

## **A INFLUÊNCIA DE METILFENIDATO NO DÉFICIT COGNITIVO**

**João Victor Siman Souza**<sup>1</sup>

Graduando em Medicina UNIRedentor

**Larah Gomes Cunha**<sup>2</sup>

Graduanda em Medicina UNIRedentor

**Luiza Santos Baumfeld**<sup>3</sup>

Graduanda em Medicina UNIRedentor

**Victor Bruno Teodoro de Araújo**<sup>4</sup>

Graduando em Medicina UNIRedentor

**Profº Drº Júlio Cesar dos Santos Boechat**<sup>5</sup>

Professor de medicina UniRedentor

**Profº M.S.c Cláudio dos Santos Dias Cola**<sup>6</sup>

Professor de medicina UniRedentor

**Profª M.S.c Shirley Rangel Gomes**<sup>7</sup>

Professora de medicina UniRedentor

**Profª M.S.c Aline Cunha Gama Carvalho**<sup>8</sup>

Professora de medicina UniRedentor

**Profª Esp. Renata Monteiro Teixeira Pontes**<sup>9</sup>

Professora de medicina UniRedentor

**Profª Esp. Luciana Pereira Moulin**<sup>10</sup>

Professora de medicina UniRedentor

---

<sup>1</sup> Graduando em Medicina, UniRedentor.

<sup>2</sup> Graduando em Medicina, UniRedentor.

<sup>3</sup> Graduando em Medicina, UniRedentor.

<sup>4</sup> Graduando em Medicina, UniRedentor.

<sup>5</sup> Professor de medicina, UniRedentor, E-mail: [julioboechat@yahoo.com.br](mailto:julioboechat@yahoo.com.br)

<sup>6</sup> Professor de medicina, UniRedentor, E-mail: [claudiodiascola@yahoo.com.br](mailto:claudiodiascola@yahoo.com.br)

<sup>7</sup> Professora de medicina, UniRedentor, E-mail: [gomeshira@gmail.com](mailto:gomeshira@gmail.com)

<sup>8</sup> Professora de medicina, UniRedentor, E-mail: [alinecgcarvalho@yahoo.com.br](mailto:alinecgcarvalho@yahoo.com.br)

<sup>9</sup> Professora de medicina, UniRedentor, E-mail: [renattaamonteiro@hotmail.com](mailto:renattaamonteiro@hotmail.com)

<sup>10</sup> Professora de medicina, UniRedentor, E-mail: [lucianamoulin@gmail.com](mailto:lucianamoulin@gmail.com)

## Resumo

O déficit cognitivo pode ser compreendido como uma alteração em como as pessoas processam as informações, estando diretamente associado com funções mentais como a linguagem, raciocínio abstrato e lógico, percepção, memória, capacidades executivas e capacidade viso espacial. **Objetivo:** discutir as indicações de uso de metilfenidato e suas consequências, eficazes e não eficazes. **Metodologia** de revisão bibliográfica foi realizada a partir dos estudos disponíveis no Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram utilizadas as palavras-chave cognição, metilfenidato e TDAH, usadas em combinação ou de forma isolada, resultando em 16 artigos dos 58 encontrados. Os resultados foram analisados conforme a indicação conforme protocolos internacionais. **Conclusões:** O uso indicado da medicação e a dose adequada as características individuais possibilitam resultados favoráveis, mas o uso indiscriminado, por pessoas que não atendem aos critérios, incorrem em submeter aos efeitos adversos desnecessariamente, tais como cefaleia, insônia e psicose, taquicardia, hipertensão, arritmia e até mesmo parada cardíaca. Além do tratamento farmacológico para a TDAH, é importante associar intervenções não farmacológicas para melhor tratamento.

**Palavras-chaves:** Cognição; Metilfenidato; Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade;

## Abstract

Cognitive deficit can be understood as a change in how people process information, being directly associated with mental functions such as language, abstract and logical reasoning, perception, memory, executive abilities, and visual spatial capacity. Objective: To discuss the indications for the use of methylphenidate and its consequences, effective and non-effective. Methodology of bibliographic review was carried out from the studies available in Google Scholar, Scientific Electronic Library Online (SciELO). The keywords cognition, methylphenidate and ADHD, used in combination or in isolation, were used, resulting in 16 articles out of 58 found. The results were analyzed according to international protocols. Conclusions: The indicated use of the medication and the appropriate dose of the individual characteristics allow favorable results, but the indiscriminate use, by people who do not meet the criteria, are subject to unnecessary adverse effects such as headache, insomnia and psychosis, tachycardia, hypertension, arrhythmia and even cardiac arrest. In addition to pharmacological treatment for ADHD, it is important to associate non-pharmacological interventions for better treatment.

**Keywords:** Cognition; Methylphenidate; Attention deficit hyperactivity disorder;

## INTRODUÇÃO

O conceito de cognição pelo dicionário Aurélio (*On line*) demonstra que é a função da inteligência ao adquirir um conhecimento. Então, o déficit cognitivo pode ser compreendido como uma alteração em como as pessoas processam as informações, estando diretamente associado com funções mentais como a linguagem, raciocínio abstrato e lógico, percepção, memória, capacidades executivas e capacidade viso espacial. No entanto, de acordo com Melo & Barbosa (2015), o conceito de cognição é mais amplo. Pode ser entendido como o que ocorre entre a experiência básica sensorial e o início da resposta, ou seja, envolve também aspectos associados à consciência e às emoções. Portanto, a cognição é relativamente a identidade do indivíduo e a forma como ele relaciona consigo e seu comportamento em grupo.

Os sinais e sintomas relacionados com o déficit cognitivo podem estar envolvidos com um distúrbio neurológico denominado Síndrome do Hemisfério Direito (SHD) (FONSECA *et al.*, 2006). Associado ainda ao déficit há o autismo, dislexia, transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) e Alzheimer. Esses distúrbios comprometem conexões que são originadas do cerebelo para a área pré-frontal e também causam disfunções das alças dos gânglios da base.

Uma medida de tratamento indicada para tratar déficit cognitivo é a utilização de remédios como Concerta e Ritalina, que são nomes comerciais dos fármacos produzidos pela Novartis e Janssen Cilag, respectivamente. É certo que o objetivo desses tratamentos é o de fazer com que o paciente fique mais atento e quieto, porém os efeitos colaterais podem ser nocivos. Esses remédios podem causar cefaleia, insônia e psicose. Além disso, faz com que os indivíduos fiquem contidos em si mesmos, em alguns casos reduzindo as formas de expressar e reagir. Somado a isso, pode causar taquicardia, hipertensão, arritmia e até mesmo parada cardíaca. Segundo Moyses & Collares (1997), as substâncias possuem as mesmas reações adversas e o mesmo mecanismo de ação das anfetaminas e da cocaína.

Tendo em vista a complexidade do tema, esse estudo possui o objetivo de discutir as indicações de uso de metilfenidato e suas consequências, eficazes e não eficazes. A fim de atender ao objetivo, o presente estudo baseou-se em revisão bibliográfica não limitando a data de publicação, no idioma português, sendo que a busca foi realizada a partir dos estudos disponíveis no Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), documentos de referência dispostos em portais específicos, como o Ministério da Saúde (MS) e a organização Mundial da Saúde (OMS). Foram utilizadas as palavras-chave cognição, metilfenidato e TDAH, usadas em combinação ou de forma isolada. Para a

utilização na revisão, foi feita uma pré-seleção por meio da leitura dos resumos disponíveis, dos quais empregamos 16 artigos dos 58 encontrados.

## **1. Desenvolvimento**

A questão do não aprendido na escola vem sendo alvo de inúmeras pesquisas em diversas áreas do conhecimento. Parte das discussões gira em torno de indicar as origens ou as causas, em que se destaca o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. As autoridades médicas internacionais descrevem o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) como um problema de ordem pública. Observa-se a discussão sobre as questões sobre o diagnóstico de TDAH o tratamento com a expansão da inclusão do adulto e o vertiginoso aumento do consumo do metilfenidato (CALIMAN, 2014).

### **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)**

O TDAH é conceituado por Messina & Tiedemann (2009, p. 210) “como as crianças e os adultos que são incapazes de modularem a atenção, controlar a impulsividade e ausência de uma atividade motora apropriada”. De acordo com a American Psychiatric Association – (APA) a TDAH é descrito como um transtorno neurobiológico com etiologias diversas e complexas envolvendo fatores genéticos, neurais e ambientais, caracterizado por sintomatologia como desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade que aparecem antes dos 7 anos de vida e interferem de maneira significativa na vida cotidiana do paciente, em dois ou mais ambientes diferentes no qual convive, como escola, trabalho e casa.

Há uma grande dificuldade em diagnosticar a criança ou adolescente com TDAH. Além da dificuldade de classificação e critério de diagnóstico, existe uma outra que também é fundamental para a avaliação da criança com TDAH, é a inexistência de padrões ou normas que estabeleçam a variação do nível da atividade motora e nível de atenção/concentração que pode ser considerado para o diagnóstico da hiperatividade ou do déficit de atenção.

A literatura descreve três subtipos de TDAH: predominantemente desatento (sem hiperatividade) que parece envolver áreas corticais associativas posteriores ou alças subcorticais incluindo provavelmente o hipocampo; subtipo hiperativo ou impulsivo (a forma com hiperatividade, (predominantemente hiperativa ou mista) que envolveria vias pré-frontal-límbicas incluindo os circuitos; e subtipo combinado (MESSINA & TIEDEMANN, 2009; MIGUEL, 2014).

Miguel (2014, p. 21) caracteriza os três subtipos de TDAH, de acordo com a presença ou ausência dos sintomas característicos:

“Predominantemente Desatento: Apresenta  $\geq 6$  sintomas de desatenção, mas  $< 6$  sintomas de hiperatividade/impulsividade que persistem por, pelo menos, 6 meses; Predominantemente Hiperativo/Impulsivo: Apresenta  $\geq 6$  sintomas de hiperatividade/impulsividade, porém  $< 6$  sintomas de desatenção que persistem por, pelo menos, 6 meses; Combinado: Mostra  $\geq 6$  sintomas de desatenção, e  $\geq 6$  sintomas de hiperatividade/impulsividade que persistem por, pelo menos, 6 meses.”

A fim de identificar alterações precoces, a sintomatologia pode ser identificada por profissionais que atuam próximo as crianças, dentre eles os próprios familiares e professores, utilizando o SNAP-IV que é um instrumento que foi validado para uso no Brasil como ferramenta de diagnóstico de TDAH, baseado nos critérios do DSM-IV. Está disponível no site <http://www.tdah.org.br/SNAP-IV.pdf>. Pode ser aplicado como uma forma de rastreamento do transtorno. Consiste em graduar entre “nem um pouco”, “só um pouco”, “bastante” e “demais”, 18 sintomas, que são tabulados em critérios:

**CRITÉRIO A:** Se existem pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 1 a 9, satisfaz-se o critério diagnóstico de sintomas de desatenção. Se existem pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 10 a 18, satisfaz-se o critério de sintomas de hiperatividade e impulsividade.

**CRITÉRIO B:** Alguns desses sintomas devem estar presentes antes dos 7 anos de idade.

**CRITÉRIO C:** Existem problemas causados pelos sintomas acima em pelo menos 2 contextos diferentes (por ex., na escola, no trabalho, na vida social e em casa).

**CRITÉRIO D:** Há problemas evidentes na vida escolar, social ou familiar por conta dos sintomas.

**CRITÉRIO E:** Se existe um outro problema (tal como depressão, deficiência mental, psicose, etc.), os sintomas não podem ser atribuídos exclusivamente a ele (BRASIL, 2009, p.3).”

Além de buscar a sintomatologia, o roteiro também é utilizado para ajustes da dose do fármaco. O metilfenidato (Ritalina®) é o estimulante mais comumente usado para tratamento de TDAH na infância. A taxa de resposta à medicação é de aproximadamente 70%, sendo que até 90% das crianças se beneficiará do estimulante sem efeito adverso, desde que o ajuste da dose seja progressivo (BRASIL, 2009).

## Tratamento TDAH

O uso indiscriminado da droga tem sido alvo de estudos, em especial quando não tem sua prescrição por profissional que promove um diagnóstico apurado e o acompanhamento do paciente. O Metilfenidato, comercialmente conhecido como Ritalina®,

é um estimulante do sistema nervoso central e seu mecanismo de ação está relacionado ao estímulo de receptores alfa e beta adrenérgicos diretamente ou, de forma indireta, à liberação de dopamina e noradrenalina nos terminais sinápticos (CARNEIRO *et al.*, 2013).

De acordo com Cruz *et al.* (2011), o uso de metilfenidato dentre estudantes de Medicina apenas um fazia uso com prescrição. Corroborado por Carneiro *et al.* (2013) que demonstra que o uso abusivo de fármacos como a Ritalina® tem tido espaço crescente por uma questão cultural. Alguns médicos receitam de modo imponderado, e soma-se a isso uma população fazendo a compra e o uso de forma ilegal, levando a banalização do uso e efeitos colaterais da mesma. O que torna que tais “exageros” sejam vistos socialmente como aceitáveis. Pode-se destacar também outros fatores como a influência de meios externos ao campo da saúde sobre estes temas.

“A mídia tem dado uma contribuição para essa “epidemia de diagnósticos”, divulgando este transtorno de forma precária e simplista, muitas vezes utilizando inadequadamente a definição e a forma de se realizar o diagnóstico, que já são problemáticas, (...). Isso acaba contribuindo para que a população leiga se aproprie destas ideias e se considere capacitada a realizar o diagnóstico, sem qualquer embasamento, para aqueles que segundo sua opinião, apresentam comportamentos fora da normalidade” (DA SILVA, 2012, p.50).

A partir de um levantamento feito no Centro de Saúde de Adamantina, São Paulo, em 2012 é possível confirmar a afirmação de que a prescrição desse tipo de fármaco aumentou de forma considerável. Em 2005 a entrega de medicamentos pela rede era um número inferior a 5.000, já no ano de 2012 essa marca já chegava próximo aos 25.000. Inúmeros fatores podem interferir - até mesmo porque esse número é apenas o que fornecido pela rede pública, não levando em consideração farmácias e drogarias privadas – entretanto, com um aumento tão gritante é inegável que este comprova que a prescrição aumentou de forma abrupta. O que indica não só um crescimento no número de novos casos, mas também uma possível prescrição sem os devidos critérios. O que gera a questão se o frágil diagnóstico de TDAH e similares não está sendo demasiadamente atravessado por interesses econômicos das indústrias farmacêuticas (SHIRAKAWA, 2012).

Conhecida como a droga da obediência, induz ao uso indiscriminado para adequar o comportamento infantil a condições que atinjam as expectativas sociais (DECOTELLI, *et al.*, 2013). Moyses & Collares (1997) realizaram uma reflexão que pode justificar algumas prescrições. A conclusão final foi que várias crianças tidas com “dificuldade de aprendizagem” – as quais atualmente provavelmente seriam medicadas – na verdade estavam dentro da linha de normalidade para idade ou até mesmo superiores a esta linha. Mas então o que justificaria que fossem vistas de tal forma? A resposta é que o meio socioeconômico a qual está estava inserida pode fazer com que o que se espera de seu

aprendizado seja diferente. Dessa forma, a parcela da população com maior poder aquisitivo e conseqüentemente com mais acesso à saúde e educação, pode estar medicado indevidamente por “pressões sociais maiores”; com isso pode ser feito um paralelo a estudantes de graduações com maiores cargas horárias e/ou conteúdos, há uma falsa ideia de que há algo errado com o aprendizado do indivíduo enquanto na verdade o que se tem é uma pressão enorme que este atenda no tempo estipulado a um nível elevado de aprendizado.

Apesar de ser considerado um fármaco de baixa toxicidade (CARLINI, 2003) e clinicamente seguro no tratamento de TDAH, são vários os efeitos colaterais, a curto e longo prazo, relatados quanto ao seu uso, sendo os de curto prazo os mais estudados.

Segundo Pastura (2004), são relatos de efeitos colaterais a curto prazo relacionados ao uso de Metilfenidato: diminuição de apetite, insônia, dor abdominal, cefaleia, propensão ao choro, tiques, tontura, náuseas, ansiedade, roer unhas, falar pouco, desinteresse, irritabilidade, euforia, pesadelo, tristeza e “olhar parado”. Sendo destes, os mais comuns, redução de apetite e insônia.

Em uma pesquisa realizada com acadêmicos de medicina, das pessoas que faziam o uso indiscriminado, 64,86% informaram ter apresentado efeitos colaterais, sendo os mais frequentes, taquicardia e ansiedade seguidos de tremores, perda de apetite e boca seca, respectivamente (CARNEIRO, 2013).

Quanto aos efeitos adversos à longo prazo, Pastura (2004) descreve dependência, efeitos cardiovasculares e possível redução da estatura (em crianças). Sendo a dependência um fato altamente contestado, uma vez que há mais escritos teóricos que práticos e os efeitos cardiovasculares transitórios (sendo cessados com o fim da meia vida do medicamento).

De acordo com Silva & Schuster (2017), o metilfenidato por possuir uma estrutura química semelhante à das anfetaminas, age sobre o sistema nervoso central atuando nos receptores adrenérgicos, na liberação de noradrenalina e dopaminas, aumentando assim a atividade da via mesocorticolímbica, o que faz com que o indivíduo fique acordado durante mais quantidade de tempo, e passe a ter maior concentração, e isso ocorre devido ao fato dessa substância ser levada ao núcleo *accumbens* que é o centro de recompensa cerebral, estimulando assim o estado de alerta que leva ao aumento de todas essas funções.

Logo o medicamento atua na sinapse neuronal, que tem como objetivo remover de forma rápida e eficiente o neurotransmissor da fenda sináptica. Segundo Silva & Schuster (2017) quando o medicamento é utilizado os neurotransmissores permanecem no local durante uma maior quantidade de tempo, o que leva ao aumento da concentração devido à maior exposição ao estado de alerta do indivíduo, o que também diminui o sono,

levando o paciente a possuir uma maior capacidade de aprendizagem durante uma maior quantidade de tempo.

Como quem utiliza tal medicamento, tem aumentando o seu tempo hábil de concentração e também a sua capacidade de assimilação, fazendo assim com que o metilfenidato seja tão procurado, inclusive por pessoas que não precisam desse medicamento, o que leva ao uso indiscriminado e a prescrição indiscriminada (LOUSÃ, 2007).

## **2. Considerações finais**

A intervenção nos transtornos cognitivos deve ser realizada precocemente, com a contribuição de familiares e professores na identificação dos sintomas e caracterização dos critérios, contudo, o diagnóstico e uso de estimulantes devem ser feitos de maneira criteriosa pelo médico assistente, bem como os ajustes e individualização da dose do medicamento

Importante desconstruir os pilares que fundamentam a utilização banalizada desse medicamento, que atualmente cresce de forma brutal e faz repensar a interferência do mesmo nos processos de desenvolvimento intelectual.

Analisando a definição de cognição, interpretada como o início de resposta a um estímulo sensorial, estando associada, portanto, a fatores emocionais e de consciência, intervenções não farmacológicas devem ser implementadas.

Esse fármaco possui efeitos colaterais relacionados com a apatia dos indivíduos que fazem o uso e da expressão apática, já que é considerada a droga da obediência, o que estimula o uso indiscriminado para adequar o comportamento infantil as condições que atinjam as expectativas dos pais.

Por fim, foi analisado que a prescrição do metilfenidato ocorre com maior frequência em pessoas com condições socioeconômicas mais favoráveis. Isso acontece, pois, nesses meios a cobrança e pressão sobre o processo de aprendizagem das crianças são grandes, fazendo com que qualquer dificuldade além do comum seja tratada como um déficit cognitivo. O que perpetua a ideia em jovens que enfrentam grande disputa nos estudos universitários.

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. BVS. Atenção Primária à Saúde. Transtorno do Déficit de atenção com Hiperatividade. 2009. [http://aps.bvs.br/decs/transtorno-do-deficit-de-atencao-com-hiperatividade/?post\\_type=aps&l=pt\\_BR](http://aps.bvs.br/decs/transtorno-do-deficit-de-atencao-com-hiperatividade/?post_type=aps&l=pt_BR)



CALIMAN, Luciana Vieira; RODRIGUES, Pedro Henrique Pirovani. A experiência do uso de metilfenidato em adultos diagnosticados com TDAH / The experience of using methylphenidate in adults diagnosed with ADHD / La experiencia del uso de metilfenidato en adultos diagnosticados con TDAH. **Psicol. estud**; 19(1): 125-134, jan.-mar. 2014.

CARLINI, Elisaldo A.; NAPPO, Solange A.; NOGUEIRA, Vagner and NAYLOR, Fernando G. M.. Metilfenidato: influência da notificação de receita A (cor amarela) sobre a prática de prescrição por médicos brasileiros. **Rev. psiquiatr. clín.** [online]. 2003, vol.30, n.1 [cited 2018-08-29], pp.11-20.

CARNEIRO, Samara Guerra; PRADO, Airton Salviano Teixeira; MOURA, Hermiton Canedo; STRAPASSON, João Francesco; RABELO, Natália Ferreira; RIBEIRO, Tiago Turci; JESUS, Eliane Camargo de. O uso não prescrito de metilfenidato entre acadêmicos de Medicina. **Cadernos UniFOA**. v. 8, n. 1 (Esp.) (2013).

CRUZ, Tarcisio.C.S.C.; JUNIOR, Elton.P. de S.Barreto.; GAMA, Maria Laís M.; MAIA, Luana C. De M.; FILHO, Marlon José X. de Melo.; NETO, Orlando Manganotti; COUTINHO, Domingos M. Uso não-prescrito de metilfenidato entre estudantes de medicina da Universidade Federal da Bahia. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 81, n. 1, p. 3–6, 2011.

DA SILVA, Ana Carolina Pereira et al. A explosão do consumo de Ritalina. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 11, n. 2, p. 44-57, 2017.

DECOTELLI, Kely Magalhães; BOHRE, Luiz Carlos Teixeira; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política. **Psicol. ciênc. prof**; 33(2): 446-459, 2013.

FONSECA, Rochele Paz et al. Alterações cognitivas, comunicativas e emocionais após lesão hemisférica direita: em busca de uma caracterização da Síndrome do Hemisfério Direito. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 241-262, 2006.

LOUZÃ, Mario R.; MATTOS, Paulo. Questões atuais no tratamento farmacológico do TDAH em adultos com metilfenidato. **J Bras Psiquiatr**, v. 56, n. Supl 1, p. 53-56, 2007.

MELO, Denise Mendonça de; BARBOSA, Altemir José Gonçalves. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(12):3865-3876, 2015.

MESSINA, Lucinete de F.; TIEDEMANN, Klaus B. Avaliação da memória de trabalho em crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. **Psicologia USP**, São Paulo, abril/junho, 2009, 20(2), 209-228.

MOYSES, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Inteligência Abstraída, Crianças Silenciadas: as Avaliações de Inteligência. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 63-89, 1997.

MIGUEL, Carmen Sílvia. **Estudo comparativo do desempenho cognitivo de portadores adultos do Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) associado a Transtorno por Uso de Substâncias Psicoativas (TUSP) e portadores adultos de TDAH e sem a presença de TUSP**. São Paulo, 2014. [Dissertação]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

PASTURA, Giuseppe; MATTOS, Paulo. Efeitos colaterais do metilfenidato. **Rev Psiq Clín**, v. 31, n. 2, p. 100-4, 2004.

SHIRAKAWA, Dálize Mayumi; TEJADA, Sérgio do Nascimento; MARINHO, César Antonio Franco. Questões atuais no uso indiscriminado do metilfenidato. **Revista OMNIA Saúde**, v. 9, n. 1, p. 46-53, 2013.

SILVA, Kamilly Noronha; SCHUSTER, Rodrigo Costa. Uso Indiscriminado de Cloridrato de Metilfenidato por Acadêmicos do Ensino Superior. In: **Congresso de Pesquisa e Extensão da Faculdade da Serra Gaúcha**. 2017. p. 449-463.

### **Sobre os Autores**

<sup>1</sup> Graduando em Medicina, Centro Universitário Redentor.

<sup>2</sup> Graduanda em Medicina, Centro Universitário Redentor.

<sup>3</sup> Graduanda em Medicina, Centro Universitário Redentor.

<sup>4</sup> Graduanda em Medicina, Centro Universitário Redentor.

<sup>5</sup> Doutor em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF (2017). Mestre em Cognição e Linguagem também pela UENF (2013). Especialista em Traumatologia-ortopedia - Universidade Castelo Branco UCB (2001); Coordenador Administrativo do Curso de Medicina UniREDENTOR. Docente: UniREDENTOR (2016/2) MEDICINA e FISIOTERAPIA. E-mail: [julioboecat@yahoo.com.br](mailto:julioboecat@yahoo.com.br)

<sup>6</sup> Graduado em Medicina pela Fundação Técnico Educacional Souza Marques (1987) e MESTRADO em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2004). Professor da UniREDENTOR, no curso de Medicina. E-mail: [claudiodiascola@yahoo.com.br](mailto:claudiodiascola@yahoo.com.br)

<sup>7</sup> Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense (1989) e Mestrado em Enfermagem Profissional e Assistencial pela Universidade Federal Fluminense (2008). MBA em Gestão Estratégica de Hospitais pela Fundação Getúlio Vargas (2006). MBA em Gestão Acadêmica e Universitária. Faculdade Arnaldo (2016). Coordenadora do Curso de Bacharel em Enfermagem UniREDENTOR (*campus* Campos). Professora da UniREDENTOR, no curso de Medicina. [gomeshira@gmail.com](mailto:gomeshira@gmail.com)

<sup>8</sup> Mestre em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (concluído em 2011), especialização em Terapia Intensiva UFF (concluído em 2004), MBA em gestão acadêmica e universitária - Carta Consulta (concluído em 2015), pós graduação em Gestão Educacional em IES, área de conhecimento educação (concluído em 2015), pós graduação em Saúde da Família, área de conhecimento e bem estar social (concluído em 2016), curso de capacitação em serviço para portadores de Diploma do nível superior (concluído em 2007). Professora da UniREDENTOR, no curso de Medicina. [alinecgcarvalho@yahoo.com.br](mailto:alinecgcarvalho@yahoo.com.br)

<sup>9</sup> Possui graduação em FISIOTERAPIA pela Universidade Iguazu (2002). Atualmente é professor titular da faculdade Redentor. Tem experiência na área de Saúde, com ênfase em Fisioterapia Dermato-Funcional e uroginecológica. Especialista em fisioterapia Traumatologia-Ortopédica e desportiva pela Universidade Estácio de Sá e Especialista em

Fisioterapia Dermato-Funcional pela Faculdade Redentor. Professora da UniREDENTOR, no curso de Medicina. [renattaamonteiro@hotmail.com](mailto:renattaamonteiro@hotmail.com)

<sup>10</sup> Graduada em administração com ênfase em administração Hospitalar - Centro Universitário São Camilo na Cidade de São Paulo (1997). Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão Estratégica de Hospitais (2004) pela Fundação Getúlio Vargas. Pós Graduação em auditoria de Serviços Públicos e Privados no Centro Universitário São Camilo Campus Vitória (2009). Professora Substituta da Universidade Federal do Rio de Janeiro - Campus Macaé na cadeira de Medicina Coletiva ministrando aulas no Curso de Medicina. Professora da UniREDENTOR, no curso de Medicina. [lucianamoulin@gmail.com](mailto:lucianamoulin@gmail.com)