

O QUESTIONÁRIO SNAP-IV COMO AUXILIAR PSICOPEDAGÓGICO NO DIAGNÓSTICO PRELIMINAR DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

Gabrielli Teresa Gadens Marcon¹

Universidade Estadual do Rio Grande do Sul

Helena Venites Sardagna²

Universidade Estadual do Rio Grande do Sul

Dolores Schussler³

Universidade Estadual do Rio Grande do Sul

Resumo

Este é um trabalho de revisão bibliográfica com a função de ampliar o conhecimento sobre o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e cujo eixo metodológico tem foco na Intervenção psicopedagógica voltada ao diagnóstico dos problemas de aprendizagem relacionados aos sintomas do TDAH, através da utilização do questionário SNAP-IV por profissionais da área de educação. Ao longo do texto, foram consultadas obras de profissionais tanto da área da saúde, como da área da educação, a fim de se verificar as mais variadas opiniões acerca das principais características, sintomas, diagnósticos e tratamentos do TDAH. O objetivo do trabalho tratou de encontrar na literatura ferramentas diagnósticas que permitissem aos profissionais da educação realizar um pré-diagnóstico da possível presença desse transtorno em crianças ou jovens inseridos no contexto escolar. Em vista disso, o uso do questionário SNAP-IV como ferramenta coadjuvante no diagnóstico do TDAH, especialmente por parte dos psicopedagogos, é altamente recomendado, no sentido de tornar o diagnóstico dos sintomas desse transtorno o mais precoce possível, resultando numa intervenção clínica e psicopedagógica mais efetiva.

Palavras chave: Transtornos psiquiátricos da infância, Transtornos de aprendizagem, Intervenção psicopedagógica.

THE SNAP-IV QUESTIONNAIRE AS AN PSYCHOPEDAGOGIC AUXILIARY IN THE PRELIMINARY DIAGNOSIS ON THE ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)

¹ Professora do curso de Pedagogia da Unidade Litoral Norte da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (Uergs) - Rua Machado de Assis, nº. 1456, Bairro Sulbrasileiro, Osório, Rio Grande do Sul - CEP: 95520-000. Doutora em Ciências, especialista (*lato sensu*) em Psicopedagogia Clínica e Institucional, E-mail: gabrielli-marcon@uergs.edu.br

² Professora do curso de Pedagogia da Unidade Litoral Norte da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (Uergs) - Rua Machado de Assis, nº. 1456, Bairro Sulbrasileiro, Osório, Rio Grande do Sul - CEP: 95520-000. Doutora e Mestre em Educação, especialista (*lato sensu*) em Psicopedagogia, Pedagoga, E-mail: helena-sardagna@uergs.edu.br

³ Professora do curso de Pedagogia da Unidade Litoral Norte da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (Uergs) - Rua Machado de Assis, nº. 1456, Bairro Sulbrasileiro, Osório, Rio Grande do Sul - CEP: 95520-000. Mestre em Educação, especialista (*lato sensu*) em Administração da Educação Pública, Pedagoga, E-mail: dolores-schussler@uergs.edu.br

Abstract

This paper is a literature review with the function of increasing knowledge about the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and whose methodological axis focuses on psychopedagogical intervention focused on the diagnosis of learning problems related to symptoms ADHD, by using the SNAP-IV questionnaire by the education professionals. Throughout the text, were consulted scientific works both professionals in the health field as the field of education, in order to verify the most varied views on the main features, symptoms, diagnosis and treatment of ADHD. This study aimed to find, in the scientific literature, diagnostic tools that would permit to education professionals perform a pre-diagnosis of the possible presence of this disorder in children or young people placed in the school context. As a result, the use of the SNAP-IV questionnaire as an auxiliary tool in the diagnosis of ADHD, especially by psychopedagogists, is highly recommended, towards making the diagnosis of the symptoms of this disorder as early as possible, resulting in a clinical and pedagogical intervention more effective.

Keywords: Psychiatric disorders of childhood, Learning disabilities, Psychopedagogical intervention.

1 Introdução

O presente trabalho aborda o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), com foco na utilização do questionário SNAP-IV como ferramenta auxiliar ao diagnóstico preliminar desse transtorno por parte de psicopedagogos e demais profissionais da área de educação.

Segundo Bordini *et al.* (2010) o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um dos transtornos psiquiátricos infantis mais comuns e um dos mais bem estudados da medicina. Trata-se de “uma condição neurobiológica causadora de importante prejuízo, caracterizada por desatenção, distratibilidade, inquietação e agitação, impulsividade e déficits nas funções executivas, com prejuízo no planejamento e na execução” (BORDINI *et al.*, 2010, p. 314).

De acordo com Leal e Nogueira (2012), embora o TDAH não seja um transtorno específico da aprendizagem, ele poderá causar sérios problemas no processo de aprendizagem, se não for identificado a tempo. Este é também um dos transtornos mais recorrentes nas conversas entre profissionais que atuam na área educacional, especialmente professores e pedagogos, além do âmbito familiar e demais espaços sociais nos quais as crianças interagem e onde seu comportamento hiperativo pode ser melhor observado (LEAL e NOGUEIRA, 2012). Embora menos chamativo que a hiperatividade, o déficit de atenção é, segundo a opinião de Leal e Nogueira (2012), o mais preocupante dos transtornos de TDAH, uma vez que sua

descoberta costuma acontecer quando a extensão dos prejuízos das habilidades cognitivas já ocasionaram sérios comprometimentos no processo de aprendizagem.

Como será possível perceber ao longo do texto, foram consultadas obras de profissionais tanto da área da saúde (especialmente psiquiatras), como da área da educação (especialmente psicopedagogos), a fim de se verificar as mais variadas opiniões acerca das principais características, sintomas, diagnósticos e tratamentos do TDAH. O objetivo desse trabalho foi encontrar na literatura ferramentas diagnósticas que permitissem aos profissionais da educação realizar um pré-diagnóstico da possível presença desse transtorno em crianças ou jovens inseridos no contexto escolar. Em vista disso, o uso do questionário SNAP-IV como ferramenta coadjuvante no diagnóstico do TDAH, especialmente por parte dos psicopedagogos, é altamente recomendado. Sem desconsiderar que o diagnóstico do TDAH só se completa quando realizado por um profissional médico especializado, a adoção do questionário SNAP-IV visa integrar esforços de profissionais da saúde, professores e familiares no sentido de tornar o diagnóstico dos sintomas desse transtorno o mais detalhado possível, resultando numa intervenção clínica e psicopedagógica mais precoce e, portanto, mais efetiva.

2 Metodologia

O presente manuscrito trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, elaborada a partir da análise de fontes bibliográficas variadas, com a função de ampliar o conhecimento sobre o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade-impulsividade (TDAH) a partir da síntese e da estruturação conceitual desse tema.

O eixo metodológico da pesquisa tem foco na Intervenção psicopedagógica através de um maior aprofundamento dos recursos utilizados na intervenção, bem como na elaboração de propostas voltadas ao diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem, especialmente aqueles relacionados ao TDAH.

Nesse sentido, várias obras de profissionais da educação, especialmente psicopedagogos, foram compiladas e comparadas com obras de profissionais da saúde, especialmente psiquiatras, a fim de verificar a variação das opiniões acerca do diagnóstico e tratamento do TDAH. Assim sendo, as contribuições de ambas as áreas foram utilizadas no sentido de encontrar ferramentas diagnósticas, elaboradas por profissionais da saúde, que pudessem vir a ser utilizadas por profissionais da

área de educação, de maneira complementar ao diagnóstico da criança ou jovem portador do transtorno. Nesse sentido, o uso do questionário SNAP-IV (versão completa disponível no ANEXO A) por profissionais da educação, como ferramenta coadjuvante no diagnóstico do TDAH, é tratado aqui de forma extensiva, no intuito de integrar profissionais de ambas as áreas num esforço comum em tornar o diagnóstico desse transtorno, o mais refinado e seguro possível.

3 O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

3.1 A História do TDAH

Segundo Leal e Nogueira (2012, p. 115), “de acordo com a literatura médica, o termo transtorno de déficit de atenção surgiu em 1980, no DSM-III (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais, 3ª edição)”. Esse documento nomeou e classificou o transtorno de déficit de atenção (TDA) em dois tipos: o TDA com hiperatividade (mais comum em meninos) e o TDA sem hiperatividade (mais comum em meninas) (LEAL e NOGUEIRA, 2012).

O DSM-III foi revisto em 1987, quando deu origem ao DSM-III-R, que passou a chamar o TDA de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), o que gerou uma confusão nomenclatural (TAD ou TDAH), a qual só foi resolvida com a publicação do DSM-IV-TR (LEAL e NOGUEIRA, 2012). Nessa nova edição do manual, ficou reconhecido que tanto a inquietação como a desatenção podiam estar envolvidas no distúrbio e, por isso, a nomenclatura mais correta a ser dada seria “transtorno de déficit de atenção/hiperatividade”, ou TDAH (LEAL e NOGUEIRA, 2012). Atualmente, considera-se que o transtorno apresenta grande variabilidade no quadro, podendo ser dos tipos combinado, desatento ou hiperativo/impulsivo (BORDINI *et al.*, 2010).

3.2 Etiologia

Segundo Phelan (2004), o TDAH é um transtorno reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo de origem genética; contudo, a hereditariedade não seria a única explicação para todos os casos de TDAH, pois segundo este autor, algumas explicações podem estar relacionadas com riscos biológicos como álcool, fumo, baixo peso ao nascer e prematuridade.

De acordo com Bordini *et al.* (2010), a genética é a causa principal do TDAH, uma vez que estudos realizados com gêmeos mostraram uma herdabilidade de mais de 75%. Segundo os autores, as associações ambientais podem ser decorrentes de alimentos, aditivos, alterações na glândula tireoide, intoxicação por metais pesados (chumbo), uso de anticonvulsivantes, estresse perinatal, baixo peso ao nascer, lesão cerebral traumática, tabagismo materno e privações graves (BORDINI *et al.*, 2010).

Rizzutti (2009), por sua vez, alerta que, embora a influência de fatores genéticos e ambientais no desenvolvimento do transtorno seja amplamente aceita, e apesar dos inúmeros estudos e avanços nas pesquisas sobre o TDAH, as causas precisas do transtorno ainda são desconhecidas. No entanto, Leal e Nogueira (2012, p. 119) argumentam que “a prevalência da doença entre parentes das crianças afetadas é de 2 a 10 vezes mais do que na população em geral”. Nesse sentido, Rizzutti (2009), alega que não devemos falar em “determinação genética”, mas sim em “predisposição” ou “influência genética”, já que o TDAH é um transtorno de comportamento e, como todo transtorno de comportamento, resulta de influências multifatoriais.

3.3 Epidemiologia, curso e prognóstico

Com relação à epidemiologia, existe uma prevalência de 5 a 12%, duas vezes mais comuns em meninos, chegando esta diferença a ser nove vezes mais comum em clínicas de saúde mental; contudo, a distribuição entre os gêneros aproxima-se na vida adulta (BORDINI *et al.*, 2010). As meninas têm menos sintomas disruptivos, porém mais desatenção e sintomas internalizantes. Sessenta a 85% mantêm critérios para diagnóstico na adolescência e 60% sintomas na idade adulta, quando ocorre o desenvolvimento de maior controle dos impulsos, foco de atenção, funções executivas e habilidade para manter-se calmo (BORDINI *et al.*, 2010). Conforme a idade avança, os sintomas tendem a se tornar mais heterogêneos e sutis e a hiperatividade é o que mais melhora, permanecendo, contudo, a sensação de inquietude (BORDINI *et al.*, 2010).

3.4 Comorbidades

De acordo com Figaro *et al.* (2009) apud Leal e Nogueira (2012, p. 116), “existe um grande número de comorbidades associadas com os sintomas de TDAH,

perfazendo cerca de 65% dos casos”. Segundo Bordini *et al.* (2010), o Transtorno de oposição e Desafio (TOD) é uma das comorbidades mais comuns (54 a 84%), seguido do transtorno de linguagem ou aprendizado (25 a 35%); contudo também podem estar presentes o transtorno de ansiedade (um terço dos casos), a depressão (33%), o abuso de tabaco ou outras substâncias (15 a 19%) e a mania (16%).

Em adolescentes as comorbidades mais comuns são o TOD ou o transtorno de conduta, enquanto adultos apresentam transtorno de personalidade antissocial e maior prevalência dos transtornos de humor (BORDINI *et al.*, 2010).

Segundo Bordini *et al.* (2010), alguns sintomas associados ao TDAH podem não ser uma comorbidade como, por exemplo, disforia, labilidade, baixa autoestima, comportamentopositor, uma vez que melhoram com o tratamento.

3.5 Diagnóstico e características clínicas

De acordo com Bordini *et al.* (2010), o diagnóstico de TDAH é feito pela observação de seis ou mais dos seguintes sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade (relacionados no Quadro 1) por pelo menos seis meses:

QUADRO 1 – Características clínicas dos sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade do TDAH

Desatenção	Hiperatividade/impulsividade
1 – Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras; 2 – Com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; 3 – Com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra; 4 – Quase sempre não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não por comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções); 5 – Costuma ter dificuldade para organizar tarefas e atividades; 6 – Com frequência evita, antipatiza ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa); 7 – Costuma perder coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais); 8 – É facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;	1 – Costuma agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira; 2 – Abandona, com frequência, sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado; 3 – Costuma correr ou escalar com demasia, em situações nas quais isso é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação); 4 – Com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer; 5 – Está quase sempre “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”; 6 – Costuma falar em demasia; 7 – Muitas vezes dá respostas precipitadas antes de as perguntas serem completadas; 8 – Quase sempre tem dificuldade para aguardar sua vez; 9 – Frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo, intrmete-se em conversas ou brincadeiras).

Leal e Nogueira (2012) salientam que, de acordo com a predominância dos sintomas principais (desatenção, hiperatividade, impulsividade), o TDAH poderá sofrer três subdivisões: TDAH predominantemente desatento, TDAH predominantemente imperativo ou impulsivo e TDAH do tipo combinado (desatento e hiperativo ou compulsivo).

A principal característica observada no TDAH com predomínio de desatenção reside no fato que a pessoa acometida por esse transtorno não presta atenção nas atividades que realiza e muito menos no que os outros lhe falam, podendo chegar a ser rotulada como preguiçosa, o que desencadeará um sentimento de baixa autoestima (LEAL e NOGUEIRA, 2012). As distrações que acometem a pessoa portadora do transtorno não ocorrem de forma linear, ou seja, sempre pelos mesmos motivos, até porque, segundo Phelan (2004), existem quatro tipos principais de distrações: as visuais, as auditivas, as somáticas e as de fantasia.

Nas distrações visuais a criança ou jovem com TDAH irá reter sua atenção em coisas que lhe agradem visualmente; nas auditivas, em todo e qualquer tipo de som que possa advir do ambiente interno ou externo, no qual está inserido (PHELAN, 2004). As distrações somáticas, por sua vez, estão relacionadas às sensações corporais que ocasionam desvio de atenção, como um sapato apertado, por exemplo; já no caso das distrações de fantasia, a criança ou jovem com TDAH desvia sua concentração para pensamentos ou lembranças de imagens que lhe parecem bem mais atraentes do que a atividade a ser realizada (PHELAN, 2004).

O TDAH com predomínio de hiperatividade ou impulsividade apresenta muitas características dos transtornos de comportamento, uma vez que a hiperatividade repete-se com certa frequência, na forma de uma inquietação motora agressiva e excessiva, enquanto a impulsividade relaciona-se com o agir sem pensar ou se preocupar com as consequências, variando desde atos impulsivos triviais, como gritar, por exemplo, até atitudes mais graves, envolvendo agressões físicas; em ambos os casos ocorrem prejuízos sociais (LEAL e NOGUEIRA, 2012).

O TDAH do tipo combinado é caracterizado como a forma mais complexa do transtorno, pois possui características tanto de desatenção como de hiperatividade e impulsividade, interferindo de forma significativa no comportamento e no aprendizado (LEAL e NOGUEIRA, 2012).

De acordo com Phelan (2004), quando a pessoa chega ao consultório com a queixa de desatenção ou hiperatividade é necessário observar se ela apresenta os critérios de persistência, início precoce, frequência e gravidade, além de clara evidência de deficiência em um ou mais cenários. Contudo, segundo Bordini *et al.* (2010), embora os pré-escolares soltem-se mais, na primeira visita ao consultório essa condição pode não ser observada.

Com relação ao critério de persistência, Leal e Nogueira (2012) indicam que, para comprová-lo, é necessário que o comportamento persista por pelo menos seis meses e que seu início se dê antes dos sete anos de idade. Quanto à frequência e à gravidade, Leal e Nogueira (2012, p. 116) salientam que é preciso “observar se a ocorrência de desatenção ou hiperatividade apresentam um caráter extraordinário, quando comparado à pessoas da mesma idade” e causam significativa interferência na capacidade funcional da desatenção em contextos múltiplos e em situações sociais diversas. Nesse sentido Bordini *et al.* (2010, p. 315) concordam com as autoras ao salientar que “para o diagnóstico, os sintomas devem existir em pelo menos dois ambientes distintos e implicar prejuízo funcional”. Figaro *et al.* (2009) também reforçam a observação de Leal e Nogueira (2012), ao admitir que o padrão de desatenção e/ou hiperatividade ocorre de forma mais persistente, mais frequente e mais grave do que aquele observado em indivíduos com nível equivalente de desenvolvimento.

3.5.1 O diagnóstico de TDAH através do uso do questionário SNAP-IV (disponível no ANEXO A)

De acordo com Matos *et al.* (2006, p. 290) “nas últimas décadas, a crescente necessidade de padronização de critérios diagnósticos, tanto na clínica quanto na pesquisa, na área da psiquiatria e da saúde mental, tornou os instrumentos de avaliação ferramentas indispensáveis para ambos os campos”. Segundo os autores, existem vários questionários que utilizam os critérios da DSM-IV para rastreio, avaliação da gravidade, frequência dos sintomas e acompanhamento do tratamento, os quais podem ser respondidos por pais e/ou professores. Dentre eles, Matos *et al.* (2006) destacam o *ADHD Rating Scale*, o questionário SNAP-III e IV e o questionário de *Conners*. Bordini *et al.* (2010), também concordam que as melhores escalas que auxiliam da detecção dos sintomas baseiam-se no DSM-IV (especialmente *ADHD Rating Scale* e Questionário SNAP-IV). Contudo, estes

autores alertam que as avaliações devem ser feitas em diferentes ambientes e por diferentes observadores.

Todos esses questionários têm em comum a utilização de escores quantitativos e qualitativos, isto é, escores de gravidade para cada um dos sintomas arrolados, ao invés do simples cômputo da presença dos sintomas (MATOS *et al.*, 2006). “O SNAP-IV é um questionário de domínio público, sucedâneo do SNAP-III e SNAP-IIIR, estes dois últimos formulados a partir da terceira versão do DSM e de sua revisão, respectivamente, todos utilizando uma escala de quatro níveis de gravidade” (MATOS *et al.*, 2006, p. 291).

O questionário denominado Swanson, Nolan e Pelham (ou *Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire*), mais conhecido na literatura pela abreviatura SNAP, foi construído a partir dos sintomas elencados no Manual de Diagnóstico e estatística (conhecido por DSM, ou *Diagnostic and Statistical Manual*) da Associação Americana de Psiquiatria (COUTINHO *et al.*, 2009). O questionário SNAP-IV, resultante da quarta versão do DSM (DSM-IV), possui uma tradução brasileira, validada pelo Grupo de estudos do Déficit de Atenção (GEDA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e pelo Serviço de Pesquisa e Psiquiatria da infância e Adolescência da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (MIRANDA *et al.*, 2011).

De acordo com Pereira *et al.* (2012, p. 283):

O SNAP-IV é composto pela descrição de 18 sintomas do TDAH, entre sintomas de desatenção (9 primeiros itens) e hiperatividade/impulsividade (itens 10 a 18), os quais devem ser pontuados por pais e/ou professores, em uma escala de quatro níveis de gravidade.

Os autores acima indicam que os itens 19 a 26 do questionário também são úteis ao diagnóstico do Transtorno de Oposição e Desafio (TOD).

No site da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), este questionário chega estar disponível para impressão, caso os pais desejem levá-lo aos professores, para que estes o preencham (ABDA, 2015). No entanto, de acordo com a ABDA, este questionário serve apenas como ponto de partida para levantamento de alguns dos possíveis sintomas primários de TDAH, já que muitos dos sintomas relacionados no questionário podem também estar associados a outras comorbidades correlatas ao TDAH, ou a outras condições clínicas e psicológicas (ABDA, 2015). O diagnóstico correto e preciso do TDAH só pode ser

feito através de uma longa anamnese com um profissional médico especializado, seja ele psiquiatra, neurologista ou neuropediatra (ABDA, 2015).

3.6 Tratamento

De acordo com Bordini *et al.* (2010), o prejuízo acadêmico é comum em TDAH e testes psicológicos e neuropsicológicos devem ser feitos quando houver baixa habilidade cognitiva ou atraso na linguagem ou no raciocínio matemático, embora não sejam obrigatórios. Contudo, se após um ou dois meses de tratamento não houver melhora, indica-se teste psicológico para transtorno de aprendizagem (BORDINI *et al.*, 2010).

A terapia comportamental costuma ser indicada no início do tratamento se os sintomas forem leves, se houver recusa do medicamento pela família ou se o diagnóstico for incerto (BORDINI *et al.*, 2010). Contudo, segundo Bordini *et al.* (2010, p. 316) “é comprovado que terapia comportamental isolada pode melhorar os sintomas, mas trabalhos evidenciam a superioridade do tratamento medicamentoso”. Mesmo assim, o foco de estudo tem sido tratamento farmacológico associado à intervenção psicossocial, pois o TDAH precisa ser encarado como uma doença crônica que necessita da aplicação de psicoeducação e utilização de recursos escolares (BORDINI *et al.*, 2010).

No que diz respeito ao tratamento farmacológico, Bordini *et al.* (2010) fazem referências aos medicamento aprovados pela *Food and Drug Administration* (FDA), como sendo dextroanfetamina, d- e d,l-metilfenidato, sais mistos de anfetamina e atomoxetina. A *American Academy of Pediatrics* e o *Texas Children's Medication Project* orientam estimulantes como primeira escolha, especialmente se não houver comorbidade; contudo, quando houver comorbidade com uso de substâncias, ansiedades ou tiques, a atomoxetina pode ser considerada primeira linha (BORDINI *et al.*, 2010). Em caso dos medicamentos citados não darem certo, Bordini *et al.* (2010), recomendam a revisão do diagnóstico e indicação de terapia comportamental, além da possibilidade de uso de drogas não aprovadas pela FDA, como Bupropiona, tricíclicos e a-agonistas. Embora estes medicamentos tenham efeito inferior àqueles aprovados pela FDA, se houver uma boa resposta ao medicamento, este tratamento sozinho já é satisfatório, existindo evidências de que a terapia comportamental não ajuda (BORDINI *et al.*, 2010). Por outro lado, os

autores admitem que, se houver resposta não ótima, comorbidades ou estressores familiares, a terapia comportamental é benéfica.

3.6.1 Tendências de generalizações do TDAH e os riscos da prescrição abusiva de medicamentos

De acordo com Benedetti & Anache (2013), a metodologia de tratamento do TDAH, costuma seguir os padrões da ciência positivista, a qual se encontra fundamentada na concepção hegemônica de que o cérebro e seu funcionamento químico são o lócus do TDAH e, deste modo, a correlação entre comportamento, sintomas e causas orgânicas, caminha sempre em direção à medicalização.

Segundo Rohde *et al.* (2000), o metilfenidato costuma ser a medicação com maior comprovação de eficácia no tratamento do TDAH, tendo em vista a concepção de que este transtorno apresenta uma origem neurológica, ligada a um desequilíbrio químico, o que oferece o suporte científico para a indicação do uso deste medicamento. Argollo (2003) também argumenta sobre os benefícios do metilfenidato no tratamento do TDAH, medicamento comercializado sob os nomes de Ritalina® ou Conserta® e que, segundo o autor, poderia ser administrado em qualquer idade.

Contudo, no que diz respeito ao consenso científico sobre a medicalização do TDAH, cabe refletir um pouco sobre o conflito de interesses apontado por Schmitz *et al.* (2007):

O Programa de Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade (PRODAH) recebe suporte de pesquisa das seguintes companhias farmacêuticas: Bristol-Myers Squibb, Eli-Lilly, Janssen-Cilag e Novartis. O Prof. Rohde é palestrante ou consultor das companhias acima referidas e é integrante do conselho consultivo da Eli Lilly. Schmitz *et al.* (2007 APUD Benedetti & Anache, 2013, p.211-212)

O problema, no entanto, não para por aí. De acordo com Barkley *et al.* (1990), apesar do aumento nas vendas do metilfenidato para tratamento do TDAH, esse pesquisadores acreditam que o próprio transtorno ainda esteja sub-diagnosticado, ou seja, há indivíduos sadios tomando substâncias psicotrópicas indevidamente, e ainda na infância.

Brandt e Carvalho (2012) vão ainda mais longe e afirmam que:

No caso do nosso objeto de estudo, há uma conjugação de forças para não trazer à luz da ciência o fato de que é a partir da produção do metilfenidato que se cria uma patologia, o TDA/H. Ou seja, primeiro inventou-se o

remédio, para, depois, se forjar a doença, na tentativa de se criar um imenso mercado consumidor. Brandt e Carvalho (2012, p. 632)

O metilfenidato chegou ao Brasil somente em 1998. Na atualidade, o uso terapêutico do medicamento está fundamentado no diagnóstico de TDAH e o seu principal emprego se faz no âmbito educacional, com o controle de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (Korolkovas, 2006). Já o uso não terapêutico se faz, em grande parte, por universitários, pois parece estar associado ao aumento da produtividade acadêmica. (BRANDT & CARVALHO, 2012). O consumo opera-se, sobretudo, mediante prescrição de um profissional do campo da saúde, em atendimento à demanda de um sujeito inserido nos setores da educação, em resposta ao imperativo de um mundo extremamente competitivo (BRANDT & CARVALHO, 2012).

De acordo com Ortega *et al.* (2010) quando o metilfenidato foi descoberto não havia um diagnóstico específico para seu uso e, por isso, existiu um ostensivo empenho para se descobrir uma aplicação terapêutica para esse fármaco. Logo, a sua indicação para transtornos hipercinéticos (dificuldades em manter a concentração) pareceu constituir uma justificativa “cientificamente convincente” para a sua aplicação.

A Ritalina ficou conhecida nos últimos anos por sua associação ao TDAH. Entretanto, este estimulante é comercializado desde os anos 50 na Suíça, na Alemanha e nos EUA. Nesses países, sua indicação era para pessoas idosas, para diminuir a fadiga. Não havia nenhum diagnóstico específico para seu uso. Foi somente a partir de sua associação com o TDAH que suas vendas alavancaram e a Ritalina tornou-se o estimulante mais consumido no mundo. No Brasil, foram vendidas quase 1.150.000 caixas de metilfenidato somente em 2007. (Itaborahy, 2009, p.9, APUD Brandt e Carvalho, 2012, p.629).

Segundo Benedetti & Anache (2013) o que mais intriga em relação ao TDAH e seu tratamento, é o fato de uma terapêutica medicamentosa ter sido descoberta cerca de 40 anos antes da definição da doença. Para estas autoras, a mediatização e consequente popularização do TDAH como patologia, tornou mais conveniente, tanto para a escola, como para a família, atribuir ao aluno a culpa pelo fracasso escolar, do que rever critérios pedagógicos, ou questionar a dinâmica familiar. Assim, a responsabilidade é repassada aos médicos, que passam a tutelar a família e a escola.

Benedetti & Anache (2013) alertam para a necessidade de estarmos permanentemente atentos, a fim de evitarmos uma psicopatologização excessiva de comportamentos naturais da infância, onde as condutas condizentes com a normalidade reduzam a criança a um ser comportado, bonzinho e quietinho; não é por acaso que a Ritalina é também conhecida como a “droga da obediência”, por acalmar e focar a atenção (Perozim, 2011). O achatamento dos desejos e da condição arredia ou dispersa, que também é própria da infância, segundo Benedetti & Anache (2013), pode conduzir nossos filhos a uma sociedade dominada pela normopatía (= patologia da normalidade).

3.7 As dificuldades de aprendizagem decorrentes do TDAH e o apoio psicopedagógico

De acordo com Leal e Nogueira *et al.* (2012, p. 120) “a inclusão de pessoas com TDAH nas escolas regulares de ensino tem trazido muitas dúvidas e questionamentos para a equipe escolar, assim como para a própria família”. Isso fica mais evidente quando professores de turmas numerosas e heterogêneas se veem sozinhos diante de tal tarefa, enquanto pais exigem uma escola melhor para seus filhos (ROHDE *et al.*, 2006 *apud* LEAL e NOGUEIRA, 2012, p. 121).

“As modificações nos ambientes em que está inserida a criança ou jovem com TDAH fazem uma diferença importante e significativa no desenvolvimento educacional destes” (LEAL e NOGUEIRA, 2012, p. 121). Segundo estas autoras, as distrações visuais, por exemplo, podem ser suprimidas se a sala de aula for um espaço limpo de recursos visuais. Contudo, nem todas as escolas estão dispostas a aceitar ou preparadas para ajudar em tais transformações, o que resulta na dificuldade em adequar métodos e recursos para o atendimento das pessoas com TDAH (LEAL e NOGUEIRA, 2012). De qualquer forma, no que diz respeito à escola, Leal e Nogueira (2012) insistem que o risco de insucesso escolar associado ao TDAH muitas vezes pode ser minimizado através de uma série de intervenções que atuam tanto sobre as dificuldades cognitivas quanto comportamentais do indivíduo.

Os sistemas de ensino devem seguir as diretrizes operacionais para possibilitar o atendimento educacional especializado nas escolas, disponibilizando “serviços, recursos de acessibilidade e estratégias que eliminem as barreiras para sua plena participação na sociedade e desenvolvimento de sua aprendizagem”, conforme prevê a Resolução nº 04/2009, no Artigo 2º (BRASIL, 2009). No caso, o

atendimento educacional especializado contempla alunos com deficiência, Transtorno global do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação (BRASIL, 2013). Um dos objetivos previstos para as escolas, no Artigo 3º, do Decreto 7.611/2011 é “prover condições de acesso, participação e aprendizagem no ensino regular e garantir serviços de apoio especializados de acordo com as necessidades individuais dos estudantes”. O aluno com TDAH precisa ser contemplado com os serviços de apoio, mediante estratégias para o desenvolvimento de sua aprendizagem, em articulação com todos os envolvidos.

Segundo Rohde *et al.* (2006, p. 368) *apud* Leal e Nogueira (2012, p. 121): “é consenso na literatura nacional e internacional que não existe uma única solução, nem receitas miraculosas, mas que a estratégia adequada e completa é trabalhar em todos os âmbitos: família, escola e a própria criança”.

De acordo com Polity (2001, p. 14) *apud* Leal e Nogueira (2012, p. 121), a psicopedagogia, como área de atuação e conhecimento:

Pesquisa, estuda e analisa as questões relacionadas ao processo de aprendizagem e seus problemas. [Preocupando-se] com as relações [entre] ensinante e aprendente, [assim como] com a forma como se ministram conteúdos escolares, com processo de desenvolvimento cognitivo/emocional da criança [ou jovem], aquisição da linguagem, entre outros.

Tendo por base essa afirmação, Leal e Nogueira (2012) argumentam que é possível contribuir com a melhora dos sintomas da criança ou jovem com TDAH por intermédio do acompanhamento psicopedagógico.

A atuação do psicopedagogo na instituição escolar se dá por intermédio de assessoria aos gestores, professores e demais profissionais, possibilitando as adaptações necessárias para o desenvolvimento cognitivo, além de se concentrar na reintegração e na readaptação da criança ou jovem com TDAH ao meio escolar (FAGALI e VALE, 2003). Importante ressaltar que a presente discussão toma os estudos de Fagali e Vale (2003) pela sua contribuição na compreensão dos problemas de aprendizagem que refletem sobre o desenvolvimento cognitivo, psicomotor e afetivo e na integração do sujeito com qualquer tipo de distúrbio no meio escolar, contudo, as autoras não discutem especificamente o TDAH.

A intervenção do psicopedagogo, especialmente junto aos professores, visa permitir que estes consigam coordenar melhor sua sala de aula, proporcionando uma estrutura satisfatoriamente organizada e constante do espaço, a fim de que a

criança ou jovem com TDAH foque sua atenção no aprendizado, sem desviá-la para outras atividades (LEITE e FERREIRA, 2010). Esta atitude, segundo Leal e Nogueira (2012, p. 122) proporcionará:

Um ambiente acolhedor, no qual o grande ganho é o de nunca provocar constrangimento ou menosprezar a criança ou jovem com TDAH, mas sim conseguir os melhores resultados cognitivos, comportamentais e sociais ante os diversos grupos a que eles pertençam.

Goldstein e Goldstein (1994) referem-se aos “movimentos monitorados” nos espaços escolares como uma oportunidade importante na criação de possibilidades de reforço positivo e incentivo para um comportamento mais adequado e significativo para a pessoa com TDAH. Os movimentos monitorados correspondem, de acordo com os autores, a atividades que favorecem o contato entre professor e aluno e ajudam na avaliação frequente do comportamento do indivíduo sobre os outros e sobre ele mesmo, auxiliando na continuidade das tarefas propostas, as quais podem envolver levantar-se para apontar um lápis, ir até a secretaria da escola, ou levar um bilhete para outro professor. Contudo, segundo Leal e Nogueira (2012, p. 123):

(...) os movimentos monitorados devem possuir limites claros e objetivos e o professor, com auxílio do psicopedagogo, deve manter uma atitude disciplinar equilibrada, com sugestões concretas e que ajudam a desenvolver um melhor comportamento, assegurando que não mais ocorrerá a segregação ou comentários que rotulem a criança ou o jovem.

Enfim, para Leal e Nogueira (2012) é preciso buscar novos horizontes para que a alegria de aprender possa se estender além das exigências de currículos e notas, uma vez que é na instituição que o psicopedagogo irá buscar de “forma criativa encontrar a inteligência aprisionada, a criatividade encapsulada, a curiosidade anulada, a renúncia ao pensar, ao conhecer e ao crescer” (FERNANDEZ, 2001, p. 23, *apud* LEAL e NOGUEIRA, 2012, p. 123).

Outro fator que é fundamental elencar nessa discussão é a importância de um diagnóstico fidedigno do TDAH que considere a complexidade aí implicada, uma vez que não são raras as generalizações feitas, acarretando em uso desnecessário de medicamentos, especialmente frente a crianças dos anos iniciais do Ensino Fundamental, quando muitas vezes o problema está na mudança drástica de metodologia de ensino. Nesse caso, o maior risco é na passagem da Educação Infantil para o Ensino Fundamental, quando a criança reage frente a tais mudanças, muitas vezes não conseguindo manter sua atenção na proposta da aula, pois

necessita de atividades lúdicas, com espaços amplos e com uso de recursos pedagógicos diversos, quando é inserida num ambiente com escassez de recursos lúdicos e didático-pedagógicos e pouco espaço de criação.

Nesse sentido, diagnóstico e tratamento corretos são fundamentais, uma vez que tratados de forma equivocada podem causar prejuízos não só no âmbito escolar, mas pessoal.

4 Considerações finais

À luz do que foi exposto podemos argumentar que o TDAH é um transtorno cujo diagnóstico apresenta dificuldades relativas, tanto em relação aos sintomas, os quais podem estar associados ou confundirem-se com uma série de comorbidades, quanto ao contexto no qual tais sintomas se manifestam, geralmente no núcleo familiar ou escolar, sendo, portanto, difícil obter uma avaliação precisa do mesmo apenas em visitas ao consultório, onde o problema tende a ficar latente.

Uma vez que diagnóstico psicopedagógico envolve a investigação de distúrbios, transtornos ou patologias referente à aprendizagem humana, a fim de descobrir o que pode estar influenciando e prejudicando o bom desenvolvimento da criança ou jovem, é mister que o pedagogo seja o primeiro profissional a se deparar com um aprendente que manifeste sintomas associados ao TDAH. Cabe a esse profissional, utilizar as ferramentas das quais dispõe, a fim de fazer um diagnóstico preliminar da situação e dar o melhor encaminhamento possível ao problema. Nesse sentido, conhecer e fazer uso do SNAP-IV pode acelerar o pré-diagnóstico do transtorno de forma rápida e segura.

Assim sendo, a utilização do questionário SNAP-IV constitui-se numa excelente ferramenta auxiliar ao diagnóstico de TDAH, sendo de extrema importância que os psicopedagogos a conheçam e utilizem, prestando informação e orientação aos pais e professores sobre a correta utilização do questionário. Além disso, cabe ao psicopedagogo acompanhar a forma como são conduzidas as observações realizadas por pais e professores, a fim de que estes consigam alocar corretamente os sintomas em acordo com a escala de quatro níveis de gravidade, constante no questionário.

Portanto, apenas o diagnóstico preciso da ocorrência do transtorno permitirá que a intervenção clínica e psicopedagógica junto às crianças e jovens com TDAH seja realmente efetiva. E essa investigação diagnóstica deve envolver um esforço conjunto de profissionais da educação e da saúde, bem como da família do indivíduo.

5 Agradecimentos

Ao professor Moacir Cesar Kuhlkamp pela contribuição ao trabalho de conclusão do curso de especialização (*lato sensu*) em Psicopedagogia Clínica e Institucional do Centro Universitário Internacional UNINTER.

6 Referências

- ARGOLLO, Nayara. Transtornos do déficit de atenção com hiperatividade: aspectos neurológicos. **Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, v. 7, n. 2, 2003.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO (ABDA). **Diagnóstico em crianças**. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/sobre-tdah/diagnostico-criancas.html>>. Acesso em: 20 mai. 2015.
- BARKLEY, Russel A. **Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, 778 p.
- BENEDETTI, Ieda Maria Munhós; ANACHE, Alexandra Ayach. TDA/H Análise documental sobre a produção do conceito. **Revista Saber Acadêmico**. n. 16, p. 105-121, 2013.
- BORDINI, Daniela; ORSI, Paula; GATTÁS, Ivete G.; MERCADANTE, Marcos T. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. In: FALCÃO, Luiz F. R. (Org.); FIDALGO, Thiago M.; SILVEIRA, Dartiu X. (Coord.). **Manual de Psiquiatria – Manual do Residente da Universidade Federal de São Paulo. Associação dos Médicos Residentes da Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Gen-Roca, 2010, p. 314-318.**
- BRANT, Luis Carlos; CARVALHO, Tales Renato Ferreira. Metilfenidato: medicamento “gadget” da contemporaneidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.42, p.623-636, jul/set, 2012.
- BRASIL. **Lei 12.796 de 04 de abril de 2013**. Altera a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei 9494/96. Brasília DF: Casa Civil, 2013.
- BRASIL. **Decreto 7611/2011 de 17 de novembro de 2011**. Dispõe sobre o Atendimento Educacional Especializado. Brasília DF: Casa Civil, 2011.
- BRASIL. MEC/SEESP. **Resolução nº 4 de 02 de outubro de 2009**. Institui Diretrizes operacionais para o atendimento educacional especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. 02 de outubro de 2009. Brasília DF: Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Básica, 2009.
- COUTINHO, Gabriel; MATOS, Paulo; SCHMITZ, Marcelo; FORTES, Didia; BORGES, Manuela. Concordância entre relato de pais e professores para sintomas de TDAH: resultados de uma amostra clínica brasileira. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 3, n. 36, p. 97-100, 2009.

FAGALI, Eloisa Q.; VALE, Zélia D. R. **Psicopedagogia Institucional Aplicada: a aprendizagem escolar dinâmica e a construção na sala de aula**. Petrópolis: Vozes, 2003.

FERNANDEZ, Alicia. **Os idiomas do aprendente: análise das modalidades ensinantes com famílias, escolas e meios de comunicação**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

FIGARO, Rosângela A. D. S. Análise da afetividade de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade pelo método Rorschach – um enfoque Junguiano. In: MONTIEL, José M.; CAPOVILLA, Fernando C. (Org.). **Atualização em Transtornos de Aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

GOLDSTEIN, Sam; GOLDSTEIN, Michael. **Hiperatividade: como desenvolver a capacidade ou atenção da criança**. Campinas: Papirus, 1994.

ITABORAHY, Cláudia. **A ritalina no Brasil: uma década de produção, divulgação e consumo**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2009.

KOROLKOVAS, Andrejus. **Dicionário terapêutico Guanabara**. 21 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014, 724 p.

LEAL, Daniela; NOGUEIRA, Makelini O. G. Transtornos do comportamento: o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e a aprendizagem. In: LEAL, D.; NOGUEIRA, M. O. G. **Dificuldade de aprendizagem: um olhar psicopedagógico**. Curitiba: Intersaberes, 2012, p. 112-129.

LEITE, Neiva T. C.; FERREIRA, Josiane P. **Hiperatividade X Indisciplina: contribuições para o cotidiano escolar**. Profala. Disponível em: <<http://www.profala.com/arthiper7.htm>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

MATOS, Paulo; SERRA-PINHEIRO, Maria A.; ROHDE, Luis A.; PINTO, Diana. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. **Revista de Psiquiatria**, RS, v. 3, n. 28, p. 290-297, set./dez. 2006.

MIRANDA, Carlos T.; SANTOS JUNIOR, Guataçara; PINHEIRO, Nilcéia A. M.; STADLER, Rita de Cássia L. Questionário SNAP-IV: a utilização de um instrumento para identificar alunos hiperativos. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIAS, 8., 2011, Campinas. **Anais...** Natal: Universidade Estadual de Campinas, 2011, p. 1-12.

ORTEGA, Francisco; BARROS, Denise; CALIMAN, Luciana; ITABORAHY, Claudia; JUNQUEIRA, Lívia; FERREIRA, Cláudia Passos. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.34, p.499-512, 2010.

PEREIRA, Ana Paula P.; LEÓN, Camila B. R.; DIAS, Natália M.; SEABRA, Alessandra G. Avaliação de crianças pré-escolares: relação entre testes de funções executivas e indicadores de desatenção e hiperatividade. **Revista Psicopedagogia**, v. 29, n. 90, p. 279-289, 2012.

PEROZIN, Lívia. A droga da obediência (entrevista). **Carta Capital**. Educação. Carta Fundamental. Publicado em 20/02/2011. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/educacao/carta-fundamental-arquivo/a-droga-da-obediencia>>. Acesso em: 30 mar. 2016.

PHELAN, Thomas W. **TD/DAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. São Paulo: M. Books, 2004.

POLITY, Elisabeth. **Dificuldade de aprendizagem e família: construindo novas narrativas**. São Paulo: Vetor, 2001.

RIZZUTTI, Sueli. Aspectos neurobiológicos do transtorno de hiperatividade e desatenção. In: MONTIEL, Jose M.; CAPOVILLA, Fernando C. (Org.). **Atualização em Transtornos de Aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

ROHDE, Luis A.; DORNELES, Beatriz V.; COSTA, Adriana C. Intervenções escolares no Transtorno de Déficit de Atenção/hiperatividade. In: ROTTA, Newra T.; OHLWEILER, Lygia; RIESGO, Rudimar S. **Transtornos da Aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ROHDE, Luis Augusto Paim; HALPERN, Ricardo. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **Jornal de Pediatria**, 2004.

SCHMITZ, Marcelo; POLANCZYK, Guilherme; ROHDE, Luis Augusto Paim. *TDHA: remissão na adolescência e preditores de persistência em adultos*. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** v.56, suppl.1, p. 25-29, 2007

ANEXO A

Questionário SNAP-IV

O questionário SNAP-IV é útil para avaliar apenas o primeiro dos critérios (critério A) do DSM-IV-TR. Para se fazer o diagnóstico, existem outros critérios que também são necessários. É interessante que o questionário seja respondido pelos pais e por professores dos pacientes antes do início do tratamento. Recomendam-se reavaliações frequentes, a fim de checar a eficácia das medidas terapêuticas.

NOME:				
SÉRIE:		IDADE:		
OBS.: para cada item, escolha a coluna que melhor descreve o(a) aluno(a) e marque um X				
QUESTÕES	RESPOSTAS			
	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1 – Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.				
2 – Tem dificuldade para 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 de escola, tarefas e 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 (por exemplo, brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
8 – Distrai-se com estímulos externos.				
9 – É esquecido em atividades do dia a dia.				
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 nas mobílias em situações em que isso é inapropriado.				
13 – Tem dificuldade para brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.				
14 – Não para ou costuma estar a “mil por hora”.				
15 – Fala em excesso.				
16 – Responde às perguntas de forma precipitada antes que elas tenham sido terminadas.				
17 – Tem dificuldade para esperar sua vez.				
18 – Interrompe ou outros ou se intromete (por exemplo, intromete-se em conversas/jogos)				
COMO AVALIAR 1: havendo pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 1 a 9 = existem mais sintomas de desatenção que o esperado numa criança ou adolescente.				
COMO AVALIAR 2: havendo pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 10 a 18 = existem mais sintomas de hiperatividade e impulsividade que o esperado numa criança ou adolescente.				

FONTE: adaptado de Bordini *et al.* (2010) (segundo os autores: versão em português validada por Mattos *et al.*, 2005)