendas.

De forma geral, os resultados apresentados na Figura 1 demonstram que a maior média de vendas mensais ocorre durante os trimestres entre abril a junho e entre agosto a outubro. Enquanto as menores médias de vendas são observadas durante o mês de julho, dezembro, janeiro e fevereiro.

Tais resultados são bastante similares àqueles encontrados por Gomes et al (2019). Os autores também observaram diminuições regulares de vendas entre os meses de julho, dezembro e janeiro. Tais variações ocorrem apesar da tendência geral de aumento nas vendas anuais de metilfenidato entre os anos por eles analisados. Como exemplo, citam que as vendas de metilfenidato em janeiro de 2012 representaram apenas 4,7%, enquanto, as vendas em outubro representaram 10% das vendas totais daquele ano.

Os resultados encontrados em uma cidade do interior do estado do Mato Grosso do Sul são análogos aqueles encontrados por Gomes et al (2019) ao analisarem as vendas de metilfenidato nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Seria razoável supor, portanto, que resultados semelhantes também possam ser encontrados em âmbito estadual no Mato Grosso do Sul.

Diante deste cenário, os autores reconhecem que as variações nas vendas mensais de metilfenidato acompanham o calendário de atividades escolares. Os meses nos quais as vendas foram menores (julho, janeiro e fevereiro) representam períodos de recesso escolar, enquanto observa-se um aumento nas vendas de metilfenidato ao longo do ano

letivo, acentuando-se em momentos nos quais há eminência de reprovação escolar (Gomes et al., 2019). Uma vez que o mesmo padrão foi evidenciado nos resultados desta pesquisa, é possível supor que as variações observadas na Figura 1 também sejam influenciadas por esta variável.

Segundo Natividade (2019) um comportamento inadequado em sala de aula passa a ser considerado um problema médico, alocando seu tratamento para o âmbito da saúde. Isto ocorre pois, há uma tendência em interpretar problemas de comportamento, como tendo origens orgânicas ou bioquímicas, desconsiderando, assim, o contexto mais amplo no qual essa criança está inserida. Concepções desta natureza mascaram problemas do sistema educacional, criando demandas para serviços médicos e ampliando a medicalização dos problemas escolares (Moysés & Collares, 2013).

O TDAH interessa a várias áreas: neurologia, psiquiatria, pediatria, psicologia, ciência cognitivas, fonoaudiologia, linguística, educação e psicopedagogia, dentro outras. As implicações do diagnóstico transcendem a clínica psiquiátrica e até mesmo a neurológica, pois tem consequências para a vida social e educacional dos estudantes (Signor & Santana, 2016)

Diante disto, o processo de psicoterapia pode ser uma alternativa ao tratamento medicamentoso, pois algumas crianças vivenciam histórias sucessivas de fracassos, que as colocam em grande risco para desenvolverem baixa autoestima, sentimentos de inferioridade, ansiedade, depressão, comportamento desafiador, oposicional, transtorno de conduta e dificuldades para entenderem porque não conseguem corresponder às expectativas que lhe são exigidas (Silva et al., 2019).

Uma ressalva é necessária neste momento. Apesar da psicoterapia ser uma alternativa ao tratamento medicamentoso, ela também pode favorecer a ideia de que os padrões de comportamentos que caracterizam o TDAH são problemas de ordem individual. Ao individualizar o problema, a psicoterapia também pode servir para escamotear problemas nas contingências escolares e sociais. Ao fazer isto, estaria contribuindo para o fortalecimento de um discurso medicalizante.

Silva et al., (2019) sugerem algumas estratégias não medicamentosas úteis para o aluno com baixo nível de atenção e que combinam intervenções psicoterapêuticas e no ambiente escolar. A primeira delas é usar sempre o mesmo lugar para o estudo, limpar a mesa de qualquer estímulo que provoque distração. De uma maneira genérica, o psicólogo pode sugerir algumas dicas úteis para o professor manejar os sintomas de TDAH em sala de aula como:

- Manter contato com os pais da criança regularmente.
- Perguntar à criança como ela acha que pode aprender melhor.
- Monitorar tarefas, marcando tempo, ajuda a criança a se programar e se orientar dentro de um prazo preestabelecido.

- Orientar o aluno previamente sobre o que é esperado dele, em termos de comportamento e aprendizagem.
- Usar recursos especiais, como gravador, retroprojetor, slides, etc. Esses recursos podem ajudar na manutenção da atenção e, conseqüentemente no processo de aprendizagem.
- Tentar entender as necessidades e as dificuldades temperamentais e educacionais da criança.
- Ser tolerante para que o aluno possa sentir-se aceito.
- Incentivar e recompensar todo o bom comportamento e o desempenho.
- Permitir alguns movimentos em sala de aula, ou mesmo fora de sala.
- Não enfatizar o fracasso.

O professor deve levar em consideração que não há uma solução fácil para lidar com crianças com TDAH na sala de aula e nem existe uma receita pronta para isso. Algumas dessas sugestões podem ser mais adequadas às crianças menores, outras às mais velhas, mas em termos de estrutura e educação, são convenientes a qualquer um (Silva et al., 2019).

Percebe-se então, que o cuidado com a criança diagnosticada com TDAH vai além da prescrição de medicamentos, deve-se levar em consideração as contingências, escolares e familiares, das quais o comportamento da criança é função, os repertórios de professor em sala de aula e tratamento psicoterapêutico. Isto está de acordo com a afirmação feita pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2014), de que o tratamento do TDAH com o metilfenidato é apenas complementar e de suporte à intervenções psicoterapêuticas, escolares e familiares.

Considerações finais

Este trabalho teve como objetivo avaliar a venda de metilfenidato entre os anos de 2009 a 2012 em uma cidade do interior do Mato Grosso do Sul. A análise das vendas mensais neste período, demonstrou que a média de caixas vendidas tende a ser menor durante períodos de recesso escolar. Esta variação, encontrada em nível municipal, também foi observada ao analisar a venda de caixas de metilfenidato nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro entre os anos de 2007 a 2014 (Gomes et al., 2019).

O metilfenidato é uma droga estimulante do sistema nervoso central e tem como principais efeitos o aumento dos níveis de concentração e diminuição da atividade motora de seus consumidores (ANVISA, 2014). Por conta de tais efeitos, é a droga primariamente eleita para o tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (Coelho et al., 2014; Parecy & de Oliveira, 2010). Observa-se um aumento, mundial e nacional, do diagnóstico deste transtorno e da produção e consumo de metilfenidato nos

últimos anos (ANVISA, 2014; Gomes et al., 2019; Itaborahy & Ortega, 2013).

A diminuição das vendas durante período de recesso escolar pode indicar que tal droga pode estar sendo utilizada como um forma sutil de controle social (Conrad, 1975; Moysés & Collares, 2013). Ao se considerar problemas comportamentais como de origem bioquímica, escamoteiam-se os determinantes sociais (escolares e familiares) de tais problemas (Conrad, 1975; Moysés & Collares, 2013; Natividade, 2019).

A definição de problemas psicológicos ou sociais como problemas de ordem médica, caracteriza o que foi denominado por Conrad (1975) de medicalização. As discussões sobre o fenômeno da medicalização encontram respaldo nas discussões feitas pela Análise do Comportamento acerca da natureza dos problemas comportamentais. Desta perspectiva, tanto o tratamento farmacológico de problemas de comportamento é insuficiente quanto sua definição como um transtorno ou doença é equivocada (Ferster et al., 1979; Gongora, 2003; Ullman & Krasner, 1972).

Referências

American Psychiatric Association, A. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-V*. American Psychiatric Association.

ANVISA. (2014). Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. In *Boletim Brasileiro de Tecnologias em Saúde: Vol. VII* (Issue 23).

Coelho, J., Rocha, F., Santos, S., & Barros, S. (2014). Perturbação de hiperatividade e déficit de atenção : casuística de um centro secundário. *Nascer e Crescer*, 23(4), 195–200. http://hdl.handle.net/10400.16/1788%5Cnhttp://www.scielo.mec.pt/scielo.php?scr ipt=sci_arttext&pid=S0872-07542014000700004&lng=pt&nrm=iso

Conrad, P. (1975). The discovery of hyperlinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, 23(1), 12–21. <https://doi.org/10.2307/799624>

Cordioli, A. V. (2005). *Psicofármacos: consulta rápida* (3ª). Artmed.

Ferster, C. B., Culbertson, S., & Perrot Boren, M. C. (1979). *Princípios do comportamento*. Hucitec.

Gomes, R. S., Gonçalves, L. R., & Santos, V. R. L. (2019). Vendas de metilfenidato : uma análise empírica no Brasil no período de 2007 a 2014. *Sigmae*, 8(2), 663–681. <https://publicacoes.unifal-mg.edu.br/revistas/index.php/sigmae/article/view/1039>

Gongora, M. A. N. (2003). Noção de psicopatologia na Análise do Comportamento. In C. E. Costa, J. C. Luzia, & H. H. N. Sant'Anna (Eds.), *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (pp. 93–109). Esetec Editores Associados.

Itaborahy, C. (2009). *A ritalina no Brasil: uma década de produção*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Itaborahy, C., & Ortega, F. (2013). O metilfenidato no Brasil: uma década de publicações. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 803–816. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300026>

Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (2013). Controle e medicalização da infância. *Desidades*, 1(1), 11–21. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2318-92822013000100002&lng=pt&lng=pt

Natividade, D. (2019). O uso da ritalina e as dificuldades de aprendizagem. *Episteme Transversalis*, 10(2), 183–198. <http://revista.ugb.edu.br/ojs302/index.php/episteme/article/view/1342/1064>

Parecy, J., & de Oliveira, L. A. (2010). O uso de medicamentos na contemporaneidade e as formas de subjetivação presentes no imaginário popular referentes à figura do psicólogo. *Unoesc & Ciência - ACHS*, 1(2), 183–190. <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/achs/article/view/88>

Signor, R., & Santana, A. P. (2016). *TDAH e medicalização. Implicações neurolinguísticas e educacionais do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. Summus Editorial. larpsi.com.br

Silva, E. M. F. da, Almeida, J. L. M. de, Silva, M. A. da, & Menezes, R. M. da C. (2019). *Avaliação e reabilitação neuropsicológica em casos de TDAH*. Psicologia.Pt.

Skinner, B. F. (1953). *Ciência e Comportamento Humano*. Martins Fontes.

Ullman, L. P., & Krasner, L. (1972). *Pesquisas sobre modificação do comportamento*. Editora Herder.