

Protocolo de Dispensação de Metilfenidato

1. Introdução

Uma análise de artigos revelou que o metilfenidato é considerado a substância de primeira escolha para o TDAH e que sua eficácia é mais comprovada no controle inibitório e na flexibilidade cognitiva (Cruz; Minervino; Pereira, 2021). Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade – TDAH é um transtorno neurobiológico de causas genéticas, caracterizado por sintomas como falta de atenção, inquietação e impulsividade. Aparece na infância e pode acompanhar o indivíduo por toda a vida. O quadro sintomatológico pode se tornar perceptível no momento da entrada da criança na escola, antes mesmo dos 7 anos, que se manifestam por meio de sintomas como desatenção e hiperatividade. Para o diagnóstico, é necessária uma equipe interdisciplinar, que requer entrevistas, questionários e avaliações diretas. Em busca de qualidade de vida, contamos com formas de tratamento medicamentosas, que melhoram a concentração e diminuem a fadiga mental. Por outro lado deparamos com o crescimento do uso não terapêutico da substância, isto está associado a riscos como dependência, efeitos adversos cardiovasculares e neurológicos. A revisão bibliográfica realizada por Santana et al. aponta para a necessidade de um equilíbrio entre o uso clínico adequado do metilfenidato e a prevenção do uso não terapêutico, destacando a importância de políticas públicas, educação em saúde e rigor na prescrição médica.

2. Objetivo:

Estabelecer critérios, normas e fluxos para a dispensação do *Cloridrato de Metilfenidato 10 mg*, garantindo segurança, uso racional e cumprimento de protocolo vigente.

3. Definição do Medicamento:

Apresentação: Cloridrato de Metilfenidato 10mg comprimido

Classe terapêutica: Psicoestimulante

Indicação principal: Tratamento de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

4. Critérios para liberação do medicamento

- O paciente deve estar cadastrado no sistema de saúde municipal e em acompanhamento regular por equipe especializada.
- Crianças de 7 a 17 anos 11 meses e 29 dias, com hipótese diagnóstica de Déficit de Atenção e Hiperatividade.
- Formulário específico de solicitação de Metilfenidato (Anexo I) e respetiva prescrição médica feita por neurologista, psiquiatra ou por equipe vinculada a ambulatório especializado em saúde mental/neurodesenvolvimento.
- Cópia do CPF
- Cópia do comprovante de residência de Mauá da Serra – PR
- Cópia do cartão nacional do SUS.

A autorização de fornecimento terá duração máxima de seis meses, sendo necessária nova autorização após esse período com a apresentação do Formulário específico de solicitação de Metilfenidato e comprovante de residência .

5. Requisitos Legais:

O metilfenidato é um medicamento sujeito a controle especial, somente pode ser dispensado mediante apresentação de prescrição médica em Notificação de Receita A (talonário do tipo A, amarelo), com quantidade equivalente a 30 dias de tratamento e validade de 30 dias conforme Portaria SVS/MS nº 344/1998.

O cadastro e dispensação deste medicamento será realizado somente na Farmácia Básica Municipal Cetral.

6. Referências Bibliográficas

CRUZ , Lara Fechine Piquet da;MINERVINO, Carla Alexandra da Silva Moita; PEREIRA, Estephane Enadir Lucena Duarte. Funções Executivas, Atenção e o Uso do Metilfenidato: Estudo de Revisão Sistemática. Brasília, DF, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ptp/a/cSrQYtZkhKtGkTM8RFzpfyd/?lang=pt> Acesso em 17/09/2025

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade – TDAH. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/transtorno-do-deficit-de-atencao-com-hiperatividade-tdah/> Acesso em 17/09/2025

KNECHT,Luiza; SGANDERLA, Sabrina; MECABO, Grazielle; FERREIRA, Anderson Felipe; HORVATH, Bárbara Sackser. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. Neurociência do TDAH: Revisão sobre o tratamento e implicações clínicas. 2024. Disponível em:
<file:///C:/Users/Sa%C3%BAde/Downloads/Neuroci%C3%A1ncia+do+TDAH+revis%C3%A3o+sobre+o+tratamento+e+implica%C3%A7%C3%A7%C3%ADas+cl%C3%ADnicas.pdf> Acesso em 17/09/2025

SANTANA, Elisabete Soares de; et al. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. O uso da Ritalina (Metilfenidato) no tratamento de TDAH e as implicações éticas, sociais e clínicas frente ao crescente uso não terapêutico. 2025. Disponível em:
[file:///C:/Users/Sa%C3%BAde/Downloads/O+USO+DA+RITALINA+\(METILFENIDATO\)+NO+TRATAMENTO+DO+TDAH+E+AS+IMPLICA%C3%87%C3%95ES+%C3%89TICAS,+SOCIAIS+E+CL%C3%88DNICAS+FRENTE+AO+CRESCENTE+USO+N%C3%83O+TERAP%C3%83OAUTICO.pdf](file:///C:/Users/Sa%C3%BAde/Downloads/O+USO+DA+RITALINA+(METILFENIDATO)+NO+TRATAMENTO+DO+TDAH+E+AS+IMPLICA%C3%87%C3%95ES+%C3%89TICAS,+SOCIAIS+E+CL%C3%88DNICAS+FRENTE+AO+CRESCENTE+USO+N%C3%83O+TERAP%C3%83OAUTICO.pdf) Acesso em 17/09/2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&link=S&tipo=POR&numeroAto=00000344&seqAto=000&valorAno=1998&orgao=SVS/MS&codTipo=&desItem=&desItemFim=&cod_modulo=134&cod_menu=1696. Acesso em: 18/09/2025



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GESTÃO 2025-2028

ANEXO I
SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO METILFENIDATO
USO RESTRITO AO PROTOCOLO VIGENTE

1. Nome do paciente	
2. CPF	3. CNS
3. Data de Nascimento e idade / / anos	4. Sexo () Masculino () Feminino
5. Nome da mãe	
6. Endereço	
7. Telefone	
8. Nome do estabelecimento médico solicitante	
9. Medicamento METILFENIDATO 10MG	10. Posologia
11. CID	
12. Anamnese	
<p style="text-align: center;">TERMO DE CONSENTIMENTO</p> <p>Declaro estar ciente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso deste medicamento para o tratamento TDAH, inclusive de que o mesmo só poderá ser utilizado por mim, orientado pelo médico psiquiatra/neurologista abaixo identificado, o qual tomará a responsabilidade pelo meu tratamento. Expresso, portanto, minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento e assumo os riscos por eventuais efeitos indesejáveis.</p>	
CPF e assinatura do responsável legal	
<hr/>	
14. Nome médico solicitante	
15. Data:	16. Assinatura e carimbo médico



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GESTÃO 2025-2028