FORMARE SAÚDE

TDAH na infância e na *adolescência*

O que funciona, o que ainda é promessa e como colocar em prática — em casa, na escola e no consultório.

FAMÍLIAS ESCOLAS PROFISSIONAIS

Guia prático baseado em evidências · 2026

ANTES DE COMEÇAR

Como ler *este guia*

Quem convive com o TDAH recebe conselhos demais e critério de menos. Este guia faz o caminho inverso: poucas recomendações, cada uma com a força da evidência declarada, e sempre com um exemplo de como fazer na segunda-feira.

Você não precisa ler na ordem. Cada capítulo abre com uma etiqueta que diz o quanto a ciência sustenta aquela intervenção, segue com o essencial em linguagem direta e termina com algo aplicável: um fluxograma, uma tabela, um roteiro de conversa ou uma lista de verificação.

As quatro etiquetas de evidência

ETIQUETA	O QUE SIGNIFICA	COMO USAR
EVIDÊNCIA ROBUSTA	Vários ensaios randomizados e metanálises apontam na mesma direção.	Ponto de partida. Se ainda não está sendo feito, comece por aqui.
PROMISSORA	Resultados favoráveis, mas com poucos estudos, amostras pequenas ou avaliação não cega.	Vale usar com objetivo definido e reavaliação em data marcada.
BOA PRÁTICA	Recomendada por diretrizes e pelo raciocínio clínico, com pouca pesquisa específica em TDAH.	Individualize. Faz sentido para esta criança, neste contexto?
FRACA OU CONTRA	Estudos bem controlados não mostram benefício, ou mostram benefício só para quem sabia do tratamento.	Não substitui o que funciona. Cuidado com custo, tempo e falsas promessas.

O que você vai encontrar

PARTE 1 · ENTENDER

1. O TDAH em cinco ideias
2. Mitos e verdades
3. Da suspeita ao plano de cuidado
4. O mapa da evidência

PARTE 2 · TRATAR

5. Terapia cognitivo-comportamental
6. Treinamento parental
7. Medicação: as dúvidas das famílias
8. Regulação emocional e frustração
9. Autoestima e relações sociais

PARTE 3 · ESCOLA

10. Orientação escolar
11. Adaptações de atividades e provas
12. Direitos educacionais

PARTE 4 · VIDA DIÁRIA

13. Sono, movimento, telas e alimentação
14. Adolescência: o que muda
15. Meninas: o TDAH que passa despercebido

PARTE 5 · CUIDADO INTEGRADO

16. Quem faz o quê na equipe
17. Dúvidas frequentes
18. Os primeiros 30 dias
19. Formare Saúde

Um aviso honesto. Este material informa e orienta, mas não substitui avaliação individual. Diagnóstico, indicação de tratamento e ajustes de medicação são decisões clínicas, tomadas com o profissional que acompanha a criança ou o adolescente.

PARTE 1

Entender *antes de intervir*

Boa parte do sofrimento em torno do TDAH vem de explicações erradas: preguiça, falta de limite, falta de vontade. Trocar a explicação muda a conduta.

1	O TDAH em cinco ideias
2	Mitos e verdades
3	Da suspeita ao plano de cuidado
4	O mapa da evidência

CAPÍTULO 1

O TDAH em *cinco ideias*

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento. Não é um defeito de caráter, nem resultado de criação permissiva. É uma diferença na forma como o cérebro regula atenção, impulso, atividade e motivação.

≈ 5%

das crianças e adolescentes no mundo preenchem critérios para TDAH.

Polanczyk et al., 2007

≈ 74%

é a herdabilidade estimada em estudos com gêmeos, uma das mais altas da psiquiatria.

Faraone & Larsson, 2019

64%

tiveram curso flutuante, com períodos de melhora e de recaída, em 16 anos de seguimento.

Sibley et al., 2022

1. O problema não é saber o que fazer. É fazer o que se sabe.

A criança com TDAH conhece a regra. Ela sabe que precisa levantar a mão, guardar o material, começar a lição. A dificuldade aparece no momento da execução: frear o impulso, sustentar o esforço, lembrar na hora certa. Por isso sermão e explicação repetida ajudam pouco, e apoio no ponto de desempenho ajuda muito.

2. A atenção não falta. Ela é mal distribuída.

O mesmo aluno que não termina dez linhas de cópia passa duas horas montando um jogo. Não é fingimento. A atenção no TDAH depende mais de interesse, novidade e urgência do que de importância. Tarefas longas, repetitivas e com recompensa distante são o pior cenário possível.

3. O que se vê é a ponta. O prejuízo está embaixo.

Desatenção, agitação e impulsividade são os sintomas visíveis. Abaixo deles estão as funções executivas: memória de trabalho, planejamento, noção de tempo, controle inibitório e regulação emocional. É ali que o tratamento precisa chegar.

4. O TDAH muda de forma, não desaparece por decreto.

A hiperatividade motora costuma diminuir com a idade. A desorganização, a procrastinação e a dificuldade com prazos tendem a aparecer mais, justamente quando a vida passa a exigir autonomia. No seguimento do estudo MTA, apenas cerca de 9% mantiveram remissão sustentada até a vida adulta jovem.

5. O ambiente não causa o TDAH, mas decide o tamanho do prejuízo.

Rotina previsível, instruções claras, retorno imediato e adultos alinhados reduzem o impacto. Ambientes caóticos, punitivos ou imprevisíveis o ampliam. É por isso que família e escola fazem parte do tratamento, e não da plateia.

> *Trate o TDAH como uma dificuldade de desempenho, não de conhecimento. A pergunta útil deixa de ser "por que ele não faz?" e passa a ser "o que falta no ambiente para ele conseguir fazer?".*

CAPÍTULO 2

Mitos *e verdades*

Sete frases que famílias e professores escutam toda semana, e o que a pesquisa realmente mostra.

MITO	O QUE SE SABE
"É falta de limite."	A contribuição genética é alta e o padrão aparece em culturas e estilos de criação muito diferentes. Práticas parentais não causam o TDAH, embora possam agravar ou atenuar seus efeitos.
"Se ele se concentra no videogame, não tem TDAH."	Jogos oferecem novidade, retorno imediato e recompensa a cada segundo. O diagnóstico considera o desempenho em tarefas que exigem esforço sustentado sem esse apoio.
"Vai passar com a idade."	A maioria mantém sintomas ou prejuízo na adolescência e na vida adulta, com períodos de melhora e piora. Esperar passar costuma significar acumular atrasos.
"Açúcar deixa a criança hiperativa."	Metanálise de estudos duplo-cegos não encontrou efeito do açúcar sobre comportamento ou cognição. A percepção dos adultos muda quando eles acreditam que a criança comeu doce.
"Remédio vicia e leva às drogas."	Estudos de seguimento não mostram aumento do risco de uso de substâncias em crianças tratadas com estimulantes em dose terapêutica e com acompanhamento médico.
"TDAH é coisa de menino."	Meninas também têm TDAH, com mais frequência na apresentação desatenta e com menos comportamento disruptivo. Por isso são encaminhadas menos e mais tarde.
"O teste neuropsicológico confirma ou descarta."	O diagnóstico é clínico. A avaliação neuropsicológica descreve forças e dificuldades e orienta o plano, mas não funciona como exame confirmatório isolado.

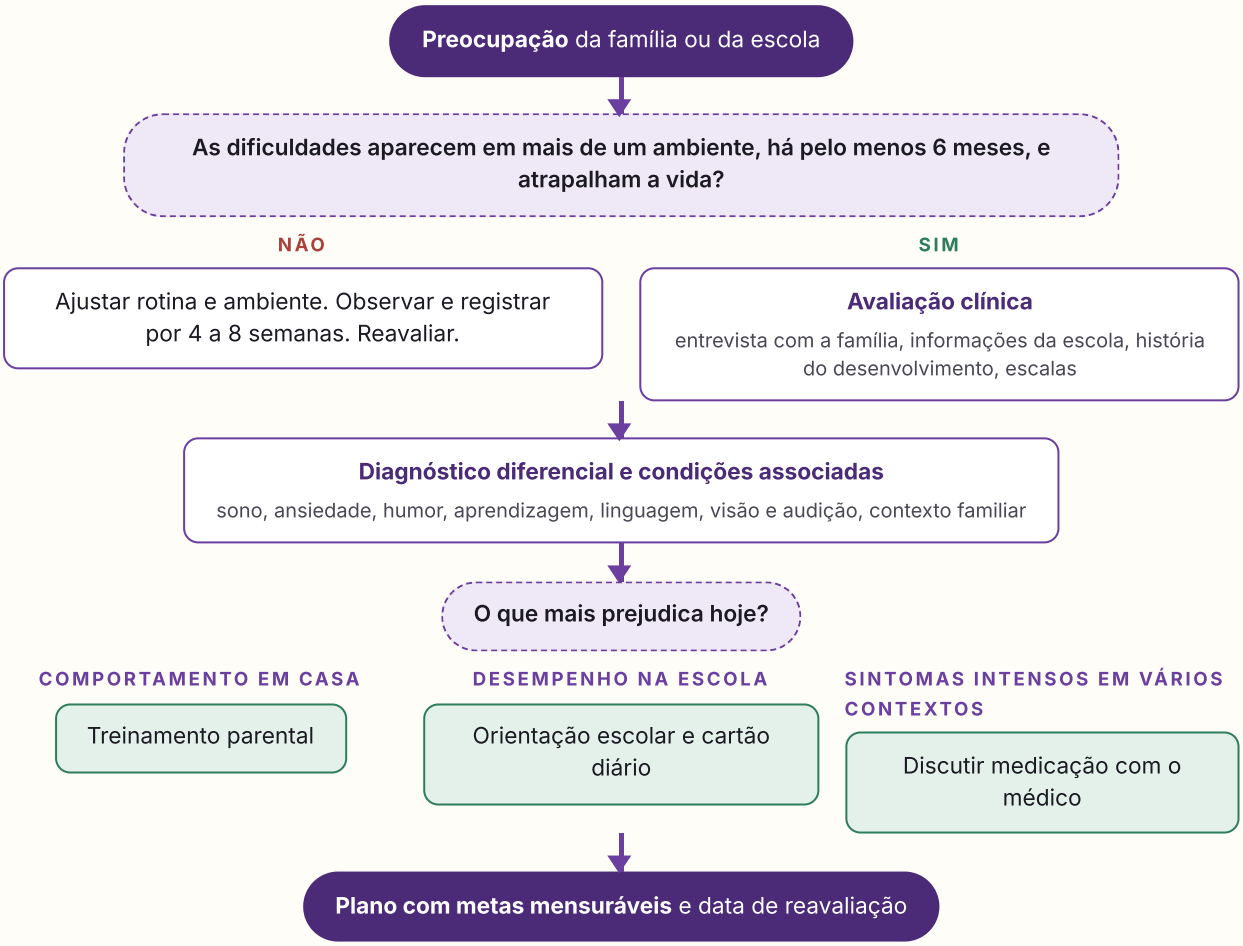
Fontes: Faraone et al., 2021 · Faraone & Larsson, 2019 · Sibley et al., 2022 · Wolraich et al., 1995 · Humphreys et al., 2013 · Hinshaw et al., 2022 · NICE NG87.

CAPÍTULO 3

Da suspeita ao *plano de cuidado*

O caminho entre “acho que tem alguma coisa” e um tratamento organizado costuma ser confuso. Ele tem uma sequência lógica, e conhecer essa sequência evita exames desnecessários e meses perdidos.

FLUXOGRAMA 1 · O PERCURSO DA AVALIAÇÃO



O QUE LEVAR À PRIMEIRA CONSULTA

- [ ] Boletins e relatórios escolares dos últimos anos
- [ ] Exemplos concretos, com situação, o que aconteceu e com que frequência
- [ ] Avaliações e tratamentos anteriores
- [ ] Histórico de sono, saúde e desenvolvimento
- [ ] Contato de um professor que conheça bem a criança

SINAIS DE QUE VALE AVALIAR LOGO

- Queda persistente no rendimento, apesar de esforço
- Recusa escolar, bilhetes e advertências frequentes
- Acidentes e riscos por impulsividade
- Isolamento, rejeição pelos colegas
- Falas como “sou burro” ou “não sirvo para nada”

CAPÍTULO 4

O mapa *da evidência*

Em 2025, uma revisão guarda-chuva publicada no BMJ reuniu mais de duzentas metanálises sobre tratamentos para o TDAH. A conclusão não pede revolução na prática. Pede prioridade: primeiro o que tem base sólida.

INTERVENÇÃO	EVIDÊNCIA	O QUE ELA MELHORA, E O QUE NÃO MELHORA
Medicação (estimulantes e não estimulantes)	ROBUSTA	Reduz os sintomas centrais no curto prazo. Faltam ensaios de longa duração, o que exige reavaliação periódica.
Treinamento parental comportamental	ROBUSTA	Melhora práticas parentais e problemas de comportamento. Efeito menor sobre sintomas centrais quando o avaliador é cego.
Intervenções comportamentais na escola e cartão diário	ROBUSTA	Aumenta engajamento e comportamento adequado em sala. Depende de aplicação consistente.
Treino de habilidades de organização	ROBUSTA	Melhora organização de materiais, gestão do tempo e lição de casa.
TCC para crianças e adolescentes	PROMISSORA	Efeitos favoráveis, com baixa certeza. Mais útil para dificuldades emocionais e funcionais associadas, sobretudo em adolescentes.
Intervenções para regulação emocional	PROMISSORA	Campo em crescimento. Programas com participação dos pais mostram os melhores sinais.
Atividade física regular	PROMISSORA	Benefício modesto sobre sintomas e funções executivas, com ganhos claros de saúde geral.
Higiene do sono	BOA PRÁTICA	Tratar o sono melhora o funcionamento diurno. Indispensável quando há queixa de sono.
Adaptações de prova (tempo extra, sala separada)	BOA PRÁTICA	Podem remover barreiras, mas a evidência de benefício específico é limitada. Individualizar e medir.
Treino cognitivo computadorizado e neurofeedback	FRACA	Melhora o desempenho na própria tarefa treinada. Sem efeito consistente sobre sintomas em avaliações cegas.
Dietas restritivas e suplementos como tratamento principal	FRACA	Efeitos pequenos ou ausentes. Não substituem tratamentos comprovados.

Fontes: Gosling et al., 2025 · Peterson et al., 2024 · Evans et al., 2018 · Cortese et al., 2018 · Sonuga-Barke et al., 2013 · Daley et al., 2014 · Lovett & Nelson, 2021 · Cortese et al., 2016.

Por onde começar, conforme a idade

As diretrizes não recomendam a mesma sequência para todas as idades. A ordem abaixo resume a orientação da Academia Americana de Pediatria e serve como ponto de partida para a conversa com a equipe.

FAIXA ETÁRIA	PRIMEIRO PASSO	EM SEGUIDA, CONFORME A NECESSIDADE
Pré-escolar **4 e 5 anos**	Treinamento parental comportamental e orientação à escola de educação infantil	Medicação apenas se o prejuízo moderado a grave persistir, com avaliação cuidadosa de risco e benefício
Idade escolar **6 a 11 anos**	Medicação associada a treinamento parental e a intervenções comportamentais em sala de aula	Treino de organização, apoio pedagógico, TCC para dificuldades emocionais associadas
Adolescência **12 a 17 anos**	Medicação, com a concordância do adolescente, associada a intervenções comportamentais e de organização	TCC, entrevista motivacional, plano escolar com participação do próprio adolescente

Fonte: Wolraich et al., 2019. A indicação é sempre individual e depende do grau de prejuízo, das condições associadas e das preferências da família.

> *A pergunta não é "remédio ou terapia?". É "qual combinação, para esta criança, nesta fase, com quais metas?".*

A RÉGUA DOS DESFECHOS CEGOS

Muitas intervenções "funcionam" quando quem avalia é o pai ou o professor que aplicou o método, e deixam de funcionar quando o avaliador não sabe quem recebeu o tratamento. Por isso, prefira medir com números: tarefas concluídas, bilhetes na agenda, minutos para começar a lição.

ANTES DE ADOTAR UM MÉTODO NOVO

- [ ] Há ensaio randomizado com avaliação cega?
- [ ] Mediu comportamento e notas, ou só satisfação?
- [ ] O efeito durou depois do fim da intervenção?
- [ ] Quem vende o método é quem o avaliou?
- [ ] Ele complementa ou substitui o que já é comprovado?

PARTE 2

Tratar: o *que fazer* e como

Tratamento eficaz no TDAH é ensino de habilidades com apoio do ambiente. Falar sobre a dificuldade ajuda pouco. Praticar a habilidade, no lugar onde ela é exigida, ajuda muito.

5	Terapia cognitivo-comportamental
6	Treinamento parental
7	Medicação: as dúvidas das famílias
8	Regulação emocional e frustração
9	Autoestima e relações sociais

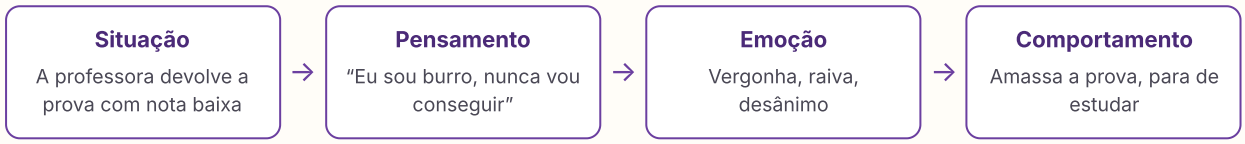
CAPÍTULO 5

Terapia *cognitivo-comportamental*

PROMISSORA Resultados favoráveis em crianças e adolescentes, especialmente no manejo de dificuldades emocionais, comportamentais e funcionais associadas ao TDAH. As técnicas isoladas não têm, necessariamente, evidência própria de eficácia.

A TCC é uma psicoterapia estruturada, colaborativa e orientada para objetivos. Parte de uma ideia simples: a forma como interpretamos uma situação influencia o que sentimos e o que fazemos. E nossos pensamentos nem sempre descrevem a realidade com precisão.

FLUXOGRAMA 2 · O CICLO QUE A TCC ENSINA A ENXERGAR



↻ O comportamento confirma o pensamento. A terapia entra em qualquer ponto do ciclo.

Com crianças, a TCC não se faz só conversando. Ela precisa respeitar o nível de desenvolvimento, usar recursos lúdicos e visuais, e incluir os adultos da rotina. O objetivo não é a criança falar sobre suas dificuldades. É praticar habilidades novas, com apoio, até que funcionem fora da sala de terapia.

Por que ela faz sentido no TDAH

A terapia deve ser organizada em torno de objetivos que importam para a vida do paciente, e não apenas da redução de comportamentos considerados inadequados. Primeiro se entende quais dificuldades estão presentes e como interferem no cotidiano. Depois se escolhem as ferramentas.

MECANISMO	O QUE SE TRABALHA	COMO APARECE NA PRÁTICA
Autorregulação	Interromper a resposta impulsiva e avaliar consequências	"Pare, pense, escolha" ensaiado com situações reais da semana
Organização e planejamento	Apoios externos, rotinas, divisão de tarefas	Calendário semanal, lista de saída, tarefa em blocos
Reestruturação cognitiva	Pensamentos de incapacidade, fracasso e rejeição	Procurar provas a favor e contra o "eu nunca consigo"
Resolução de problemas	Um procedimento passo a passo	Cinco passos aplicados a um conflito com um colega
Reforçamento positivo	Fortalecer o comportamento que se quer ver	Elogio específico e imediato, sistemas de pontos
Generalização	Levar a habilidade para casa e para a escola	Pais e professores sabem o que foi treinado e dão a dica na hora

Três técnicas para conhecer

1 · PLANEJAMENTO COM CALENDÁRIO E CRONOGRAMA

Para quê: organização do tempo, antecipação das atividades e cumprimento de tarefas. **Como:** construir *com* a criança um calendário semanal que inclua escola, lazer e responsabilidades. Revisar toda semana, sem bronca, e reagendar o que ficou para trás.

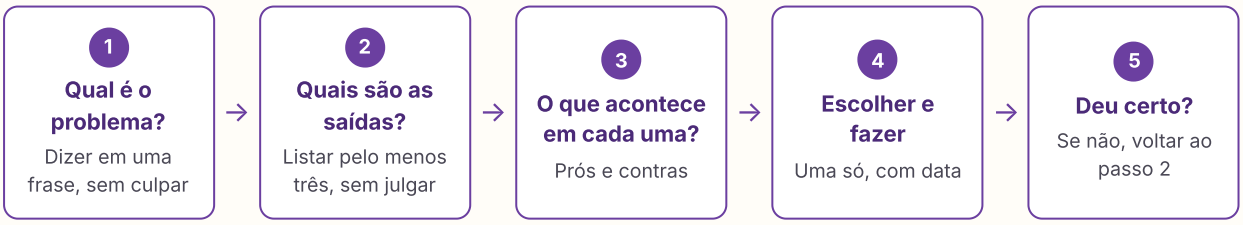
Exemplo: definir o horário de estudo, preparar a mochila na véspera e conferir juntos, à noite, o que foi combinado. Descrita no manual do terapeuta de Knapp e colaboradores (2002).

2 · TERMÔMETRO DA RAIVA

Para quê: reconhecer os gatilhos e perceber a emoção antes do pico. Perder um jogo, receber uma correção ou ter de interromper algo prazeroso são situações típicas. Nomear o nível em que se está abre espaço para escolher uma estratégia.

	COMO ESTOU	O QUE POSSO FAZER
5	**Furioso, sem controle.** Posso dizer ou fazer coisas de que vou me arrepender.	Sair de cena para o lugar combinado. Adulto fala pouco. Conversa só depois.
4	**Com muita raiva, "aquecido".** Está difícil me acalmar sozinho.	Pedir pausa com o cartão. Água, respiração, lugar tranquilo.
3	**Frustrado, irritado.** Tensão e impaciência.	Usar a estratégia treinada agora, antes que suba: respirar, contar, me afastar.
2	**Incomodado, chateado.** Ainda consigo conversar.	Dizer o que está incomodando. Pedir ajuda.
1	**Calmo, tranquilo.** Penso com clareza.	Melhor momento para treinar as estratégias e combinar o plano.

3 · RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS EM CINCO PASSOS



Aplicação clínica. Essas técnicas complementam o tratamento quando há dificuldades emocionais, comportamentais e sociais associadas. A escolha depende das necessidades de cada paciente e dos objetivos terapêuticos, e o que foi treinado na sessão precisa ser pedido, lembrado e reforçado em casa e na escola.

CAPÍTULO 6

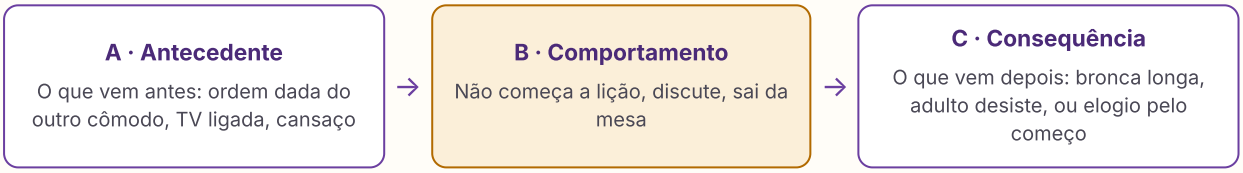
Treinamento parental: *a família como parte do tratamento*

EVIDÊNCIA ROBUSTA Programas estruturados de treinamento parental comportamental melhoram as práticas educativas e os problemas de comportamento. Em pré-escolares, são a primeira linha de tratamento.

O treinamento parental é uma das intervenções psicossociais mais importantes no TDAH. Não parte da ideia de que os pais erraram. Parte do fato de que criar uma criança com TDAH exige mais técnica do que criar uma criança sem TDAH, e técnica se aprende.

Em vez de depender de broncas repetidas, os responsáveis aprendem a identificar o comportamento que precisa ser desenvolvido, a criar ocasiões para ele acontecer e a responder de forma previsível.

FLUXOGRAMA 3 · O MODELO ABC: ONDE OS PAIS PODEM AGIR



A maior parte do ganho está em **A** (preparar o terreno) e em **C** (responder com consistência). Quase nada se resolve discutindo durante **B**.

Em vez de... tente...

EM VEZ DE	TENTE	POR QUÊ
"Quantas vezes vou ter que falar?"	Aproximar-se, chamar pelo nome, dar **uma** instrução curta	Instrução à distância não chega
"Arruma esse quarto."	"Coloque a roupa suja no cesto." Depois, o próximo passo.	Tarefa vaga não tem ponto de partida
"Você pode desligar isso?"	"Desligue em cinco minutos. Vou avisar quando faltar um."	Pergunta abre negociação. Aviso prévio reduz conflito
Elogiar só o boletim	"Você começou a lição sem eu pedir." Na hora.	Reforço distante não ensina
Castigo de uma semana, dado na raiva	Consequência curta, combinada antes, aplicada sempre	Consistência pesa mais que intensidade
Corrigir tudo ao mesmo tempo	Escolher uma ou duas metas por vez	Dez frentes abertas, nenhuma avança

PASSO A PASSO · COMO DAR UMA INSTRUÇÃO QUE FUNCIONA

1. **Chegue perto** — Pare o que está fazendo. Chame pelo nome e espere o olhar
2. **Uma instrução** — Curta, afirmativa, dizendo o que fazer, e não o que parar de fazer
3. **Espere em silêncio** — Cinco a dez segundos, sem repetir e sem explicar de novo
4. **Começou?** — Elogie o começo na hora. Não começou? Aplique o que foi combinado, com calma

Rotina visual: tirar a memória da cabeça e pôr na parede

Boa parte das brigas da manhã e da noite é, na verdade, falha de memória de trabalho. A criança não lembra a sequência, o adulto repete, o tom sobe. Um quadro com os passos na ordem, com figuras para os menores, transfere o lembrete do adulto para o ambiente.

EXEMPLO · MANHÃ EM SEIS PASSOS

- [ ] Levantar e ir ao banheiro
- [ ] Vestir o uniforme, separado na véspera
- [ ] Tomar café
- [ ] Escovar os dentes
- [ ] Calçar o tênis
- [ ] Pegar a mochila, pronta desde a noite anterior

PARA O QUADRO FUNCIONAR

- Montar junto com a criança
- Deixar na altura dos olhos, no lugar onde a rotina acontece
- Apontar para o quadro em vez de repetir a ordem
- Reconhecer cada manhã concluída sem lembretes
- Rever quando deixar de funcionar, porque a novidade se esgota

OS COMPONENTES QUE OS PROGRAMAS ENSINAM

- Tempo especial diário, curto e sem cobranças
- Atenção positiva e elogio específico
- Instruções eficazes
- Rotinas visuais para manhã, lição e hora de dormir
- Sistemas de pontos ou fichas
- Consequências previsíveis e proporcionais
- Planejamento para situações difíceis, como mercado e visitas

O QUE ESPERAR, COM HONESTIDADE

Os ganhos mais consistentes aparecem no clima familiar, na obediência e nos comportamentos opositores. O efeito sobre desatenção e hiperatividade, medido por avaliadores independentes, é menor.

O programa funciona enquanto é aplicado. Quando a família para, os ganhos tendem a diminuir. Vale planejar sessões de reforço.

Fontes: Evans et al., 2018 · Wolraich et al., 2019 · Daley et al., 2014 · Sonuga-Barke et al., 2013.

CAPÍTULO 7

Medicação: *as dúvidas das famílias*

EVIDÊNCIA ROBUSTA É a intervenção com maior efeito sobre os sintomas centrais no curto prazo. A decisão é individual, tomada com o médico, e deve ser revista periodicamente.

Nenhum tema gera tanta insegurança. E quase toda insegurança vem de duas fontes: informação ruim e pouca conversa. As respostas abaixo servem para preparar essa conversa, não para substituí-la.

A DÚVIDA	O QUE SE SABE
Quando a medicação entra?	Depende da idade e do prejuízo. Antes dos 6 anos, as diretrizes indicam começar pelo treinamento parental. A partir dos 6, medicação e intervenções comportamentais costumam ser combinadas quando o prejuízo é significativo.
Ela muda a personalidade?	Não deveria. Criança apática, "apagada" ou triste sugere dose ou medicamento inadequado. Isso deve ser comunicado ao médico, e não tolerado.
Quais efeitos adversos são mais comuns?	Redução do apetite, dificuldade para iniciar o sono, dor de cabeça e dor abdominal. Costumam ser manejáveis com ajuste de dose, horário ou formulação.
E o crescimento?	Pode haver pequeno efeito sobre peso e altura. Por isso se acompanham peso, altura, pressão arterial e frequência cardíaca nas consultas.
Aumenta o risco de dependência?	Estudos de seguimento não mostram aumento do risco de uso de substâncias com o tratamento adequado. O uso deve seguir a prescrição, e o medicamento fica sob guarda dos adultos.
Vai tomar para sempre?	Não necessariamente. A indicação é reavaliada ao longo do desenvolvimento, e pausas planejadas com o médico ajudam a verificar se o benefício continua.
Remédio resolve sozinho?	Reduz sintomas, o que abre espaço para aprender. Organização, hábitos de estudo e habilidades sociais continuam precisando ser ensinados.

Fontes: Wolraich et al., 2019 · NICE NG87 · Cortese et al., 2018 · Humphreys et al., 2013 · Faraone et al., 2021 · Gosling et al., 2025.

O QUE OBSERVAR NAS PRIMEIRAS SEMANAS

- [ ] Apetite no almoço e no jantar
- [ ] Horário em que adormece
- [ ] Humor no fim da tarde
- [ ] O que a escola percebeu, sem avisar a data de início, se possível
- [ ] Uma ou duas metas combinadas com o médico

PERGUNTAS PARA LEVAR AO MÉDICO

- Qual é o objetivo deste medicamento para o meu filho?
- Em quanto tempo esperamos ver resultado?
- O que faço se ele não almoçar ou não dormir?
- Usa nos fins de semana e nas férias?
- Quando reavaliamos?

> *A medicação não ensina nada. Ela melhora as condições para que a criança aproveite o que a família, a escola e a terapia ensinam.*

CAPÍTULO 8

Regulação emocional *e manejo da frustração*

PROMISSORA Intervenções específicas de regulação emocional em crianças e adolescentes com TDAH mostram resultados favoráveis, em um campo ainda em construção.

Regular a emoção é reconhecer o que se sente, entender de onde vem e ajustar a intensidade ao que a situação pede. No TDAH, a mesma dificuldade de frear um impulso motor aparece para frear uma reação emocional. A emoção sobe rápido, vai alto e demora a baixar.

Estima-se que entre um quarto e quase metade das crianças com TDAH tenha desregulação emocional clinicamente relevante. Em muitas famílias, é ela, e não a desatenção, o que mais pesa no dia a dia.

Antes, durante e depois

A maior parte do trabalho acontece longe da crise. Durante a explosão, o cérebro não aprende. Aprende antes, quando se prepara, e depois, quando se repara.

MOMENTO	O QUE ESTÁ ACONTECENDO	O QUE O ADULTO FAZ	O QUE EVITAR
Antes	Gatilhos previsíveis: perder, ser corrigido, esperar a vez, parar o que gosta	Avisa a transição, combina o plano, mostra a rotina, treina a estratégia com a criança calma	Surpresas, ordens em cima da hora
Subindo	Sinais do corpo: voz mais alta, punhos fechados, rosto vermelho	Nomeia a emoção, oferece a pausa combinada, reduz a exigência por alguns minutos	Ironia, plateia, “não é para tanto”
No pico	Pouca capacidade de raciocinar e de escutar	Garante segurança, fala pouco e baixo, espera	Argumentar, ameaçar, dar sermão
Depois	Cansaço, vergonha, às vezes arrependimento	Retoma o vínculo, conversa curta sobre o que tentar na próxima vez, repara o dano	Reabrir o assunto por dias, rotular a criança

O QUE DIZER QUANDO ESTÁ SUBINDO

“Estou vendo que isso te deixou com muita raiva. Quer usar a pausa agora? Eu fico aqui.”

O QUE DIZER DEPOIS

“Foi difícil perder o jogo. Da próxima vez, o que você pode fazer quando chegar no 3 do termômetro?”

A TCC contribui com reconhecimento das emoções, identificação de pensamentos automáticos, resolução de problemas e ensaio de respostas alternativas. A revisão de Breaux e colaboradores (2026) descreve também protocolos transdiagnósticos, terapia comportamental dialética adaptada e intervenções baseadas em mindfulness. Em todos, a participação dos responsáveis é o que leva a habilidade para fora da sessão.

Quando a irritabilidade pede outra avaliação. Explosões diárias, humor irritado na maior parte do tempo, agressividade com risco, tristeza persistente ou falas de desvalor merecem investigação de condições associadas, como ansiedade, depressão e transtorno opositor.

Fontes: Breaux et al., 2026 · Shaw et al., 2014 · Evans et al., 2018.

CAPÍTULO 9

Autoestima, relações sociais *e participação*

BOA PRÁTICA Intervenções individualizadas, com evidência específica variável conforme os objetivos terapêuticos.

Uma criança com TDAH escuta, ao longo de um dia comum, muito mais correções do que elogios. Esquecimentos, tarefas incompletas, conflitos e advertências se somam. Com o tempo, a conclusão que ela tira não é "tenho dificuldade para me organizar". É "tem algo errado comigo".

Isso não é destino. O diagnóstico não determina baixa autoestima nem dificuldade social. Esses prejuízos precisam ser investigados caso a caso, considerando a história de desenvolvimento, a experiência escolar e as relações em casa e com os amigos.

Do pensamento rígido à explicação realista

O QUE A CRIANÇA DIZ	O QUE A TERAPIA INVESTIGA	UMA VERSÃO MAIS REALISTA
"*Eu nunca consigo.*"	Nunca mesmo? Quando foi a última vez que conseguiu? O que tinha de diferente?	"Eu consigo quando divido em partes e alguém confere comigo."
"*Sou pior que meus colegas.*"	Em tudo? No que você é igual? No que é melhor?	"Sou mais lento para copiar e rápido para ter ideias."
"*Ninguém gosta de mim.*"	Quem te chamou para brincar este mês? O que aconteceu antes da briga?	"Alguns colegas se afastam quando eu interrompo. Posso treinar esperar."
"*A professora me odeia.*"	O que ela disse exatamente? Houve um dia em que foi diferente?	"Ela me corrige bastante. E elogiou meu trabalho de ciências."

O QUE PROTEGE A AUTOESTIMA

- Um território de competência: esporte, música, desenho, programação, cozinha
- Elogio pelo processo, não pelo talento
- Proporção de pelo menos três comentários positivos para cada correção
- Explicar o TDAH para a criança em linguagem que ela entenda
- Responsabilidades reais em casa, do tamanho certo

RELAÇÕES COM OS COLEGAS

O treino de habilidades sociais feito apenas no consultório tem resultado fraco. Funciona melhor quando é praticado onde a dificuldade acontece.

- Encontros curtos, com um colega, com atividade estruturada
- Combinar antes uma meta: esperar a vez, aceitar a sugestão do outro
- Adulto por perto para dar a dica na hora
- Conversa breve depois: o que funcionou?

Fontes: Evans et al., 2018 · Friedberg & McClure, 2019.

PARTE 3

Na escola: *remover barreiras*, manter a exigência

Adaptar não é facilitar. É mudar o caminho para que o aluno mostre o que sabe, sem mudar o que se espera que ele aprenda.

10	Orientação escolar
11	Adaptações de atividades e provas
12	Direitos educacionais

CAPÍTULO 10

Orientação escolar: *estratégias que favorecem a aprendizagem*

EVIDÊNCIA ROBUSTA

Intervenções comportamentais escolares estruturadas promovem comportamentos adaptativos e maior envolvimento dos estudantes nas atividades acadêmicas.

A sala de aula exige, o tempo todo, exatamente o que o TDAH dificulta: atenção sustentada, organização, planejamento, controle do impulso e noção de tempo. A boa notícia é que pequenas mudanças na forma de ensinar têm efeito grande, e costumam ajudar a turma inteira.

A DIFICULDADE	A ESTRATÉGIA	EXEMPLO
Perde-se em explicações longas	Instruções curtas, uma etapa por vez, por escrito e em voz alta	Três passos numerados no canto do quadro
Não começa a tarefa	Ajudar no primeiro item e conferir em dois minutos	“Faça a primeira comigo. Já volto para ver a segunda.”
Não termina	Dividir a atividade em blocos com verificação entre eles	Folha dobrada, cinco questões de cada vez
Esquece material e prazos	Agenda conferida por um adulto, lista de saída, um só lugar para registrar	Checklist colado na mochila
Levanta, fala, interrompe	Movimento autorizado e combinados claros	Ajudante do dia, sinal discreto com a professora
Distrai-se com tudo	Lugar perto da professora, longe de porta e janela	Dupla com colega organizado
Desanima rápido	Retorno imediato e frequente sobre o que acertou	Visto a cada bloco concluído

O cartão diário casa–escola

É a intervenção escolar com mais pesquisa no TDAH, e uma das mais baratas. Duas ou três metas observáveis, avaliadas pelo professor ao longo do dia, com retorno e recompensa em casa.

FLUXOGRAMA 4 · COMO O CARTÃO FUNCIONA



EXEMPLOS DE METAS QUE FUNCIONAM

- Começou a atividade em até dois minutos
- Concluiu pelo menos 80% do exercício
- Levantou a mão antes de falar, com no máximo dois lembretes
- Anotou a lição na agenda
- Trouxe o material da aula

METAS QUE NÃO FUNCIONAM

- "Comportar-se bem"
- "Prestar atenção"
- "Ser mais responsável"
- "Não atrapalhar a aula"

São vagas, dependem da interpretação de cada professor e não dizem à criança o que fazer.

Três erros que fazem o cartão fracassar. Metas vagas, como "comportar-se bem". Metas difíceis demais logo de início, de modo que a criança nunca ganha. E usar o cartão como bilhete de reclamação. Ele existe para registrar acertos.

Organização e lição de casa

Programas que ensinam, de forma explícita, a organizar materiais, registrar tarefas e planejar o tempo têm bons resultados em ensaios randomizados. A habilidade é ensinada passo a passo, conferida todos os dias e reforçada, como qualquer outro conteúdo.

CHECKLIST DE SAÍDA DA SALA

- [ ] Anotei a lição de todas as matérias
- [ ] Peguei os livros e cadernos de que vou precisar
- [ ] Guardei as folhas soltas na pasta
- [ ] Conferi estojo e agasalho
- [ ] Mostrei a agenda para a professora

EM VEZ DE "PRESTA ATENÇÃO!"

"Pedro, estamos na questão 3. Faça até a 5 e me mostre."

EM VEZ DE "VOCÊ DE NOVO?"

Aproximar-se, tocar de leve na carteira e apontar a etapa no quadro, sem interromper a aula.

Fontes: Evans et al., 2018 · Wolraich et al., 2019 · Pyle & Fabiano, 2017 · Abikoff et al., 2013.

CAPÍTULO 11

Adaptação de atividades *e avaliações*

BOA PRÁTICA Prática clínica e educacional recomendada, com evidência específica variável conforme o tipo de adaptação.

As adaptações pedagógicas existem para reduzir barreiras que impedem o aluno de participar e de demonstrar o que aprendeu. No TDAH, essas barreiras costumam estar na manutenção da atenção, no planejamento, na organização da resposta e na gestão do tempo.

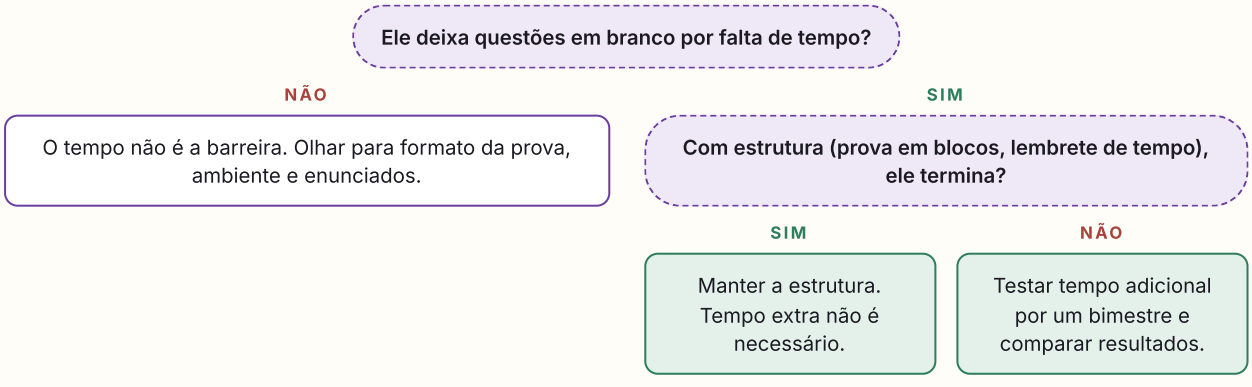
Adaptar uma atividade não significa diminuir a exigência. Significa oferecer condições mais adequadas para que o conhecimento apareça.

ADAPTAÇÃO	QUANDO FAZ SENTIDO	COMO SABER SE AJUDOU
Prova em blocos	O aluno erra por cansaço nas últimas questões	Comparar acertos do início e do fim
Enunciados diretos, um comando por item	Erra por não ler tudo ou por pular parte do comando	Menos respostas incompletas
Ambiente com menos distração	Perde tempo olhando em volta, reage a ruídos	Mais questões respondidas no mesmo tempo
Tempo adicional	Sabe o conteúdo, mas não chega ao fim da prova	Usa o tempo extra para responder mais, e a nota sobe
Leitura do enunciado pelo aplicador	Há dificuldade de leitura associada	Diferença entre desempenho oral e escrito diminui
Avaliação oral ou por projeto	Grande distância entre o que explica falando e o que escreve	Nota mais próxima do que o professor percebe em aula

Tempo adicional: decidir, não presumir

O tempo extra é a adaptação mais pedida e uma das menos estudadas. Ele não deve ser indicado automaticamente pela existência do diagnóstico. Para muitos alunos com TDAH, mais tempo sentado é apenas mais tempo distraído.

FLUXOGRAMA 5 · O ALUNO PRECISA DE TEMPO ADICIONAL?



Fontes: NICE NG87 · Wolraich et al., 2019 · Lovett & Nelson, 2021.

CAPÍTULO 12

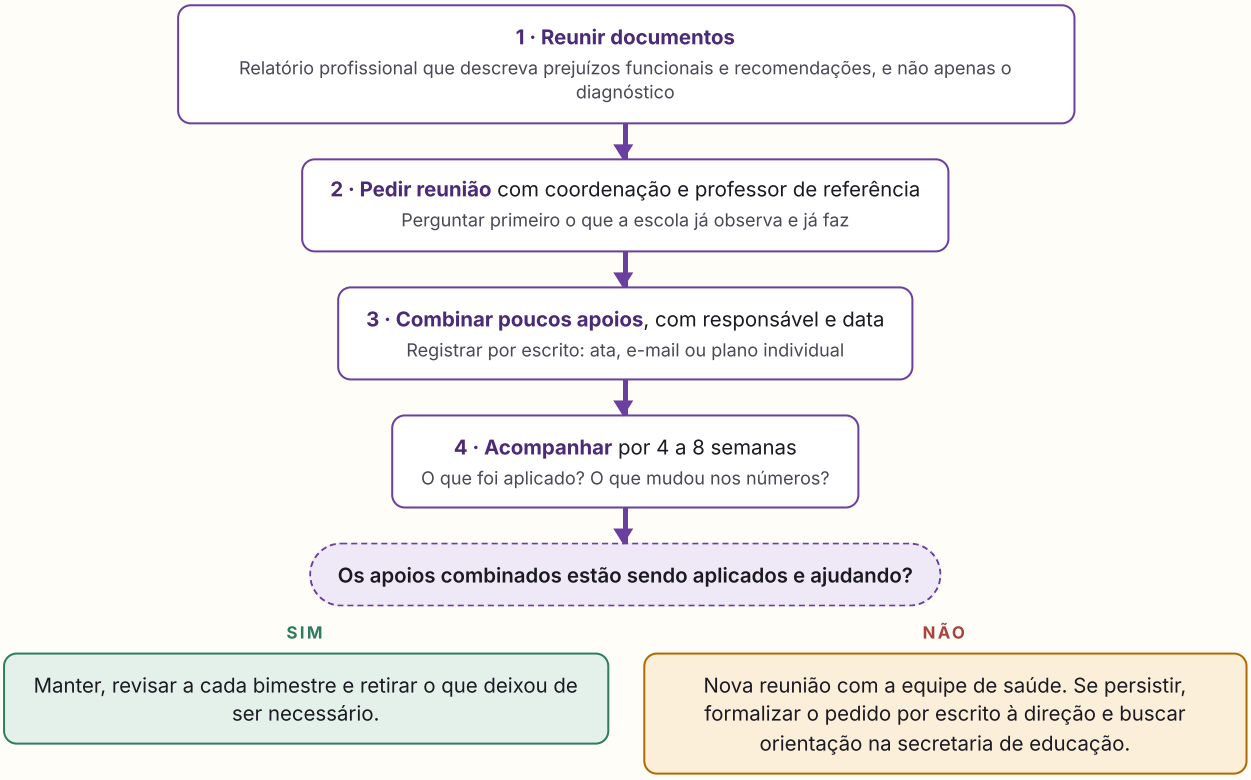
Direitos educacionais *e acesso aos apoios*

BASE LEGAL Fundamentação legal e científica. O conteúdo jurídico deste capítulo deve ser confirmado com orientação especializada antes de embasar pedidos formais.

No Brasil, a **Lei nº 14.254, de 2021**, trata do acompanhamento integral de estudantes com TDAH, dislexia e outros transtornos de aprendizagem. Ela prevê identificação precoce, encaminhamento para diagnóstico, apoio educacional na rede de ensino e articulação com os serviços de saúde.

A lei reconhece a necessidade. Ela não lista, item por item, quais adaptações cada aluno deve receber. Ter o diagnóstico não torna todas as adaptações possíveis automaticamente necessárias, nem juridicamente asseguradas em qualquer circunstância. A definição dos apoios considera a legislação aplicável, as regras da rede ou da instituição e, principalmente, as necessidades funcionais do estudante.

FLUXOGRAMA 6 · ROTEIRO DA FAMÍLIA PARA CONVERSAR COM A ESCOLA



O QUE UM BOM RELATÓRIO CONTÉM

- [ ] Como a dificuldade aparece na sala de aula
- [ ] O que já foi tentado e com que resultado
- [ ] Três a cinco recomendações objetivas
- [ ] Como medir se funcionou
- [ ] Contato do profissional para diálogo com a escola

DIREITO AO APOIO NÃO É PROVA DE EFICÁCIA

A revisão sistemática de Lovett e Nelson (2021) mostrou que muitas adaptações amplamente usadas ainda têm pouca evidência experimental de benefício específico no TDAH. Isso não é argumento para negar apoio. É argumento para individualizar, acompanhar e ajustar.

Fontes: Brasil, Lei nº 14.254/2021 · Lovett & Nelson, 2021 · Gosling et al., 2025.

PARTE 4

Vida diária *e fases da vida*

O tratamento acontece em poucas horas por semana. A vida acontece nas outras cento e sessenta. Sono, movimento, telas e as mudanças de cada fase entram na conta.

13	Sono, movimento, telas e alimentação
14	Adolescência: o que muda
15	Meninas: o TDAH que passa despercebido

CAPÍTULO 13

Sono, movimento, *telas e alimentação*

BOA PRÁTICA Promoção de hábitos saudáveis, com evidência variável para redução dos sintomas centrais. Essas medidas não substituem os tratamentos específicos, e fazem diferença no funcionamento do dia.

HÁBITO	POR QUE IMPORTA NO TDAH	O QUE FAZER	SINAL DE ALERTA
Sono	Dormir mal piora atenção, organização e regulação emocional. Problemas de sono são frequentes no TDAH.	Horários regulares, inclusive no fim de semana. Rotina de 30 a 40 minutos antes de deitar. Quarto escuro e sem telas.	Demora mais de 30 a 40 minutos para dormir, ronco, sonolência diurna
Atividade física	Benefício modesto sobre sintomas e funções executivas. Ganho claro em humor, saúde e convivência.	Algo de que a criança goste, várias vezes por semana. Prazer e regularidade pesam mais que a modalidade.	Sedentarismo, abandono repetido por frustração
Telas	O problema é o que elas deslocam: sono, lição, conversa, brincadeira.	Olhar horário, conteúdo e contexto, além do total de horas. Fora do quarto à noite. Fim combinado com aviso prévio.	Briga diária para desligar, queda no sono, perda de interesse por outras atividades
Alimentação	Rotina alimentar sustenta energia e humor. A medicação pode reduzir o apetite.	Café da manhã reforçado, lanche disponível, jantar mais tarde se necessário. Acompanhar peso e altura.	Perda de peso, pular refeições com frequência

FLUXOGRAMA 7 · A ÚLTIMA HORA DO DIA



TELAS: PERGUNTAS MELHORES QUE "QUANTAS HORAS?"

- A que horas? Tela à noite custa sono.
- O quê? Vídeos curtos em sequência são diferentes de um filme.
- Com quem? Jogar junto é diferente de jogar isolado.
- No lugar de quê? O que deixou de acontecer?

DIETAS E SUPLEMENTOS

Dietas de exclusão e suplementos mostram efeitos pequenos ou ausentes quando avaliados de forma cega, e dietas restritivas trazem riscos nutricionais. Não devem ser usados como substitutos de tratamentos fundamentados em evidências.

Fontes: Peterson et al., 2024 · NICE NG87 · Hiscock et al., 2015 · Cerrillo-Urbina et al., 2015 · Sonuga-Barke et al., 2013.

CAPÍTULO 14

Adolescência: *o que muda*

A agitação visível diminui. A desorganização, a procrastinação e os riscos aumentam, bem na fase em que os adultos esperam autonomia e o adolescente recusa supervisão.

NA INFÂNCIA	NA ADOLESCÊNCIA	O QUE AJUSTAR
Agitação motora, sair do lugar	Inquietação interna, tédio, celular	Aulas com participação ativa, pausas combinadas
Um professor, uma rotina	Vários professores, vários sistemas	Um único lugar para registrar tudo. Um adulto de referência na escola
A família organiza o material	Espera-se que ele se organize	Retirar o apoio aos poucos, e não de uma vez
A recompensa vem do adulto	A motivação precisa ser negociada	Metas escolhidas com ele, ligadas ao que ele quer
O adulto decide o tratamento	Ele questiona o remédio e a terapia	Incluí-lo nas decisões. Escutar os motivos antes de argumentar
Riscos: quedas, machucados	Riscos: trânsito, substâncias, internet, sexualidade	Conversa franca, regras claras, supervisão proporcional

DE FISCAL A CONSULTOR

A supervisão que funcionava aos 8 anos provoca guerra aos 15. O adulto deixa de conferir tudo e passa a fazer uma reunião semanal curta, de 15 minutos, com três perguntas.

- O que você tem para entregar esta semana?
- Qual é o seu plano?
- Em que você quer ajuda?

PROGRAMAS COM EVIDÊNCIA NESSA FAIXA

Intervenções de organização e planejamento aplicadas na escola e programas de terapia comportamental que reúnem pais e adolescente, com entrevista motivacional, mostraram ganhos em organização, lição de casa e funcionamento familiar em ensaios randomizados.

> *O adolescente com TDAH costuma ter a idade cronológica de quem pede a chave do carro e a organização de alguém alguns anos mais novo. O apoio precisa acompanhar a segunda, sem ofender a primeira.*

Fontes: Evans et al., 2018 · Faraone et al., 2024 · Sibley et al., 2022.

CAPÍTULO 15

Meninas: o *TDAH que passa despercebido*

A imagem clássica do TDAH é a do menino que não para quieto. Quem não cabe nessa imagem demora mais para ser visto.

Meninas com TDAH apresentam com mais frequência o quadro predominantemente desatento e menos comportamento disruptivo em sala. Não atrapalham a aula, logo não são encaminhadas. Muitas compensam com esforço extra, copiam de colegas, estudam o dobro do tempo e chegam em casa exaustas.

COMO COSTUMA APARECER

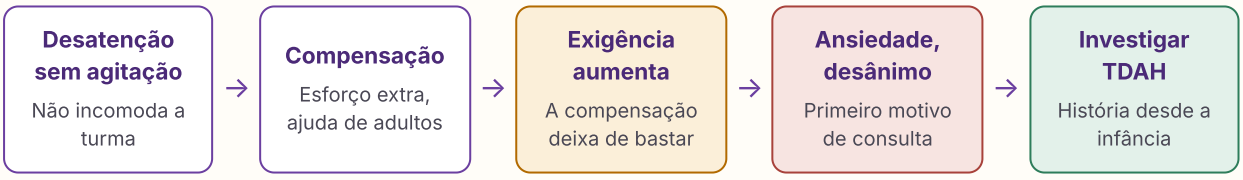
- "Vive no mundo da lua"
- Fala muito, mais do que se movimenta
- Desorganização escondida por capricho aparente
- Notas boas à custa de horas de estudo e de ajuda constante
- Sensibilidade intensa a críticas e a rejeição
- Queda de rendimento quando a exigência aumenta, no fim do fundamental ou no ensino médio

O CUSTO DE CHEGAR TARDE

Quando o TDAH não é reconhecido, o que chama atenção primeiro costuma ser a consequência: ansiedade, tristeza, baixa autoestima, conflitos com amigas. Trata-se a consequência e a causa continua sem nome.

Diante de uma menina ansiosa, esforçada e sempre atrasada com as tarefas, vale perguntar sobre atenção e organização desde os primeiros anos de escola.

FLUXOGRAMA 8 · POR QUE O DIAGNÓSTICO ATRASA



Fontes: Hinshaw et al., 2022 · Young et al., 2020 · Faraone et al., 2021.

PARTE 5

Cuidado *integrado*

Cinco profissionais atendendo a mesma criança sem conversar entre si não formam uma equipe. Formam uma agenda cheia.

16	Quem faz o quê na equipe
17	Dúvidas frequentes
18	Os primeiros 30 dias
19	Formare Saúde

CAPÍTULO 16

Intervenção interdisciplinar: *quem faz o quê*

BOA PRÁTICA Fundamentada em diretrizes clínicas. A eficácia depende das intervenções selecionadas e dos desfechos avaliados.

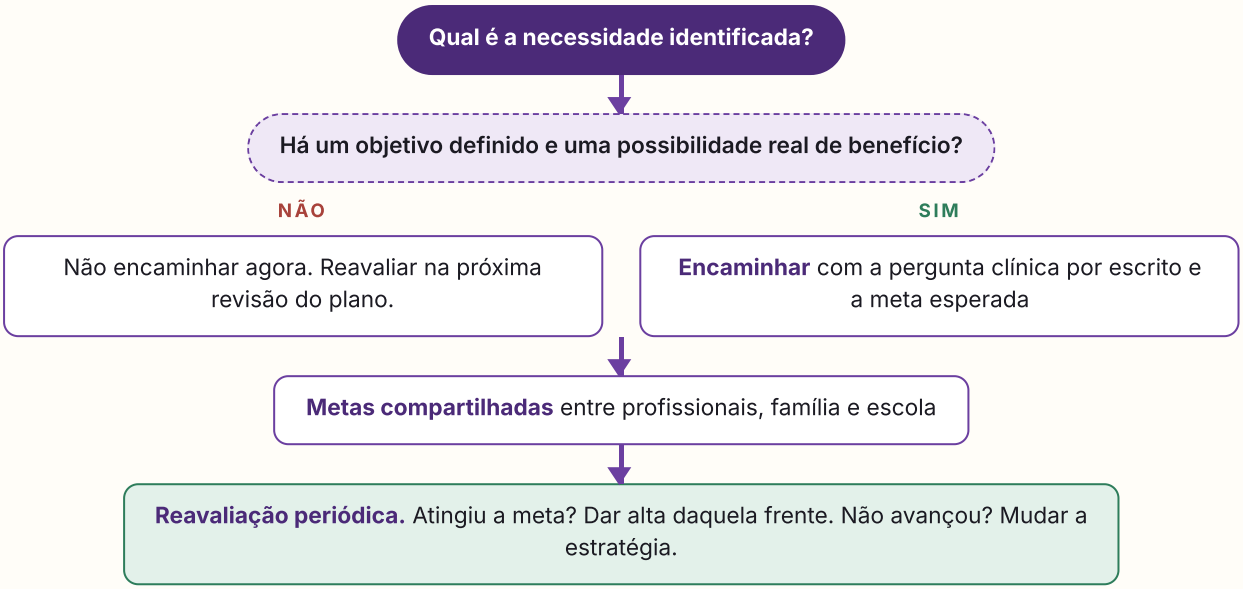
O tratamento do TDAH olha para os sintomas e também para o que eles provocam: na aprendizagem, na autonomia, nas relações e na participação. Como esse impacto varia de uma criança para outra, o plano é individual. Algumas precisam sobretudo de manejo comportamental. Outras, de apoio para a organização escolar, para a regulação emocional ou para dificuldades de aprendizagem associadas.

Intervenção interdisciplinar não é soma de atendimentos. É a identificação das necessidades prioritárias e a articulação de objetivos entre os profissionais envolvidos.

ÁREA	CONTRIBUIÇÃO	QUANDO ENCAMINHAR
Medicina	Avaliação clínica, diagnóstico diferencial, condições associadas, indicação e monitoramento de medicação	Na suspeita diagnóstica e sempre que houver prejuízo significativo
Psicologia	Intervenções comportamentais e cognitivas, treinamento parental, estratégias compensatórias, psicoterapia	Problemas de comportamento, desregulação emocional, baixa autoestima, conflitos familiares
Neuropsicologia	Mapeia forças e dificuldades cognitivas e orienta recomendações individualizadas	Dúvida sobre o perfil cognitivo, suspeita de transtorno de aprendizagem, planejamento escolar
Psicopedagogia	Intervenção em dificuldades acadêmicas específicas e hábitos de estudo	Defasagem em leitura, escrita ou matemática, falta de método de estudo
Terapia ocupacional	Desempenho nas atividades do dia a dia, autonomia, participação	Dificuldade com rotina, autocuidado, coordenação motora, organização de materiais
Fonoaudiologia	Linguagem, comunicação, leitura e escrita	Atraso de fala ou de linguagem, suspeita de dislexia
Escola e família	Ambientes onde as habilidades são praticadas e incorporadas	Sempre. Participam do plano desde o início

Importante. A avaliação neuropsicológica não é, isoladamente, um exame que confirma ou exclui o diagnóstico de TDAH. E nem toda criança ou adolescente com TDAH precisa de todas essas especialidades.

FLUXOGRAMA 9 · ENCAMINHAR POR NECESSIDADE, NÃO POR HÁBITO



SINAIS DE QUE A EQUIPE ESTÁ DE FATO INTEGRADA

- [ ] Existe um plano único, escrito, que a família conhece
- [ ] Os profissionais conversam entre si, e não só por meio dos pais
- [ ] A escola sabe quais são as metas do trimestre
- [ ] Cada atendimento tem objetivo e critério de alta
- [ ] Há data marcada para rever o conjunto

Fontes: Wolraich et al., 2019 · Peterson et al., 2024 · NICE NG87.

CAPÍTULO 17

Dúvidas *frequentes*

Devo contar ao meu filho que ele tem TDAH?

Sim, em linguagem adequada à idade. Crianças percebem que são diferentes e, sem explicação, criam a sua: “sou burro”, “sou chato”. Uma explicação honesta, como “seu cérebro tem um acelerador forte e um freio que ainda está em treino”, protege a autoestima e aumenta a adesão ao tratamento.

E os irmãos? Regras diferentes não são injustas?

Justo não é dar o mesmo a todos. É dar a cada um o que precisa. Vale explicar isso aos irmãos e garantir a eles tempo individual com os pais, para que o TDAH não ocupe toda a atenção da casa.

Recompensar não é comprar o comportamento?

No TDAH, a motivação interna para tarefas longas e pouco interessantes é mais fraca. A recompensa externa funciona como andaime: sustenta o comportamento enquanto o hábito se forma, e é retirada aos poucos. Reconhecimento e privilégios costumam funcionar melhor do que presentes.

A lição de casa virou guerra. O que faço?

Horário e lugar fixos, celular fora do alcance, tarefa dividida em blocos de 10 a 20 minutos com pausas curtas, e um adulto por perto no começo. Se ainda assim a lição toma a noite inteira, converse com a escola sobre quantidade e formato.

Por quanto tempo dura o tratamento?

O TDAH acompanha o desenvolvimento, e o tratamento também. As necessidades mudam: o que era essencial aos 7 anos pode ser dispensável aos 12, e novas demandas aparecem. Por isso o plano tem metas e datas de revisão, em vez de duração fixa.

Meu filho tem TDAH. Eu também posso ter?

É possível. A herdabilidade é alta, e muitos pais se reconhecem durante a avaliação do filho. Vale buscar avaliação, porque um adulto com TDAH não tratado tem mais dificuldade para manter as rotinas que o tratamento da criança exige.

Neurofeedback, treino cerebral e aplicativos de atenção funcionam?

Em estudos com avaliação cega, não mostraram efeito consistente sobre os sintomas do TDAH. A criança melhora na tarefa treinada, sem que isso se transfira para a sala de aula. Não devem ocupar o lugar, o tempo ou o orçamento do que tem evidência.

Como saber se o tratamento está funcionando?

Escolha no início duas ou três metas concretas e mensuráveis, como “começar a lição em até cinco minutos” ou “menos de dois bilhetes por semana”, e compare depois de seis a oito semanas. Impressão geral engana. Número ajuda.

CAPÍTULO 18

Os primeiros *30 dias*

Um plano enxuto para sair do diagnóstico e entrar na prática. Pouca coisa por semana, feita de verdade.

1 · Semana 1 · Entender
Ler sobre TDAH. Explicar o diagnóstico à criança. Registrar por 7 dias as três situações mais difíceis.

→

2 · Semana 2 · Estruturar a casa
Rotina visual da manhã e da noite. Lugar e horário da lição. Tempo especial diário de 10 minutos.

→

3 · Semana 3 · Alinhar a escola
Reunião com relatório em mãos. Dois ou três apoios combinados. Iniciar o cartão diário.

→

4 · Semana 4 · Medir e ajustar
Comparar com os registros da semana 1. Rever metas com a equipe. Marcar a próxima revisão.

EM CASA

- [ ] Rotina visível na parede
- [ ] Uma instrução por vez, de perto
- [ ] Elogio específico todos os dias
- [ ] Consequências combinadas antes
- [ ] Horário de sono regular
- [ ] Telas fora do quarto à noite

NA ESCOLA

- [ ] Lugar perto do professor
- [ ] Instruções em etapas, por escrito
- [ ] Tarefas e provas em blocos
- [ ] Cartão diário com 2 ou 3 metas
- [ ] Agenda conferida por um adulto
- [ ] Revisão a cada bimestre

COM A EQUIPE

- [ ] Plano único e escrito
- [ ] Metas mensuráveis
- [ ] Profissionais em contato
- [ ] Escola informada das metas
- [ ] Data de reavaliação marcada
- [ ] Critério de alta por frente

> *Não tente fazer tudo. Escolha três coisas, faça por um mês e meça. Consistência em pouco vale mais do que entusiasmo em muito.*

CAPÍTULO 19

Formare Saúde: *ciência, experiência clínica e cuidado integrado*

Acompanhar uma criança ou um adolescente com TDAH exige mais do que intervenções isoladas. Exige entender como as dificuldades cognitivas, emocionais, comportamentais e acadêmicas se relacionam, e agir sobre o conjunto.

A Formare Saúde reúne experiência clínica e atuação interdisciplinar para oferecer um cuidado integrado, individualizado e fundamentado em evidências científicas. Avaliação neuropsicológica, psicologia, psicopedagogia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e outras especialidades são articuladas conforme a necessidade de cada paciente, e não por protocolo fixo.

UM PLANO, VÁRIOS OLHARES

Os profissionais definem objetivos terapêuticos em conjunto e acompanham a evolução de forma contínua, para que as intervenções apontem na mesma direção.

FAMÍLIA DENTRO DO PROCESSO

Os responsáveis participam ativamente, recebem orientação prática e sabem o que está sendo trabalhado e por quê.

PONTE COM A ESCOLA

A articulação com a escola leva as estratégias para o lugar onde boa parte das dificuldades acontece.

O propósito é integrar conhecimentos, alinhar intervenções e transformar evidência científica em estratégia aplicável à vida cotidiana.

> *O cuidado efetivo no TDAH não depende apenas de ter diferentes profissionais. Depende de trabalharem de forma coordenada, com objetivos claros e foco no desenvolvimento, na autonomia e na qualidade de vida do paciente e de sua família.*

Referências

Abikoff, H., Gallagher, R., Wells, K. C., et al. (2013). Remediating organizational functioning in children with ADHD: Immediate and long-term effects from a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(1), 113–128.

Beck, J. S. (2022). *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática* (3ª ed.). Artmed.

Brasil. (2021). Lei nº 14.254, de 30 de novembro de 2021. Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem.

Breaux, R., Majusiak, C., Cash, A. R., Pham, S. N., & Le, M. (2026). Review of emotion regulation psychosocial interventions for children and adolescents with ADHD. *Brain Sciences*, 16(6), 560.

Cerrillo-Urbina, A. J., García-Hermoso, A., Sánchez-López, M., et al. (2015). The effects of physical exercise in children with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *Child: Care, Health and Development*, 41(6), 779–788.

Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., et al. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 727–738.

Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., et al. (2016). Neurofeedback for attention-deficit/hyperactivity disorder: Meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(6), 444–455.

Daley, D., van der Oord, S., Ferrin, M., et al. (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(8), 835–847.

Evans, S. W., Owens, J. S., Wymbs, B. T., & Ray, A. R. (2018). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 157–198.

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., et al. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789–818.

Faraone, S. V., Bellgrove, M. A., Brikell, I., et al. (2024). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 10, Article 11.

Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 24(4), 562–575.

Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2019). *A prática clínica da terapia cognitiva com crianças e adolescentes* (2ª ed.). Artmed.

Gosling, C. J., Garcia-Argibay, M., De Prisco, M., et al. (2025). Benefits and harms of ADHD interventions: Umbrella review and platform for shared decision making. *BMJ*, 391, e085875.

Hinshaw, S. P., Nguyen, P. T., O'Grady, S. M., & Rosenthal, E. A. (2022). Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: Underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 484–496.

Hiscock, H., Sciberras, E., Mensah, F., et al. (2015). Impact of a behavioural sleep intervention on symptoms and sleep in children with attention deficit hyperactivity disorder, and parental mental health: Randomised controlled trial. *BMJ*, 350, h68.

Humphreys, K. L., Eng, T., & Lee, S. S. (2013). Stimulant medication and substance use outcomes: A meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 70(7), 740–749.

Knapp, P., Rohde, L. A., Lyszkowski, L., & Johannpeter, J. (2002). *Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Manual do terapeuta*. Artmed.

Lovett, B. J., & Nelson, J. M. (2021). Systematic review: Educational accommodations for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(4), 448–457.

National Institute for Health and Care Excellence. (2018, com atualizações). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management* (NG87).

Peterson, B. S., Trampush, J., Maglione, M., et al. (2024). Treatments for ADHD in children and adolescents: A systematic review. *Pediatrics*, 153(4), e2024065787.

Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948.

Pyle, K., & Fabiano, G. A. (2017). Daily report card intervention and attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of single-case studies. *Exceptional Children*, 83(4), 378–395.

Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276–293.

Sibley, M. H., Arnold, L. E., Swanson, J. M., et al. (2022). Variable patterns of remission from ADHD in the Multimodal Treatment Study of ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 179(2), 142–151.

Sonuga-Barke, E. J. S., Brandeis, D., Cortese, S., et al. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry*, 170(3), 275–289.

Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Allan, C., et al. (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 144(4), e20192528.

Wolraich, M. L., Wilson, D. B., & White, J. W. (1995). The effect of sugar on behavior or cognition in children: A meta-analysis. *JAMA*, 274(20), 1617–1621.

Young, S., Adamo, N., Ásgeirsdóttir, B. B., et al. (2020). Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry*, 20, 404.