



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

PORTARIA Nº , DE DE DE 2025

**Protocolo Estadual para Utilização de Metilfenidato no Tratamento do
Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade**

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é considerado uma condição do neurodesenvolvimento, caracterizada por uma tríade de sintomas principais envolvendo desatenção, hiperatividade e impulsividade em um nível exacerbado e disfuncional para a idade. Os sintomas iniciam-se na infância e tendem a diminuir com a idade, podendo, porém, persistir durante a adolescência e vida adulta em alguns casos. O diagnóstico de TDAH se baseia na presença de, no mínimo seis (em crianças e adolescentes) ou cinco (em adultos com mais de 17 anos) dos 18 sintomas que são indicativos de desatenção, hiperatividade e impulsividade^{1,2}.

No âmbito do SUS, a Portaria conjunta da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde e da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde nº 14, de 29 de julho de 2022, aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT-MS) do TDAH, o qual estabelece os parâmetros e as diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença³.

Dada à complexidade dessa condição, o PCDT-MS preconiza como estratégias terapêuticas, a intervenção multimodal, incluindo apenas intervenções não medicamentosas (precisamente intervenções cognitivas e comportamentais) para melhora dos sintomas deste transtorno, no controle executivo e no funcionamento ocupacional e social. Desta forma, o tratamento farmacológico à nível nacional no SUS não está disponível³.

No entanto, especialistas e documentos de consensos reconhecem o emprego de psicoestimulantes, como o metilfenidato, como sendo a terapia farmacológica de primeira escolha para o controle dos principais sintomas do TDAH⁴. Embora, o PCDT-MS vigente para TDAH não preconize o tratamento farmacológico, desde 2010 as Farmácias Cidadãs Estaduais ofertam à população o medicamento metilfenidato nas apresentações comprimido de liberação imediata 10 mg e comprimidos de liberação prolongada 20 mg, 30 mg e 40 mg, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Dispensação do Metilfenidato, publicado na Portaria 167-R, de 29 de setembro de 2010⁵.

Considerando que as apresentações de comprimidos de liberação prolongada incorporadas na Portaria Estadual são comercializadas apenas por um fabricante, como consequência, além da limitação da concorrência nos processos licitatórios, ocorreram frequentes desabastecimento dos medicamentos desde o início do fornecimento, sem a possibilidade de alternativas terapêuticas, resultando em fragilidade no processo de manutenção da dispensação do medicamento aos pacientes.

Desde a publicação da Portaria estadual, novas apresentações do metilfenidato foram registradas na ANVISA, com eficácia e segurança comprovadas para o uso no tratamento de pacientes com TDAH, o que faz necessário a atualização do protocolo em face das evidências e viabilidade econômica.

Nesse contexto, este protocolo estabelece os critérios atualizados para o fornecimento ambulatorial de Metilfenidato na rede estadual de saúde do Espírito Santo.

2 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)

- F 90.0 – Distúrbios da atividade e da atenção
- F 90.1 – Transtorno hipercinético de conduta
- F 90.8 – Outros transtornos hipercinéticos
- F 90.9 – Transtorno hipercinético não especificado

3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do TDAH é essencial para garantir um tratamento adequado e deve ser realizado após avaliação clínica e psicossocial completa. A confirmação diagnóstica deve ser conduzida de acordo com os

Este documento é uma versão preliminar e poderá sofrer alteração após a consulta pública



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

PORTARIA Nº , DE DE DE 2025

critérios estabelecidos no PCDT do Ministério da Saúde para o TDAH, garantindo o alinhamento com as recomendações nacionais vigentes.

A adequada condução do diagnóstico permite não apenas a correta identificação do transtorno, mas também a estratificação do risco e a definição das melhores abordagens terapêuticas para cada paciente. O presente Protocolo Estadual reforça a necessidade de que o diagnóstico e o acompanhamento dos pacientes sejam conduzidos por profissionais de saúde capacitados, garantindo o correto manejo da condição e a elegibilidade para o tratamento medicamentoso conforme os critérios estabelecidos.

4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste protocolo pacientes com idade entre 6 e 65 anos, com diagnóstico confirmado de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade conforme os critérios estabelecidos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas vigente do Ministério da Saúde e que apresentem as seguintes condições:

- Falha ao tratamento não farmacológico, conduzido preferencialmente por equipe multiprofissional;
- Presença de sintomas que causem prejuízo significativo na vida acadêmica, profissional ou social do paciente, justificando o uso do medicamento.

5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes:

- Sem diagnóstico de TDAH, que apresentem desordens psiquiátricas que podem ser confundidas com TDAH, como transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno bipolar ou transtorno do espectro do autismo.
- Que apresentem intolerância ou hipersensibilidade ao metilfenidato ou a outros componentes da fórmula do produto.
- Pacientes com idade inferior a 6 anos de idade ou idosos com idade superior a 65 anos de idade.
- Que apresentem alguma das seguintes condições clínicas:
 - Ansiedade, tensão e agitação acentuadas;
 - Hipertireoidismo não controlado;
 - Glaucoma;
 - Feocromocitoma;
 - Uso concomitante de inibidor da monoaminoxidase ou história de uso nos últimos 14 dias;
 - Distúrbios cardiovasculares pré-existentes incluindo hipertensão grave, angina, doença arterial oclusiva, insuficiência cardíaca, doença cardíaca congênita hemodinamicamente significativa, cardiomiopatias, infarto do miocárdio, arritmias que potencialmente ameaçam a vida e canalopatias (distúrbios causados por disfunção dos canais iônicos);

6 MEDICAMENTOS E POSOLOGIA

Os medicamentos contemplados neste protocolo para o tratamento do TDAH são:

- Metilfenidato de liberação imediata, comprimidos de 10 mg;
- Metilfenidato de liberação prolongada, por sistema osmótico de liberação controlada (OROS®), comprimidos de 18 mg, 36 mg e 54 mg.

O início do tratamento medicamentoso deve ser realizado com o metilfenidato de liberação imediata, na dose inicial de 10 mg ao dia. A titulação da dose deve ser feita de forma gradual, com incremento semanal, conforme a resposta clínica e a tolerabilidade individual⁶.

Em casos de ausência de resposta clínica adequada ao metilfenidato de liberação imediata, após adesão confirmada ao tratamento por no mínimo 3 meses de uso e ajuste da dose até 20 mg/dia, poderá ser indicada a transição para o metilfenidato de liberação prolongada.



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

PORTARIA Nº , DE DE DE 2025

A posologia do metilfenidato de liberação prolongada deve ser individualizada, com incrementos de 18 mg em intervalos de aproximadamente uma semana, respeitando os seguintes limites máximos de dose diária de acordo com a faixa etária do paciente⁷:

- Crianças de 6 a 12 anos: até 54 mg de metilfenidato/dia
- Adolescentes e adultos: até 72 mg/dia

O metilfenidato de liberação prolongada deve ser administrado uma vez ao dia, preferencialmente pela manhã, dado seu perfil farmacocinético de ação prolongada de até 12 horas. Os comprimidos devem ser deglutidos inteiros, sem mastigar, partir ou esmagar, e podem ser administrados com ou sem alimentos⁷.

7 DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DE PROCESSO

Além dos documentos de identificação do usuário exigidos pela Farmácia Cidadã Estadual, serão necessários os seguintes documentos para avaliação do início de tratamento:

- Receituário de controle especial "A" emitido por pediatra, psiquiatra ou neurologista para crianças a partir de 6 anos e adolescentes até os 18 anos ou por psiquiatra para adultos acima de 18 anos e até 65 anos.
- Laudo para Solicitação/Autorização de Medicamentos do Componente Especializado (LME) preenchido pelo médico assistente.
- Termo de Responsabilidade e Esclarecimento para uso do medicamento solicitado (apêndice).
- Formulário "para solicitação de metilfenidato no tratamento do déficit de atenção com hiperatividade conforme protocolo estadual", de acordo com a idade do paciente.
- Laudo médico informando o tratamento não farmacológico prescrito, à parte.
- Exame laboratorial de dosagem de TSH e T4 livre recente.
- Para solicitações de Metilfenidato comprimidos de liberação prolongada, relato médico com justificativa para a prescrição dessas apresentações, de acordo com critérios definidos neste Protocolo.

8 MONITORIZAÇÃO

O acompanhamento deve ser realizado, preferencialmente, por equipe multiprofissional, visando a avaliação periódica da resposta terapêutica, a detecção precoce de eventos adversos e a adesão ao tratamento. Considerando que o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde já traga orientações gerais sobre o manejo da condição, este protocolo estadual tem como objetivo regulamentar e detalhar os aspectos específicos relacionados à monitorização do uso do medicamento Metilfenidato no âmbito do SUS.

O metilfenidato é um psicoestimulante com mecanismos de ação sobre o sistema dopaminérgico e noradrenérgico. Apesar de sua reconhecida eficácia no controle dos sintomas do TDAH, sua utilização demanda acompanhamento periódico por conta do potencial de reações adversas e de suas incertezas quanto ao uso prolongado. Neste contexto, a monitorização ao paciente deverá ser realizado considerando os seguintes aspectos:

- Apresentação de laudo médico com descrição detalhada da evolução clínica do paciente, incluindo a resposta terapêutica e ocorrência de eventos adversos. A efetividade do tratamento deve ser avaliada com base na redução dos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, bem como na melhora funcional do paciente em seus contextos familiar, escolar, profissional e social. A manutenção do tratamento deve estar condicionada à demonstração de benefício clínico conforme o relato e observação clínica registrada pelo profissional de saúde.
- Cópia dos exames de hemograma com contagem total plaquetas, dosagem de TSH e T4, uma vez ao ano, com o objetivo de detectar precocemente possíveis alterações hematológicas associadas ao uso crônico do fármaco. Caso haja alterações significativas, a continuidade do tratamento deve ser reavaliada.

Este documento é uma versão preliminar e poderá sofrer alteração após a consulta pública



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

PORTARIA Nº , DE DE DE 2025

- A aferição da pressão arterial e da frequência cardíaca deve ser realizada a cada consulta, visto que o medicamento pode levar a elevações desses parâmetros, com risco de eventos cardiovasculares.

9 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO – DESCONTINUAÇÃO

A manutenção ou suspensão da dispensação do metilfenidato se baseia na aderência terapêutica, na comprovação de benefício clínico do tratamento e na entrega dos documentos e exames necessários para a análise, conforme periodicidade estabelecida neste protocolo. O fornecimento do metilfenidato poderá ser suspenso se houver qualquer um dos seguintes critérios:

- Não apresentar melhora clínica documentada e justificada no laudo médico, salvo em casos de fatores desencadeantes que justifiquem a ausência de resposta terapêutica;
- Ocorrência de eventos adversos relacionados ao medicamento que impossibilitem a continuidade segura do seu uso;
- Não fornecer os documentos e exames requeridos neste protocolo dentro dos prazos estipulados.

Dentre os eventos adversos que podem justificar a suspensão do metilfenidato, destacam-se: alterações cardiovasculares significativas (hipertensão, taquicardia, arritmias, dor torácica), sintomas psiquiátricos graves (psicoses, ideação suicida, agitação intensa), manifestações neurológicas (convulsões, tiques, síndrome de Tourette), reações alérgicas graves (urticária, angioedema, erupções cutâneas extensas), priapismo, alterações hepáticas relevantes e pode causar retardo no crescimento em crianças e adolescentes com uso prolongado ^{6,7}.

O acompanhamento estruturado do uso de metilfenidato é condição essencial para garantir não apenas a segurança do paciente, mas também a legitimidade do fornecimento público do medicamento. Além disso, promove a utilização eficiente dos recursos públicos e a adesão às diretrizes assistenciais estabelecidas pelo PCDT vigente do Ministério da Saúde e complementadas por este protocolo estadual.

10 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Devem ser observados os critérios de inclusão, exclusão e manutenção da dispensação estabelecidos neste Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como a verificação periódica das quantidades prescritas e dispensadas. A prescrição médica deve ser emitida por médico psiquiatra, pediatra ou neurologista para crianças e adolescentes até 18 anos incompletos e por psiquiatra para adultos com idade entre 18 e 65 anos.

11 REFERÊNCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 5a edição, 2014. Artmed. 2014.
2. SIBLEY, M.H.; MITCHELL, J.T.; BECKER, S.P. Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: a systematic review of longitudinal studies. *Lancet Psychiatry*. 2016 Dec;3(12):1157-1165. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30190-0. Epub 2016 Oct 11. Erratum in: *Lancet Psychiatry*. 2016 Dec;3(12):e22. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30384-4. PMID: 27745869.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 14, de 29 de julho de 2022. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. *Diário Oficial da União*: edição 146, seção 1, página 117, Brasília, DF, 03 ago. 2022.
4. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management. London, UK: National Institute for Health and Care Excellence, 2018. [BOOKSHELF ID: NBK493361] [PMID: 29634174].
5. ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado. Portaria nº 167-R, de 29 de setembro de 2010. Institui e homologa o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a dispensação do metilfenidato. *Diário Oficial do Estado do Espírito Santo*, Vitória, ES, 30 set 2010.
6. RITALINA: Metilfenidato. Bula de medicamento. Novartis Biosciências S.A.: São Paulo, 2024.
7. CONCERTA: Metilfenidato. Bula de medicamento. Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda.: São Paulo, 2024.

Este documento é uma versão preliminar e poderá sofrer alteração após a consulta pública



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

PORTARIA Nº _____, DE _____ DE _____ DE 2025

**APÊNDICE - TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
METILFENIDATO**

Eu, _____ (nome do(a) paciente ou do seu representante legal), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, advertências, contraindicações, potenciais efeitos adversos, riscos e recomendações relacionados ao uso medicamento metilfenidato, indicado para o tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo (a) médico (a) _____ (nome do (a) médico (a) que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer os seguintes benefícios:

- Redução dos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade.
- Melhora do desempenho escolar, social e familiar.
- Maior capacidade de concentração e foco em atividades.
- Melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) sobre as seguintes contraindicações, riscos e potenciais efeitos adversos:

- Contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) ao metilfenidato ou a qualquer componente da fórmula, para pacientes com glaucoma, ansiedade grave, hipertireoidismo não controlado, feocromocitoma, uso concomitante de inibidor da monoaminoxidase, distúrbios cardiovasculares pré-existentes, tiques motores ou verbais e histórico de Tourette.

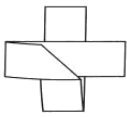
- Riscos: Medicamento classificado na gestação como categoria C (pesquisas em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos). Informe imediatamente o seu médico caso ocorra elevação dos níveis de pressão arterial, aumento na frequência de crises convulsivas e suspeita e/ou confirmação de gravidez.

- Potenciais efeitos adversos: nasofaringite, náusea, boca seca, alterações cardiovasculares significativas (hipertensão, taquicardia, arritmias, dor torácica), sintomas psiquiátricos graves (psicoses, ideação suicida, agitação intensa, nervosismo, insônia), manifestações neurológicas (convulsões, tiques, síndrome de Tourette), reações alérgicas graves (urticária, angioedema, erupções cutâneas extensas), priapismo, diminuição do apetite, alterações hepáticas relevantes, perda de peso e pode causar retardo no crescimento em crianças e adolescentes com uso prolongado.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde (MS) e as Secretarias de Saúde (SES) a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico Responsável:	CRM:	UF:
Data: ___/___/___		
_____ Assinatura e carimbo do médico		

**SUS**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE METILFENIDATO NO TRATAMENTO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE CONFORME PROTOCOLO ESTADUAL****- CRIANÇAS E ADOLESCENTES (06 a 18 anos) -**

Paciente: _____ Idade: _____ anos Sexo: () M () F

CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO**Critério A – Sintomas**

Sintomas	Escola*	Casa*
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas		
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer		
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele		
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres da escola, tarefas ou obrigações		
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades		
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado		
7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex.: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)		
8. Distrai-se com estímulos externos		
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia		
Totalização – Nº de itens de desatenção (1 a 9) registrados como 2 ou 3		
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira		
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado		
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado		
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma		
14. Não para ou frequentemente está a "mil por hora"		
15. Fala em excesso		
16. Responde às perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas		
17. Tem dificuldade de esperar sua vez		
18. Interrompe os outros ou se intromete (p. ex.: mete-se nas conversas/jogos)		
Totalização – Nº de itens de Hiperatividade/Impulsividade (10 a 18) registrados como 2 ou 3		

SNAP-IV - Versão em português validada por Mattos P et al. 2005 (adaptado)

***Legenda: Nem um pouco = 0; Só um pouco = 1; Bastante = 2; Demais = 3**

Se detectados seis ou mais sintomas para desatenção e/ou seis ou mais sintomas para hiperatividade/impulsividade nas duas áreas avaliadas (escola e casa), desde que classificados como "bastante" (2) ou "demais" (3), aplicar o critério B.

Critério B – Aparecimento dos sintomas:

Sintomas Presentes antes do 12 anos

Sim () Não () Se sim, aplicar o critério C.

Critério C – Contexto de aparecimento dos sintomas:

Existem problemas causados pelos sintomas acima em pelo menos 2 contextos diferentes (escola, trabalho, vida social ou em casa).

Sim () Não () Se sim, aplicar o critério D.

Critério D – Impacto na qualidade de vida:

Há problemas evidentes na vida escolar, social ou familiar por conta dos sintomas?

Sim () Não ()

Critério E – Diagnóstico Diferencial:

Pode ser melhor explicado por outro transtorno mental, por ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo ou um transtorno da personalidade?

Sim () Não ()

Faz acompanhamento multiprofissional?

Sim () Não () Se sim, quais profissionais: _____

Possui alguma das condições abaixo:

⇒ Ansiedade, tensão e agitação acentuadas?

Não () Sim ()

⇒ Hipertireoidismo não controlado?

Não () Sim ()

⇒ Glaucoma?

Não () Sim ()

⇒ Feocromocitoma?

Não () Sim ()

⇒ Uso concomitante de inibidor da MAO?

Não () Sim ()

⇒ Distúrbios cardiovasculares?

Não () Sim () Se sim, quais: _____

_____, ____/____/____
Local, data_____
Carimbo e Assinatura do Médico prescritor

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE METILFENIDATO NO TRATAMENTO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE CONFORME PROTOCOLO ESTADUAL

- ACIMA DE 18 ANOS -

Paciente: _____ Idade: _____ anos Sexo: () M () F

CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO

Critério A – Sintomas

Sintomas	1	2	3	4	5
1. Com que frequência você comete erros por falta de atenção quando tem de trabalhar num projeto chato ou difícil?					
2. Com que frequência você tem dificuldade para manter a atenção quando está fazendo um trabalho chato ou repetitivo?					
3. Com que frequência você tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente com você?					
4. Com que frequência você deixa um projeto pela metade depois de já ter feito as partes mais difíceis?					
5. Com que frequência você tem dificuldade para fazer um trabalho que exige organização?					
6. Quando você precisa fazer algo que exige muita concentração, com que frequência você evita ou adia o início?					
7. Com que frequência você coloca as coisas fora do lugar ou tem de dificuldade de encontrar as coisas em casa ou no trabalho?					
8. Com que frequência você se distrai com atividades ou barulho à sua volta?					
9. Com que frequência você tem dificuldade para se lembrar de compromissos ou obrigações?					
Totalização – Parte A					
1. Com que frequência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as mãos ou os pés quando precisa ficar sentado(a) por muito tempo?					
2. Com que frequência você se levanta da cadeira em reuniões ou em outras situações onde deveria ficar sentado(a)?					
3. Com que frequência você se sente inquieto(a) ou agitado(a)?					
4. Com que frequência você tem dificuldade para sossegar e relaxar quando tem tempo livre para você?					
5. Com que frequência você se sente ativo(a) demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse "com um motor ligado"?					
6. Com que frequência você se pega falando demais em situações sociais?					
7. Quando você está conversando, com que frequência você se pega terminando as frases das pessoas antes delas?					
8. Com que frequência você tem dificuldade para esperar nas situações onde cada um tem a sua vez?					
9. Com que frequência você interrompe os outros quando eles estão ocupados?					
Totalização – Parte B					

ASR-18- Versão em português validada por Mattos P, Segenreich D, Saboya E, Louzã M, Dias G, Romano

***Legenda: Nunca = 1; Raramente = 2; Algumas vezes = 3; Frequentemente = 4; Muito frequentemente = 5.**

Se os itens de desatenção da parte A (1 a 9) E/OU os itens de hiperatividade-impulsividade da parte B (1 a 9) têm várias respostas marcadas como FREQUENTEMENTE ou MUITO FREQUENTEMENTE (pelo menos 4 em cada uma das partes), aplicar o critério B.

Critério B – Alguns desses sintomas estão presentes desde precocemente (antes dos 12 anos)?

Sim () Não () Se sim, aplicar o critério C.

Critério C – Existem problemas causados pelos sintomas acima em pelo menos 2 contextos diferentes (por ex., no trabalho, na vida social, na faculdade e no relacionamento conjugal ou familiar)?

Sim () Não () Se sim, aplicar o critério D.

Critério D – Há problemas evidentes por conta dos sintomas?

Sim () Não ()

Critério E – Pode ser melhor explicado por outro transtorno mental, por ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo ou um transtorno da personalidade?

Sim () Não ()

Faz acompanhamento multiprofissional?

Sim () Não () Se sim, quais profissionais: _____

Possui alguma das condições abaixo:

- ⇒ Ansiedade, tensão e agitação acentuadas? Não () Sim ()
- ⇒ Hipertireoidismo não controlado? Não () Sim ()
- ⇒ Glaucoma? Não () Sim ()
- ⇒ Feocromocitoma? Não () Sim ()
- ⇒ Uso concomitante de inibidor da MAO? Não () Sim ()
- ⇒ Distúrbios cardiovasculares? Não () Sim () Se sim, quais: _____

_____, ____/____/____

Local, data

Carimbo e Assinatura do Médico prescritor