

O CRESCIMENTO DO USO DE RITALINA NO BRASIL: IMPLICAÇÕES FARMACOLÓGICAS, SOCIAIS E CLÍNICAS¹

THE GROWTH OF RITALIN USE IN BRAZIL: PHARMACOLOGICAL, SOCIAL, AND CLINICAL IMPLICATIONS

Victor Hugo Cruz de Moura²
João Paulino de Souza Neto³
Caio Fernando Martins Ferreira⁴

RESUMO: O cloridrato de metilfenidato (MTF), conhecido comercialmente como Ritalina, é um derivado da piperidina estruturalmente semelhante às anfetaminas, atuando como potente estimulante do sistema nervoso central. Inicialmente indicado para o tratamento da narcolepsia, seu uso expandiu-se a partir da década de 1960, quando estudos evidenciaram benefícios no manejo de crianças com hiperatividade e dificuldades de atenção. Entre as décadas de 1960 e 1970, consolidou-se como terapêutica para distúrbios comportamentais em ambiente escolar, e, nos anos 1980, observou-se um aumento expressivo no consumo de psicoestimulantes. A consolidação do diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), em 1994, impulsionou ainda mais o uso do fármaco. A partir da década de 1990, campanhas de divulgação e a popularização do TDAH contribuíram para tornar o metilfenidato o principal medicamento utilizado no tratamento desse transtorno. No Brasil, a produção e importação da substância aumentaram cerca de 373% em dez anos, posicionando o país como o segundo maior consumidor mundial, atrás apenas dos Estados Unidos. Esse crescimento acentuado reflete tanto o aumento das indicações terapêuticas quanto o uso extrapolado para fins não médicos, o que suscita relevantes discussões sobre os impactos farmacológicos, sociais e clínicos do uso indiscriminado da Ritalina na população brasileira.

2443

Palavras-chave: Ritalina. Metilfenidato. TDAH. Farmacologia. Saúde Pública.

ABSTRACT: Methylphenidate hydrochloride (MPH), commercially known as Ritalin, is a piperidine derivative structurally similar to amphetamines and acts as a potent central nervous system stimulant. Initially indicated for the treatment of narcolepsy, its use expanded in the 1960s when studies demonstrated its effectiveness in managing children with hyperactivity and attention difficulties. Between the 1960s and 1970s, it became established as a therapy for behavioral disorders in school settings, and during the 1980s, the consumption of psychostimulants increased significantly. The formal recognition of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in 1994 further boosted its prescription. From the 1990s onward, media campaigns and the growing visibility of ADHD consolidated methylphenidate as the main reference drug for its treatment. In Brazil, the production and importation of methylphenidate have increased by approximately 373% in ten years, placing the country as the second-largest consumer worldwide, behind only the United States. This sharp growth reflects both therapeutic use and non-medical consumption, raising important discussions about the pharmacological, social, and clinical impacts of the widespread use of Ritalin among the Brazilian population.

Keywords: Ritalin. Methylphenidate. ADHD. Pharmacology. Public Health.

¹Artigo apresentado à Universidade Potiguar como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Farmácia, em 2025.

²Graduando em farmácia, Universidade Potiguar.

³Graduando em farmácia, Universidade Potiguar.

⁴Orientador- farmacêutico e docente do curso de farmácia na Universidade Potiguar.

I INTRODUÇÃO

O metilfenidato, comercialmente conhecido como Ritalina, é um estimulante do sistema nervoso central pertencente à classe das piperidinas, com estrutura química semelhante às anfetaminas. Inicialmente sintetizado na década de 1940, o medicamento foi utilizado primeiramente no tratamento da narcolepsia, um distúrbio do sono, sendo posteriormente incorporado ao manejo do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em crianças, consolidando-se como terapia padrão ao longo das décadas seguintes (DE SANTANA *et al.*, 2025).

A Ritalina é indicada para indivíduos diagnosticados com TDAH, transtorno neurológico caracterizado por déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade, que frequentemente se manifesta na infância e pode acompanhar o indivíduo durante a vida adulta. Seu uso é altamente regulamentado, exigindo acompanhamento médico rigoroso, dado que efeitos colaterais como insônia, alterações de humor, acatisia e, em casos prolongados, alucinações e surtos psicóticos podem ocorrer, podendo inclusive representar risco de suicídio quando usado inadequadamente (MELO *et al.*, 2020; DE SANTANA *et al.*, 2025).

Nos últimos anos, o conceito de aprimoramento cognitivo tem sido associado ao uso de substâncias psicoativas, incluindo o metilfenidato, com a finalidade de aumentar o desempenho intelectual de indivíduos saudáveis. Ambientes universitários, marcados por elevada pressão acadêmica, apresentam-se como contextos propícios ao consumo não terapêutico dessas substâncias, motivado pelo desejo de melhorar atenção, concentração e desempenho em provas e atividades acadêmicas (DA SILVA TAVARES; DE ANDRADE, 2024; DE SOUZA; DE MELO GUEDES, 2021).

Estudos apontam que, no Brasil, o uso de Ritalina fora do contexto clínico tem crescido significativamente, especialmente entre estudantes universitários, configurando um padrão de consumo indiscriminado. Entre os fatores que contribuem para esse fenômeno estão o acesso facilitado ao medicamento, a pressão acadêmica e a percepção de que a substância melhora o rendimento intelectual (DA SILVA TAVARES; DE ANDRADE, 2024; DA SILVA *et al.*, 2022).

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar, por meio de uma revisão da literatura científica, o crescimento do uso do cloridrato de metilfenidato (Ritalina) no Brasil, identificando seus impactos farmacológicos, sociais e clínicos, bem como as principais

tendências e desafios relacionados ao uso terapêutico e não terapêutico da substância. (MARCONI; LAKATOS, 2001).

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura com enfoque qualitativo e descritivo, destinada a mapear e sintetizar evidências sobre o consumo de cloridrato de metilfenidato (Ritalina) no Brasil e suas implicações farmacológicas, sociais e clínicas. A revisão priorizou estudos originais, revisões, relatórios institucionais e documentos oficiais relevantes ao tema.

A busca foi realizada nas bases de dados eletrônicas PubMed/MEDLINE, SciELO, BVS/LILACS, Web of Science, Scopus e repositórios institucionais nacionais (ANVISA, Ministério da Saúde, CONITEC, ONUs/relatórios). Foram também consultadas revistas científicas, teses, dissertações e documentos técnicos citados nas referências dos artigos selecionados (*snowballing*).

A estratégia de busca combinou termos em português e inglês usando operadores booleanos (ex.: “methylphenidate” OR “metilfenidato” OR “Ritalin” OR “Ritalina”) AND (“Brazil” OR “Brasil”) AND (“consumption” OR “use” OR “prescription” OR “abuse” OR “nonmedical” OR “TDAH” OR “ADHD” OR “public health”). As buscas cobriram o período 1960–2025 e foram realizadas entre março e setembro de 2025.

Os critérios de inclusão se pautaram em estudos que tratem do consumo, produção, prescrição, impacto clínico, farmacológico ou social do metilfenidato no Brasil, artigos originais, revisões, relatórios oficiais e documentos técnicos, publicações em português ou inglês. 2445

Já os critérios de exclusão foram trabalhos sem foco nacional ou que tratem exclusivamente de outras substâncias sem discutir metilfenidato, comunicados sem dados empíricos, notícias jornalísticas não referenciadas cientificamente e resumos sem texto completo quando as informações essenciais não estavam acessíveis.

A seleção seguiu etapas independentes: (1) remoção de duplicatas; (2) triagem de títulos e resumos; (3) leitura integral dos textos potencialmente elegíveis. Duas revisoras realizaram cada etapa de forma independente; divergências foram resolvidas por consenso ou por um terceiro avaliador.

Foi elaborado um formulário padronizado (Microsoft Excel) para extrair: autor, ano, tipo de estudo, população/amostra, período analisado, indicadores de consumo (produção, importação, vendas ou caixas vendidas), principais achados farmacológicos, sociais e clínicos, e limitações relatadas. Quando disponível, foram coletados dados numéricos para análise de

tendência. Realizou-se síntese narrativa estruturada em eixos temáticos (histórico, epidemiologia de consumo, aspectos farmacológicos, uso não terapêutico, impactos sociais e recomendações de políticas).

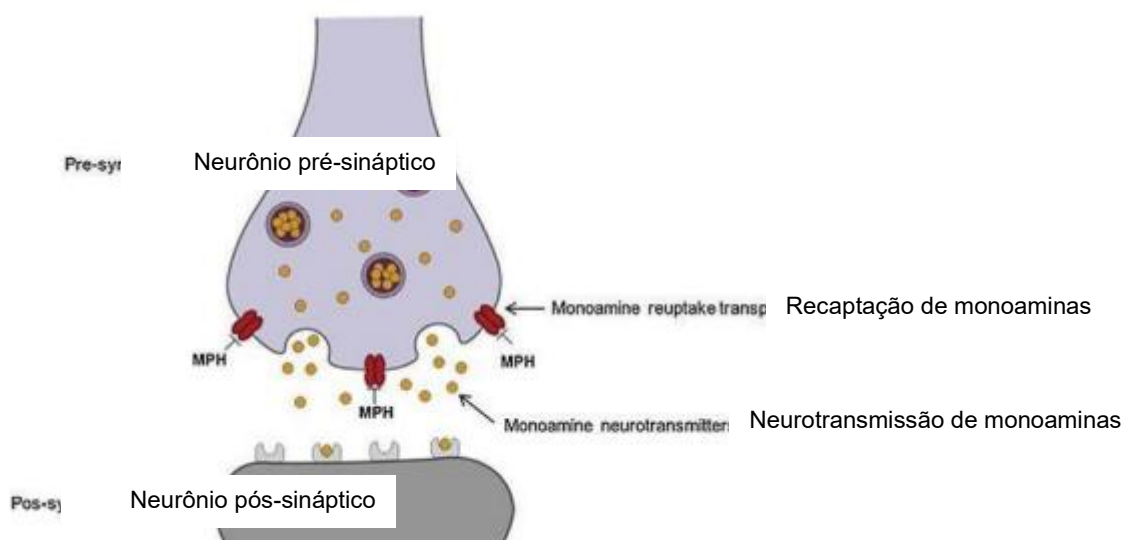
2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Histórico da descoberta e uso do fármaco ritalina

O aumento do uso de metilfenidato, popularmente conhecido como Ritalina, no Brasil, vem sendo registrado nas últimas décadas, especialmente entre crianças, adolescentes e jovens adultos. O metilfenidato é um psicoestimulante do sistema nervoso central, cuja ação principal ocorre através da inibição da recaptação de dopamina e noradrenalina (figura 1), aumentando a disponibilidade desses neurotransmissores na fenda sináptica e promovendo maior atenção, concentração e controle de impulsos (ARRUDA, 2007). O mecanismo de ação do metilfenidato ainda não foi completamente elucidado. Entretanto, acredita-se que, por ser um análogo das anfetaminas, o MTF atua principalmente no córtex pré-frontal, em regiões límbicas e no estriado, promovendo excitação nessas áreas. Esse efeito resulta no aumento da concentração extracelular de dopamina, causado pela inibição da recaptação dessa catecolamina por meio de seu transportador específico (KUCZENSKI & SEGAL, 1997).

2446

Figura 1. Mecanismo de ação da Ritalina



Fonte: Adaptado de Rang & Dale (2025).

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é a principal indicação clínica do metilfenidato. Estudos epidemiológicos estimam que 3% a 5% das crianças em idade escolar apresentem os critérios diagnósticos para TDAH (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). No entanto, pesquisas apontam que a prescrição da Ritalina tem crescido de forma desproporcional à prevalência do transtorno, levantando debates sobre uso inadequado, medicalização da infância e pressões sociais por desempenho escolar (ANVISA, 2014).

Do ponto de vista farmacológico, o metilfenidato apresenta benefícios clínicos evidentes para indivíduos com TDAH, incluindo melhora da atenção sustentada, redução da impulsividade e maior desempenho acadêmico. Entretanto, seu uso também implica riscos potenciais, como insônia, perda de apetite, aumento da pressão arterial e, em alguns casos, dependência (BARKLEY, 2015).

No âmbito social, o aumento do uso da Ritalina está relacionado a fatores culturais e educacionais. O desempenho escolar e acadêmico muitas vezes é priorizado em detrimento de outras formas de aprendizagem e desenvolvimento, incentivando a busca por soluções farmacológicas rápidas. Além disso, existe uma pressão midiática e familiar que pode contribuir para a medicalização de comportamentos infantis considerados normais, levando ao consumo desnecessário da medicação (FARIA, 2012).

2447

Clinicamente, o crescimento do uso da Ritalina demanda atenção para protocolos de prescrição, acompanhamento multidisciplinar e monitoramento dos efeitos colaterais. Especialistas recomendam que o tratamento seja individualizado, combinando intervenção farmacológica com estratégias comportamentais e educativas, promovendo um cuidado integral à criança ou adolescente (MENDES & SOUZA, 2016).

Dessa forma, o fenômeno do aumento do consumo de Ritalina no Brasil não pode ser compreendido apenas como um avanço terapêutico. Ele envolve dimensões farmacológicas, sociais e clínicas, que exigem reflexão crítica sobre os critérios de prescrição, os impactos na saúde pública e a responsabilidade das instituições educacionais e familiares no manejo do comportamento infantil.

De acordo com Brunton (2003), o cloridrato de metilfenidato, mais conhecido como metilfenidato (MTF), é um derivado da piperidina, composto orgânico encontrado em plantas, cuja estrutura se assemelha à das anfetaminas – substâncias sintéticas que atuam como potentes

estimulantes do sistema nervoso central. A molécula do metilfenidato foi sintetizada pela primeira vez em laboratório em 1944 por Leandro Panizzon, químico da indústria suíça CIBA, atualmente conhecida como Novartis (DUPANLOUP, 2004; MYERS, 2007).

O composto rapidamente se destacou em relação à benzedrina, sendo considerado uma inovação química por situar-se entre a cafeína e as anfetaminas então conhecidas, apresentando maior eficácia e menor potencial de indução à dependência em comparação a essas últimas (DUPANLOUP, 2004).

Relata-se que o próprio Panizzon batizou a substância como Ritalin, nome original utilizado internacionalmente, adaptado para o português como Ritalina, em homenagem à sua esposa, cujo apelido era Rita (MYERS, 2007). Na década de 1950, o metilfenidato foi descrito pela primeira vez como um estimulante leve do sistema nervoso central, com excelente tolerância, capaz de melhorar o humor e o desempenho geral sem induzir euforia (DUPANLOUP, 2004, p. 125). Além disso, passou a ser indicado para o tratamento de quadros depressivos leves e como supressor do apetite (DUPANLOUP, 2004; SINGH, 2007).

Em 1954, o metilfenidato foi patenteado pela Ciba sob o nome Ritalina, sendo um de seus principais usos a reversão de comas induzidos (MYERS, 2007). Nas primeiras campanhas publicitárias, veiculadas nas décadas de 1950 e 1960, o medicamento era apresentado como uma droga de uso geral, “útil no tratamento da maior parte dos distúrbios psiquiátricos” (SINGH, 2007, p. 134). Em alguns anúncios, também era chamado de “psicotônico do humor”, descrito como capaz de “confortar e estimular com moderação” (DUPANLOUP, 2004, p. 125). Nos primeiros anos de comercialização nos Estados Unidos, o público-alvo predominante eram pessoas idosas e de meia-idade, sendo o metilfenidato utilizado principalmente para tratar depressão, comportamento senil e letargia (MYERS, 2007).

No Brasil, o uso de metilfenidato tem crescido de forma expressiva nas últimas décadas, refletindo tanto a ampliação do diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) quanto o aumento da oferta de medicamentos à base da substância. Dados recentes indicam que o país ocupa o 2º lugar no ranking mundial de consumo, com cerca de 2 milhões de caixas vendidas em 2010, e registrou um aumento de 775% no consumo entre 2003 e 2012 (CONANDA). A principal indicação terapêutica é o tratamento do TDAH em crianças a partir de 6 anos, sendo os medicamentos aprovados pela ANVISA: Ritalina®, Ritalina® LA e Concerta® (CONITEC). A dosagem máxima diária recomendada varia conforme o medicamento, e o custo anual do tratamento pode alcançar valores elevados,

especialmente no caso do Concerta® (ANVISA). Esses dados estão resumidos na Tabela 1, que apresenta informações detalhadas sobre o consumo, indicação, medicamentos disponíveis, dosagem e custo do tratamento com metilfenidato no Brasil.

Quadro 1 - Uso de Metilfenidato no Brasil

Indicador	Valor/Informação	Fonte
Posição no ranking mundial de consumo	2º lugar em 2010, com cerca de 2 milhões de caixas vendidas	CONANDA
Crescimento entre 2003 e 2012	Aumento de 775% no consumo de metilfenidato	CONANDA
Indicação principal	Tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em crianças a partir de 6 anos	ANVISA
Medicamentos aprovados pela ANVISA	Cloridrato de metilfenidato (Ritalina®), Ritalina® LA, Concerta®	CONITEC
Dosagem máxima recomendada	60 mg/dia para Ritalina® e Ritalina® LA; 54 mg/dia para Concerta®	ANVISA
Custo anual do tratamento (R\$)	R\$ 375,40 (baixa dose de Ritalina®); R\$ 957,65 (baixa dose de Ritalina® LA); R\$ 3.646,13 (baixa dose de Concerta®)	ANVISA

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

Esses dados evidenciam o aumento significativo no consumo de metilfenidato no Brasil, especialmente entre 2003 e 2012, e destacam a importância de uma prescrição criteriosa e acompanhamento adequado no tratamento do TDAH. Esses documentos fornecem uma base sólida para compreender o contexto do uso de metilfenidato no Brasil, incluindo dados sobre consumo, diretrizes de prescrição e avaliações de eficácia e segurança.

Inicialmente, o metilfenidato era indicado para o tratamento da narcolepsia, um transtorno do sono relativamente raro. A partir da década de 1960, estudos passaram a destacar seus benefícios no manejo de crianças com hiperatividade e dificuldades de atenção. Atualmente, sua principal indicação terapêutica é o tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em crianças (BARROS, 2009).

2.1.1 O consumo de Ritalina e a expansão do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

O metilfenidato é atualmente o estimulante mais consumido no mundo, superando a soma do consumo de todos os outros psicoestimulantes combinados. Essa popularidade está estreitamente vinculada ao diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), que tem sido a justificativa predominante para o aumento expressivo de seu uso (Itaborahy, 2009; Caliman, 2006; Lima, 2005; Dupanloup, 2004). Além do TDAH, o

metilfenidato possui indicações terapêuticas para a narcolepsia e, de forma mais restrita, para obesidade, o que demonstra sua aplicação clínica diversificada.

Segundo o último relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre produção e consumo de psicotrópicos (ONU, 2008), os dados relativos ao metilfenidato são apresentados separadamente de outros estimulantes. Em 2006, a produção mundial de metilfenidato atingiu quase 38 toneladas, enquanto a fabricação mundial de outros psicoestimulantes, incluindo anfetaminas e derivados, excetuando o metilfenidato, não ultrapassou 34 toneladas. Observa-se que a produção mundial de metilfenidato passou de 2,8 toneladas, em 1990, para 19,1 toneladas em 1999, representando um crescimento superior a 580%. Esse aumento significativo decorre, principalmente, da utilização do medicamento no tratamento do TDAH, cuja divulgação intensificou-se ao longo da década de 1990. Embora tenha havido uma queda para 16 toneladas em 2000, a produção global manteve uma tendência ascendente, atingindo 33,4 toneladas em 2004, 28,8 toneladas em 2005 e quase 38 toneladas em 2006. Desse total, 34,6 toneladas foram produzidas pelos Estados Unidos, país que se destaca não apenas como maior produtor, mas também como maior consumidor global, com 82,2% do consumo mundial concentrado internamente.

No Brasil, o consumo do metilfenidato segue essa tendência de crescimento. Em 2000, o país consumia apenas 23 kg do medicamento (Lima, 2005). Seis anos depois, a produção nacional havia atingido 226 kg, além de 91 kg importados (ONU, 2008). Apesar de o consumo global e a produção estarem mais documentados nos Estados Unidos, o crescimento acelerado no Brasil torna fundamental a compreensão do uso do metilfenidato no contexto nacional, especialmente para políticas e ações de saúde voltadas ao manejo do TDAH. 2450

Historicamente, a Ritalina era utilizada desde os anos 1950 em países como Suíça, Alemanha e Estados Unidos, antes mesmo de existir um diagnóstico específico associado. Inicialmente, sua indicação era voltada para o tratamento de fadiga em quadros psiquiátricos diversos, bem como para o cansaço em idosos. Paralelamente, tranquilizantes de menor potencial começavam a ser prescritos para crianças com dificuldades comportamentais (Singh, 2007; Dupanloup, 2004).

Com o passar das décadas, a medicação tornou-se intimamente associada ao TDAH, passando a ser amplamente utilizada como primeira escolha terapêutica, não apenas em crianças, mas também em adolescentes e adultos. A expansão dos critérios diagnósticos para incluir faixas etárias mais amplas contribuiu diretamente para o aumento da base de usuários

do metilfenidato (Conrad, 2007; Okie, 2006; Conrad & Potter, 2000). O TDAH, que inicialmente era considerado um transtorno infantil e transitório, passou a ser caracterizado como uma condição que pode perdurar por toda a vida, sendo visto como uma explicação biológica plausível para diferentes dificuldades ao longo da existência, incluindo aspectos acadêmicos, profissionais, emocionais, familiares e até sexuais (Joffe, 2005; Mattos, 2005; Weiss & Murray, 2003; Conrad & Potter, 2000).

Consequentemente, muitas crianças diagnosticadas com TDAH passaram a ter indicação de tratamento medicamentoso contínuo, transformando o transtorno em uma condição percebida como permanente. Além disso, adultos que nunca haviam sido diagnosticados com sintomas de hiperatividade, desatenção ou impulsividade começaram a reinterpretar desafios em suas vidas pessoais e profissionais como manifestações do TDAH. Para esses indivíduos, o processo diagnóstico atua como uma ferramenta de revelação de sintomas que, segundo especialistas, já estavam presentes de forma oculta e necessitam de tratamento contínuo (Joffe, 2005, p.68).

Nos Estados Unidos, estimativas de 2005 apontavam que 4,4% da população adulta poderia ser diagnosticada com TDAH (Kessler et al., 2007), embora muitos psiquiatras considerem esse número conservador. Os critérios do DSM-IV, originalmente direcionados à população infantil, deverão ser revisados no DSM-V, com expectativa de ampliação do espectro de sintomas considerados e flexibilização dos requisitos de severidade, o que provavelmente aumentará a identificação de casos em adultos.

2451

A relação histórica entre TDAH e Ritalina consolidou-se entre as décadas de 1980 e 1990, de modo que a expansão diagnóstica do transtorno está diretamente ligada ao aumento das prescrições de metilfenidato. Estudos científicos frequentemente recomendam a ampliação dos critérios diagnósticos, sobretudo para incluir casos limítrofes que, de outra forma, não receberiam tratamento medicamentoso. Dessa forma, a flexibilização diagnóstica resulta no incremento do uso terapêutico da Ritalina, consolidando seu papel no manejo do TDAH (Okie, 2006; Dupanloup, 2004).

2.2 Principais Aspectos Relacionados ao Início da Prescrição de Ritalina em Crianças

Inspirado nas pesquisas com anfetaminas desenvolvidas na década de 1930, o psiquiatra americano Leon Eisenberg publicou, em 1960, um artigo demonstrando a eficácia do metilfenidato no tratamento de distúrbios de aprendizagem. De acordo com Dupanloup (2004,

p. 126), “passa-se a aceitar que os psicoestimulantes têm um efeito calmante sobre a criança agitada, mas a terminologia utilizada para descrever seus sintomas é ainda variável e conceitualmente confusa”.

Entre as décadas de 1960 e 1970, consolidou-se tanto no meio médico quanto no senso comum o uso da Ritalina para tratar crianças com problemas de comportamento, principalmente no ambiente escolar (DUPANLOUP, 2004). Nesse período, segundo o autor, houve uma multiplicação de publicações de experimentos envolvendo o metilfenidato, em grande parte voltados a destacar os benefícios de sua utilização.

Em 1966, o Serviço de Saúde Pública dos EUA publica um guia diagnóstico da Disfunção Cerebral Mínima – DCM, em cuja revisão bibliográfica o diagnóstico é associado a 38 termos diferentes, incluindo síndrome de hiperatividade e hipercinesia, fazendo com que, segundo Dupanloup (2004, p. 133):

No meio da década de 1970, as prescrições de estimulantes para crianças cresceram de forma acelerada nos Estados Unidos. O metilfenidato alcançou tamanho êxito que o laboratório CIBA reconheceu enfrentar dificuldades para suprir a demanda, resultando, em diversas ocasiões, na falta do medicamento nas prateleiras das farmácias.

Na década de 1980, o consumo de psicoestimulantes apresentou um crescimento acelerado (MYERS, 2007). A designação Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) começou a ganhar forma com a introdução do conceito de Disfunção Cerebral Mínima, em 1994 (CALIMAN, 2006; PEREIRA, 2009). Conforme destaca Caliman (2006), foi nos anos 1990 que ocorreu a primeira grande campanha publicitária em torno do TDAH e do metilfenidato, consolidando o fármaco como o tratamento mais conhecido e amplamente utilizado para o transtorno. Já nos anos 2000, observou-se a ampliação do grupo de indivíduos considerados “diagnosticáveis”, acompanhada pelo aumento expressivo do consumo de metilfenidato em diversas partes do mundo (CALIMAN, 2006).

Desde este período, a administração da medicação do TDAH vem sofrendo transformações importantes no que se refere à sua dosagem e duração, segundo Mattos & Louza (2007, p. 16):

Até o ano 2000, grande parte das crianças diagnosticadas recebia tratamento com medicamentos de liberação imediata, caracterizados por efeito de curta duração, geralmente utilizados apenas durante o período escolar e por um intervalo de 1 a 2 anos. A partir de 2000, os fármacos de liberação prolongada passaram a se destacar, sendo amplamente adotados por serem considerados mais “seguros” e de “fácil administração”.

De acordo com Johnston et al. (2006), o posicionamento recente de muitos especialistas aponta para o uso cada vez mais precoce da medicação, “pelo tempo que for necessário”, o que

tem levado as crianças diagnosticadas atualmente a receberem doses significativamente mais altas do que aquelas tratadas no passado. Myers (2007) destaca que cerca de 90% das prescrições de metilfenidato destinam-se ao tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Já para Moojem et al. (2003), a avaliação psicológica e o diagnóstico do TDAH constituem um processo delicado e complexo, que exige do profissional não apenas experiência clínica e embasamento teórico, mas também profunda reflexão. Esses autores ressaltam ainda que o transtorno é responsável por uma parcela significativa dos problemas escolares, uma vez que, independentemente da presença de hiperatividade, compromete de forma marcante o desempenho acadêmico, ao afetar diretamente a atenção, condição essencial para a aprendizagem.

2.3 Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é compreendido como uma alteração no desenvolvimento do autocontrole, caracterizada por déficits nos períodos de atenção, no controle dos impulsos e no nível de atividade (BARKLEY, 2002). Essa condição manifesta-se, principalmente, por dificuldades em manter a atenção, inquietação e agitação, que frequentemente se configuram em comportamentos de hiperatividade e impulsividade.

2453

Tais sintomas apresentam-se de forma persistente, sendo mais intensos e recorrentes do que aqueles observados em crianças de mesma faixa etária e estágio de desenvolvimento (BENCZIK, 2000). Cabe destacar que, embora seja comum crianças demonstrarem comportamentos mais ativos, desatentos e impulsivos em comparação aos adultos, no TDAH essas manifestações ocorrem de modo mais acentuado e prejudicial (BARKLEY, 2002).

As crianças com TDAH frequentemente são rotuladas como distraídas, desmotivadas diante das tarefas, sem determinação, agitadas e desorganizadas (BARBOSA, 2001). Além dessas características, também podem manifestar sintomas como baixa tolerância à frustração, dificuldade em manter-se em uma única atividade, problemas de organização e episódios de devaneios diurnos. Essa condição pode estar associada a fracassos escolares, dificuldades emocionais e desafios nos relacionamentos interpessoais durante a infância e a adolescência (WILENS et al., 2002).

Atualmente, grande parte dos profissionais clínicos compreende o TDAH a partir de três dificuldades centrais: manter a atenção, controlar ou inibir impulsos e lidar com a atividade

excessiva (BARKLEY, 2002). Além desses aspectos, o autor destaca sintomas adicionais, como a dificuldade em seguir regras e instruções, bem como a instabilidade das reações diante de diferentes situações. Assim, o transtorno foi estruturado em três dimensões principais: Desatenção, Hiperatividade e Impulsividade.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é classificado como um transtorno psiquiátrico que acomete entre 3% e 5% das crianças em idade escolar. De forma geral, manifesta-se principalmente por comportamentos impulsivos, dificuldades de atenção e níveis elevados de hiperatividade (REIS; CAMARGO, 2008).

TDAH é o distúrbio comportamental mais diagnosticado na infância, sendo considerada uma doença crônica, segundo Arruda (2007, p. 14):

Não é simplesmente um transtorno que leva a criança a apresentar os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, mas que a presença desses sintomas leva a consequências negativas, interferindo no desenvolvimento do psiquismo, memória, relações familiares e sociais.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma condição neurobiológica de origem genética, que geralmente se manifesta ainda na infância e, em muitos casos, permanece ao longo de toda a vida do indivíduo (ARRUDA, 2007). Estudos apontam que entre 30% e 60% das pessoas diagnosticadas continuam a apresentar sintomas relevantes na fase adulta (ROSEMEIRE & MIYAZAKI, 2007). O diagnóstico baseia-se na identificação de sintomas persistentes de desatenção, impulsividade e hiperatividade motora, que surgem antes dos 7 anos de idade e tendem a se manter durante a adolescência e a vida adulta (MAKRIS et al, 2009).

2454

De acordo com Caliman (2006) e Pereira (2009), o diagnóstico do TDAH pode ser classificado em três subtipos: predominantemente desatento, predominantemente hiperativo e combinado, este último caracterizado pela presença simultânea de sintomas de desatenção e hiperatividade. Aproximadamente 80% dos indivíduos diagnosticados apresentam sintomas de ambos os tipos, desatenção e hiperatividade/impulsividade (RAPPLEY, 2005). No entanto, em alguns casos, um sintoma pode predominar sobre o outro, sendo fundamental indicar o subtipo adequado no momento do diagnóstico, com base no padrão sintomático predominante nos últimos seis meses (KEBIR et al., 2011).

O número de crianças e adolescentes diagnosticados com TDAH tem aumentado nos últimos anos. No Brasil, as estimativas de prevalência desse transtorno apresentam ampla variação, situando-se entre 0,9% e 26,8% (ANVISA, 2014). Estudos indicam que o tratamento farmacológico do TDAH, especialmente com metilfenidato, é comprovadamente eficaz.

Entretanto, para que seus efeitos sejam realmente benéficos, é essencial que pais, familiares e professores atuem de forma integrada. Vale ressaltar que o uso do metilfenidato não promove a cura, mas apenas reduz temporariamente os sintomas e as dificuldades associadas ao transtorno.

2.4 O Aumento “Visível” do Consumo da Ritalina no Brasil e no Mundo

O metilfenidato (cloridrato de metilfenidato) é classificado como um estimulante leve do sistema nervoso central (SNC) e vem sendo produzido em larga escala em diversos países (HARDMAN et al., 2006). Em 2011, a produção global de metilfenidato atingiu 48 toneladas, registrando o maior volume desde a década de 1990 (MARTINS et al., 2014).

No Brasil, a produção e importação do medicamento apresentaram um crescimento expressivo de 373% em apenas dez anos, o que contribuiu para um aumento de aproximadamente 775% no consumo da substância (ITABORAHY, 2009). Esse aumento está diretamente relacionado à maior disponibilidade do fármaco no mercado nacional e à ampliação do diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Segundo Moysés (2011), o Brasil se tornou o segundo maior consumidor mundial de metilfenidatos, utilizados principalmente no tratamento de crianças diagnosticadas com TDAH, ficando atrás apenas dos Estados Unidos. Esse cenário evidencia não apenas a crescente dependência do país em relação a psicotrópicos, mas também levanta questionamentos sobre os impactos sociais, clínicos e farmacológicos decorrentes do aumento do consumo da Ritalina.

De acordo com dados da Organização das Nações Unidas (ONU, 2008), a produção mundial de metilfenidato atingiu cerca de 38 toneladas em 2006, superando, isoladamente, a soma de todos os demais psicotrópicos produzidos naquele ano, que não ultrapassou 34 toneladas.

No Brasil, o crescimento da produção nacional de metilfenidato foi expressivo: entre 2002 e 2006, o aumento registrado foi de 465% (ITABORAHY, 2009). A tendência de alta também é confirmada pelos registros da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que apontam que o número de caixas vendidas passou de 2,1 milhões em 2010 para 2,6 milhões em 2013.

Além disso, segundo a ANVISA (2013), o consumo de metilfenidato, utilizado no tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), cresceu 75% entre crianças de 6 a 16 anos no período de 2009 a 2011. Esses números evidenciam não apenas o

aumento da disponibilidade do medicamento, mas também a expansão significativa de seu uso entre a população infantojuvenil brasileira, reforçando a necessidade de discussão sobre os impactos farmacológicos, sociais e clínicos desse crescimento.

Segundo Ortega et al. (2010), o crescimento expressivo do consumo de metilfenidato no Brasil e no mundo não se deve apenas às suas indicações terapêuticas tradicionais, mas também à sua utilização para fins não médicos. O medicamento tem sido empregado não apenas no tratamento de transtornos de atenção, mas também para melhoria de funções cognitivas em indivíduos saudáveis, como aumento da concentração, foco e desempenho intelectual.

Cruz et al. (2011) destacam que, nos últimos anos, o uso do metilfenidato tem se tornado cada vez mais frequente entre estudantes, que recorrem à substância durante períodos de intenso estresse acadêmico, buscando otimizar o rendimento em atividades intelectuais. Esse comportamento de consumo é corroborado pelos dados da ANVISA (2013), que apontam uma variação sazonal no uso do medicamento: observa-se redução do consumo durante as férias escolares e aumento no segundo semestre, período de maior demanda escolar.

Diante desse cenário preocupante, o Ministério da Saúde (2012) recomendou que estados e municípios reforçassem o controle sobre a prescrição e distribuição do metilfenidato, visando garantir que o medicamento seja utilizado principalmente para o tratamento de crianças e adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), prevenindo o uso indevido e os riscos associados à sua administração inadequada.

2456

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo enfatiza a relevância do metilfenidato, popularmente conhecido como Ritalina, tanto do ponto de vista clínico quanto social, destacando seu papel central no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Ao longo das últimas décadas, o aumento expressivo do consumo da substância no Brasil e no mundo evidência não apenas o avanço terapêutico, mas também os desafios associados à medicalização da infância, à prescrição inadequada e ao uso não terapêutico entre estudantes e adultos jovens.

Do ponto de vista farmacológico, o metilfenidato demonstra eficácia comprovada na melhora da atenção sustentada, na redução da impulsividade e hiperatividade, e na otimização do desempenho acadêmico e social em indivíduos diagnosticados com TDAH. Entretanto, os efeitos adversos potenciais, como: insônia, diminuição do apetite, alterações cardiovasculares e risco de dependência, reforçam a necessidade de acompanhamento clínico rigoroso e

individualizado.

Socialmente, o crescimento do uso do medicamento revela fatores culturais, educacionais e familiares que contribuem para a medicalização de comportamentos considerados normais, bem como para a busca de melhoramento cognitivo em contextos de pressão acadêmica ou profissional. A utilização não terapêutica da Ritalina, especialmente entre estudantes, aponta para um desafio ético e de saúde pública, exigindo políticas de orientação, prevenção e controle da distribuição da medicação.

Além disso, o estudo evidencia a importância de uma abordagem integrada, combinando tratamento farmacológico com estratégias educacionais, comportamentais e familiares, promovendo um cuidado integral à criança ou adolescente com TDAH. A análise histórica do medicamento, desde sua síntese em 1944 até sua consolidação como tratamento de primeira linha para o TDAH, permite compreender não apenas os benefícios clínicos, mas também as dimensões sociais, culturais e éticas do seu uso.

Por fim, conclui-se que o metilfenidato representa um avanço significativo no manejo do TDAH, mas seu uso seguro e eficaz depende de prescrição criteriosa, acompanhamento multidisciplinar e conscientização de pais, educadores e profissionais de saúde sobre os riscos e limites do medicamento. A reflexão crítica sobre o consumo da Ritalina é, portanto, fundamental para orientar práticas responsáveis e políticas públicas de saúde voltadas à população infantojuvenil.

2457

REFERÊNCIAS

ARRUDA, M. A. *Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade: abordagem sinóptica para o não-especialista*. 2007. Disponível em: <http://www.fai.com.br/portal/ojs/index.php/omniasaude/article/viewFile/392/pdf>. Acesso em: 19 ago. 2025.

ANVISA. *Estudo aponta crescimento no consumo de metilfenidato*. 2013. Disponível em: <https://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu+-+noticias+anos/2013+noticias/estudo+aponta+tendencia+de+crescimento+no+consumo+de+m etilfenidato>. Acesso em: 19 ago. 2025.

ANVISA. *Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade*. 2014. Disponível em: <https://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f9021b8047aad12aa094af917d786298/brats23.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 19 ago. 2025.

BARROS, D. *Aprimoramento cognitivo farmacológico: grupos focais com universitários*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

BARBOSA, E. S. *Subdiagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em adultos*. Porto Alegre: Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2001.

BARKLEY, R. A. *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): guia completo e atualizado para os pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BENCZIK, E. B. P. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

BRUNTON, L. *As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman e Gilman*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

CALIMAN, L. V. *A Biologia Moral da Atenção: a construção do sujeito (des)atento*. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200008. Acesso em: 19 ago. 2025.

CALIMAN, L. V. *Notas Sobre a História Oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade*. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200008. Acesso em: 19 ago. 2025.

CRUZ, T. C. S. C. et al. *Uso não prescrito de metilfenidato entre estudantes de medicina da UFBA*. 2011. Disponível em: <http://www.fai.com.br/portal/ojs/index.php/omniasaude/article/viewFile/392/pdf>. Acesso em: 19 ago. 2025.

DE SANTANA, Elisabete Soares et al. *O Uso Da Ritalina (Metilfenidato) No Tratamento Do Tdah E As Implicações Éticas, Sociais E Clínicas Frente Ao Crescente Uso Não Terapêutico*. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 7, n. 4, p. 1052-1070, 2025. 2458

DA SILVA TAVARES, Daiane Christine; DE ANDRADE, Leonardo Guimarães. *Uso indiscriminado de ritalina no meio acadêmico*. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 10, n. 6, p. 4164-4178, 2024.

DE SOUZA, Giulia Cecília; DE MELO GUEDES, João Paulo. *O uso indiscriminado do Ritalina para o melhoramento no desempenho acadêmico*. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 15, p. e354101523004-e354101523004, 2021.

DA SILVA, Ytalo Thiago Praciano et al. *As consequências no uso indiscriminado da Ritalina por estudantes universitários na área da saúde no Brasil*. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 11, p. e35111133684-e35111133684, 2022.

DUPANLOUP, A. *Infância Hiperatividade: análise sociológica de controvérsia social e médica*. 2004. Disponível em: http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_8488_NATHALIA%20DOMITROVIC.pdf. Acesso em: 19 ago. 2025.

HARDMAN, J. G.; LIMBIRD, L. E. *As Bases Farmacológicas da Terapêutica*. 2006. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2015/2302/original/996original.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2025.

ITABORAHY, C. *A Ritalina no Brasil: Uma década de produção, divulgação e consumo*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

JOHNSTON, C.; CHEN, M.; OHAN, J. *Atribuições para o comportamento em meninos com Déficit de Atenção/Hiperatividade e comportamento desafiador opositivo*. 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2767241/>. Acesso em: 19 ago. 2025.

KEBIR, O.; TABBANE, K.; JOOBER, R. *Os genes candidatos e fenótipos neuropsicológicos em crianças com TDAH: revisão de estudos de associação*. 2011. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/medicina/artigos/54600/transtorno-de-deficit-de-atencao-e-hiperatividade-tdah#ixzz3qHpEYJnZ>. Acesso em: 19 ago. 2025.

KUCZENSKI, R.; SEGAL, D. S. Efeito de metilfenidato na dopamina extracelular; serotonina e noradrenalina: comparação com anfetamina. *Jornal de Neuroquímica*, v. 68, p. 2032-2037, 1997.

MAKRIS, N. et al. *Rumo a conceituar uma anatomia baseada em sistemas neurais do déficit de atenção/hiperatividade*. 2009. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/medicina/artigos/54600/transtorno-de-deficit-de-atencao-e-hiperatividade-tdah#ixzz3qHpEYJnZ>. Acesso em: 19 ago. 2025.

MATTOS, P.; LOUZÃ, M. R. *Questões atuais no tratamento farmacológico do TDAH em adultos com metilfenidato*. 2007. Disponível em: http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_8488_NATHALIA%20DOMITROVIC.pdf. Acesso em: 19 ago. 2025.

MARTINS, F. A. G. et al. *Metilfenidato em Crianças no Brasil: Análise Crítica de Publicações Científicas de 2004 a 2014*. Belo Horizonte: Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto e da Unifenas, 2014.

MELO, Raíza Santos et al. *RITALINA: consequências pelo uso abusivo e orientações de uso*. Revista Científica Online ISSN, v. 12, n. 1, p. 2020, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Metilfenidato*. 2012. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/11/Metilidenidato--atualizada-em-29-10-2013-.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2025.

MOOJEM, S. M.; DORNELES, B. V.; COSTA, A. *Avaliação psicopedagógica do TDAH*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MOYSÉS, M. A. *A droga da obediência*. 2011. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/carta-fundamental-arquivo/a-droga-da-obediencia>. Acesso em: 19 ago. 2025.

MYERS, R. L. *O Metilfenidato (Ritalina). Os 100 mais importantes compostos químicos: Um guia de referência*. 2007. Disponível em: http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_8488_NATHALIA%20DOMITROVIC.pdf. Acesso em: 19 ago. 2025.

ONU, Órgão Internacional de Controle de Entorpecentes. *Substâncias Psicotrópicas; Estatísticas para 2006: avaliações de exigência médica e científica anual*. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop1510.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2025.

ORTEGA, F. et al. *A Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas*. 2010. Disponível em: <http://www.fai.com.br/portal/ojs/index.php/omniasaude/article/viewFile/392/pdf>. Acesso em: 19 ago. 2025.

RAPPLEY, M. D. *Atenção-déficit-hiperatividade*. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572007000100018. Acesso em: 19 ago. 2025.

RODRIGUES, R.; ANDRADE, L. *O uso indiscriminado da ritalina para melhoria do desempenho acadêmico*. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 8, n. 3, p. 1445-1455, 31 mar. 2022. Acesso em: 19 ago. 2025.

MONTEIRO, B.; OLIVEIRA, K.; RODRIGUES, L.; FERNANDES, T.; SILVA, J.; VIANA, N.; GAMA, C. *Metilfenidato e melhoramento cognitivo em universitários*. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português), v. 13, n. 4, p. 232-242, 28 ago. 2018.: Acesso em: 19 ago. 2025.

REIS, M. G. F.; CAMARGO, D. M. P. *Práticas escolares e desempenho acadêmico de alunos com TDAH*. 2008. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/medicina/artigos/54600/transtorno-de-deficit-de-atencao-e-hiperatividade-tdah#ixzz3qHpEYJnZ>. Acesso em: 19 ago. 2025.

ROSEMEIRE, C. S. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): Orientações para a família*. 2007. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/medicina/artigos/54600/transtorno-de-deficit-de-atencao-e-hiperatividade-tdah#ixzz3qHpEYJnZ>. Acesso em: 19 ago. 2025.

2460

PEREIRA, C. S. C. *Conversas e controvérsias: uma análise da constituição do TDAH no cenário científico nacional e educacional brasileiro*. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200008. Acesso em: 19 ago. 2025.

SINGH, I. *Implicações Clínicas de Conceitos Éticos: o caso das crianças que tomam estimulantes para o TDAH*. 2007. Disponível em: http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_8488_NATHALIA%20DOMITROVIC.pdf. Acesso em: 19 ago. 2025.

WILENS, T. E.; BIEDERMAN, J.; SPENCER, T. J. *Déficit de atenção/hiperatividade em toda a vida*. Revista Anual de Medicina, v. 53, p. 113-131, 2002.