RGe ISSN: 2177-3246

MEDICALIZAÇÃO, SAÚDE MENTAL E TDAH NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: IMPLICAÇÕES EDUCACIONAIS, SOCIAIS E TRANSDISCIPLINARES

MEDICALIZATION, MENTAL HEALTH, AND ADHD IN CONTEMPORARY BRAZIL: EDUCATIONAL, SOCIAL, AND TRANSDISCIPLINARY IMPLICATIONS

MEDICALIZACIÓN, SALUD MENTAL Y TDAH EN EL BRASIL CONTEMPORÁNEO: IMPLICACIONES EDUCATIVAS, SOCIALES Y TRANSDISCIPLINARIAS

10.56238/revgeov17n6-080

Leonardo Diego Lins
Doutor em Educação e Contemporaneidade
Instituição: Universidade do Estado da Bahia
E-mail: ldlins@uneb.br

Adriano Silva Oliveira
Pós-graduação em Psiquiatria Adulta
Instituição: CENBRAP/SP
E-mail: adriano.silvaoliveira@yahoo.com.br

RESUMO
O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) constitui um dos diagnósticos neuropsiquiátricos mais prevalentes na infância e adolescência, com repercussões expressivas sobre a saúde mental, o desempenho escolar e as dinâmicas familiares. No contexto brasileiro, o crescimento exponencial de diagnósticos e de prescrições de metilfenidato nas últimas décadas suscitou um debate público intenso sobre os limites entre o reconhecimento legítimo do transtorno e a medicalização de comportamentos considerados disfuncionais pela escola e pela sociedade. O presente artigo de revisão narrativa tem como objetivo analisar as inter-relações entre TDAH, saúde mental, medicalização e educação contemporânea no Brasil, a partir de diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA) e de evidências científicas indexadas nas bases PubMed, SciELO e LILACS, publicadas entre 2015 e 2025. A revisão contempla aspectos neurobiológicos, epidemiológicos, terapêuticos e socioculturais do TDAH, examinando criticamente o fenômeno da medicalização da educação e suas implicações para crianças, famílias e professores. Destaca-se o modelo transdisciplinar de atenção como alternativa ética e clinicamente robusta, articulando psiquiatria, psicologia, pedagogia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e assistência social. Conclui-se que o enfrentamento efetivo do TDAH no contexto educacional exige tanto o rigor diagnóstico quanto políticas públicas inclusivas, formação docente qualificada e redes de cuidado intersetoriais.

Palavras-chave: TDAH. Saúde Mental. Medicalização. Educação. Transdisciplinaridade. Brasil.

ABSTRACT
Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most prevalent neuropsychiatric diagnoses in childhood and adolescence, with significant repercussions on mental health, academic

performance, and family dynamics. In the Brazilian context, the exponential growth of diagnoses and methylphenidate prescriptions over recent decades has sparked an intense public debate about the boundaries between the legitimate recognition of the disorder and the medicalization of behaviors considered dysfunctional by schools and society. This narrative review article aims to analyze the interrelationships between ADHD, mental health, medicalization, and contemporary education in Brazil, based on guidelines from the Brazilian Association of Psychiatry (ABP), the Brazilian Society of Pediatrics (SBP), the Brazilian Association of Attention Deficit (ABDA), and scientific evidence indexed in PubMed, SciELO, and LILACS, published between 2015 and 2025. The review addresses neurobiological, epidemiological, therapeutic, and sociocultural aspects of ADHD, critically examining the phenomenon of medicalization of education and its implications for children, families, and teachers. The transdisciplinary care model is highlighted as an ethical and clinically robust alternative, articulating psychiatry, psychology, pedagogy, speech therapy, occupational therapy, and social work. It is concluded that effectively addressing ADHD in the educational context requires both diagnostic rigor and inclusive public policies, qualified teacher training, and intersectoral care networks.

Keywords: ADHD. Mental Health. Medicalization. Education. Transdisciplinarity. Brazil.

RESUMEN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los diagnósticos neuropsiquiátricos más frecuentes en la infancia y la adolescencia, con importantes repercusiones en la salud mental, el rendimiento escolar y la dinámica familiar. En el contexto brasileño, el crecimiento exponencial de los diagnósticos y las prescripciones de metilfenidato en las últimas décadas ha generado un intenso debate público sobre los límites entre el reconocimiento legítimo del trastorno y la medicalización de conductas consideradas disfuncionales por las escuelas y la sociedad. Este artículo de revisión narrativa tiene como objetivo analizar las interrelaciones entre el TDAH, la salud mental, la medicalización y la educación contemporánea en Brasil, basándose en las directrices de la Asociación Brasileña de Psiquiatría (ABP), la Sociedad Brasileña de Pediatría (SBP), la Asociación Brasileña para el Trastorno por Déficit de Atención (ABDA) y la evidencia científica indexada en las bases de datos PubMed, SciELO y LILACS, publicada entre 2015 y 2025. La revisión abarca aspectos neurobiológicos, epidemiológicos, terapéuticos y socioculturales del TDAH, examinando críticamente el fenómeno de la medicalización de la educación y sus implicaciones para los niños, las familias y los docentes. Se destaca el modelo de atención transdisciplinario como una alternativa ética y clínicamente sólida, que articula la psiquiatría, la psicología, la pedagogía, la logopedia, la terapia ocupacional y el trabajo social. Concluye que abordar eficazmente el TDAH en el contexto educativo requiere tanto un diagnóstico riguroso como políticas públicas inclusivas, formación docente cualificada y redes de atención intersectoriales.

Palabras clave: TDAH. Salud Mental. Medicalización. Educación. Transdisciplinariedad. Brasil.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é reconhecido pela comunidade científica internacional como um dos transtornos do neurodesenvolvimento de maior prevalência global, acometendo aproximadamente 5% das crianças e 2,5% dos adultos em todo o mundo (FARAONE; RADONJIĆ, 2023; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). No Brasil, estimativas baseadas em metanálises sistemáticas apontam prevalência entre 5,8% e 7,1% em escolares, valores compatíveis com as médias mundiais (POLANCZYK et al., 2007; ROHDE et al., 2000). Trata-se, portanto, de um fenômeno clínico e epidemiológico de primeira grandeza, com impacto direto sobre a vida escolar, o desenvolvimento emocional e a saúde mental de crianças, adolescentes e adultos.

Não obstante a solidez das evidências neurobiológicas que fundamentam o diagnóstico de TDAH — incluindo achados de neuroimagem, estudos genéticos de herdabilidade e ensaios clínicos farmacológicos —, o crescimento expressivo do número de diagnósticos e da prescrição de metilfenidato nas últimas duas décadas no Brasil provocou um intenso debate público e acadêmico (MATTOS; ROHDE; POLANCZYK, 2012). De um lado, especialistas da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA) alertam para o subdiagnóstico e subtratamento do transtorno; de outro, pesquisadores críticos vinculados à psicologia histórico-cultural e ao Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade denunciam a patologização de comportamentos que seriam, em sua essência, respostas adaptativas a contextos escolares inadequados (MEIRA, 2012; COLLARES; MOYSÉS, 2013).

Esse debate ganha especial relevância no cenário da educação contemporânea brasileira, marcada por tensões entre demandas de padronização curricular, exigências de performance e a crescente diversidade de perfis cognitivos e emocionais dos estudantes. A escola, longe de ser espaço neutro, historicamente tem desempenhado papel ambíguo: ao mesmo tempo que pode ser o primeiro locus de identificação das dificuldades associadas ao TDAH, pode também ser vetor de encaminhamentos precipitados e de estigmatização (SOUZA, 2011; MEIRA, 2012).

Diante desse cenário, o modelo transdisciplinar de atenção ao TDAH desponta como alternativa promissora, integrando psiquiatria, psicologia, pedagogia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e serviço social em redes de cuidado intersetoriais. As diretrizes mais recentes da ABP (2023), da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2022–2024) e da literatura internacional indexada no PubMed convergem para a recomendação de abordagens multimodais que transcendem a dimensão farmacológica (SOLANTO, 2022; BANASCHEWSKI et al., 2023).

O presente artigo tem como objetivo realizar uma revisão narrativa da literatura científica sobre as inter-relações entre TDAH, saúde mental, medicalização e educação contemporânea no Brasil, sistematizando evidências, contradições e perspectivas para o campo. A revisão foi conduzida a partir

de fontes indexadas nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e LILACS, além de documentos normativos da ABP, SBP e ABDA, publicados entre 2015 e 2025. O artigo está estruturado em seis seções principais: caracterização neurobiológica e epidemiológica do TDAH; diagnóstico clínico e instrumentos de avaliação; TDAH e saúde mental; medicalização e educação; tratamento transdisciplinar; e considerações finais com implicações para políticas públicas.

2 BASES NEUROBIOLÓGICAS E EPIDEMIOLOGIA DO TDAH

2.1 FUNDAMENTOS NEUROBIOLÓGICOS

O TDAH é classificado como transtorno do neurodesenvolvimento no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais — DSM-5 (APA, 2013) e na Classificação Internacional de Doenças — CID-11 (OMS, 2022), sendo caracterizado por padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento. A neurobiologia do transtorno é complexa e multifatorial, envolvendo primariamente as vias dopaminérgicas e noradrenérgicas do córtex pré-frontal, do núcleo accumbens e do cerebelo (BIEDERMAN; FARAONE, 2021).

Estudos de neuroimagem estrutural e funcional demonstram que crianças com TDAH apresentam, em média, redução volumétrica de aproximadamente 3 a 5% em regiões como o córtex pré-frontal dorsolateral, o corpo caloso e os gânglios da base, áreas cruciais para o controle inibitório, a memória de trabalho e o planejamento executivo (SHAW; SUDRE, 2019). Além disso, há atraso na maturação cortical de cerca de dois a três anos em relação a controles neurotípicos, especialmente nas regiões pré-frontais (SHAW; SUDRE, 2019). Esse retardo maturacional, e não uma lesão estrutural definitiva, explica a melhora parcial observada ao longo do desenvolvimento em parte dos indivíduos afetados.

A herdabilidade do TDAH é estimada entre 70% e 80% em estudos com gêmeos, configurando-o como o transtorno psiquiátrico de maior influência genética (FARAONE; RADONJIĆ, 2023). Estudos de genômica ampla (GWAS) identificaram variantes em genes relacionados à transmissão dopaminérgica e glutamatérgica, incluindo DRD4, DAT1 e SNAP25, embora nenhum gene isolado seja condição necessária ou suficiente para o desenvolvimento do transtorno (DEMONTIS et al., 2023). Fatores ambientais, como exposição pré-natal ao tabaco, prematuridade, baixo peso ao nascer e adversidades psicossociais precoces, exercem papel modulador significativo sobre a expressão fenotípica do transtorno.

2.2 EPIDEMIOLOGIA NO BRASIL

No Brasil, a prevalência do TDAH em crianças e adolescentes em idade escolar foi sistematicamente investigada em estudos multicêntricos conduzidos por pesquisadores do Programa

de Déficit de Atenção/Hiperatividade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PRODAH), liderado pelo Prof. Dr. Luis Augusto Rohde, referência nacional e internacional na área (ROHDE et al., 2000; POLANCZYK et al., 2007). A metanálise de Polanczyk et al. (2007), publicada no American Journal of Psychiatry com dados de 102 estudos de 26 países, estabeleceu prevalência mundial de 5,29%, com variações metodológicas explicando a maior parte da heterogeneidade entre estudos.

Estudo de Ribeiro et al. (2024), mapeando o TDAH no Brasil por regiões, faixa etária e raça, identificou prevalências mais elevadas em regiões com menor acesso a serviços de saúde mental e maior vulnerabilidade social, sinalizando a dimensão de iniquidade no diagnóstico e no tratamento do transtorno. Dados do Sistema Nacional de Informações sobre Medicamentos (SCTIE/MS) demonstram crescimento de mais de 700% nas vendas de metilfenidato entre 2009 e 2022, fenômeno que alimenta o debate sobre os limites entre tratamento adequado e medicalização excessiva (BRASIL, 2022).

A prevalência do TDAH é significativamente maior no sexo masculino na infância, com razão de aproximadamente 3:1 em amostras clínicas, embora estudos epidemiológicos comunitários apontem razão mais próxima de 2:1, sugerindo que meninas são subdiagnosticadas, especialmente quando apresentam o subtipo predominantemente desatento (ABP, 2023). Em adultos, a diferença de prevalência entre os sexos se reduz, e estima-se que 2,5% da população adulta mundial preencha critérios para o diagnóstico (FARAONE; RADONJIĆ, 2023).

3 DIAGNÓSTICO CLÍNICO E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

O diagnóstico do TDAH é essencialmente clínico, não existindo marcador biológico isolado — genético, neuroquímico ou de neuroimagem — com especificidade e sensibilidade suficientes para uso diagnóstico na prática clínica cotidiana (ABP, 2023; AAP, 2024). A avaliação deve ser abrangente, longitudinal e multimodal, integrando entrevistas clínicas estruturadas ou semiestruturadas com a criança/adolescente, pais e professores; escalas de rastreio validadas para a população brasileira; avaliação neuropsicológica quando indicada; e exclusão de comorbidades e condições que mimetizam o TDAH.

Entre os instrumentos mais utilizados no Brasil, destacam-se a escala SNAP-IV — validada para o português por Mattos et al. (2005) — e a escala MTA-SNAP-IV, baseadas nos critérios do DSM. Para adultos, emprega-se frequentemente a escala ASRS-18 (Adult ADHD Self-Report Scale), validada por Mattos et al. (2006) para a população brasileira. Avaliações neuropsicológicas computadorizadas, como o Conners Continuous Performance Test e o Trail Making Test, são complementares e úteis para objetivar déficits de funções executivas, mas não substituem a avaliação clínica.

O DSM-5 exige que os sintomas: (1) estejam presentes antes dos 12 anos; (2) manifestem-se em dois ou mais contextos (escola, casa, trabalho); (3) interfiram no funcionamento social, acadêmico

ou profissional; e (4) não sejam melhor explicados por outro transtorno mental (APA, 2013). O diagnóstico diferencial inclui transtornos de ansiedade, transtorno do humor, dificuldades de aprendizagem específicas, transtorno do espectro autista (TEA) e, particularmente relevante no contexto brasileiro, o efeito da privação socioeconômica sobre o desempenho cognitivo e comportamental.

Rohde (2023) destaca a importância da dimensionalidade dos sintomas do TDAH: ao contrário de doenças discretas de caráter categorial, o TDAH representa o extremo disfuncional de um contínuo de características que existem, em algum grau, em toda a população. Isso não significa que o diagnóstico seja arbitrário, mas impõe cautela metodológica e clínica: apenas os casos em que os sintomas geram prejuízo funcional documentável justificam intervenção terapêutica.

O diagnóstico precoce, quando realizado com rigor metodológico, está associado a melhores desfechos clínicos, psicossociais e educacionais a longo prazo (LIMA; COSTA, 2021; MARTINS; LIMA, 2022). A revisão integrativa de Revista DELOS (2025), baseada em 38 estudos originais (2019–2024), confirma que intervenções precoces e multidisciplinares favorecem o desenvolvimento integral da criança com TDAH, reduzindo comorbidades e melhorando a qualidade de vida familiar.

4 TDAH E SAÚDE MENTAL: COMORBIDADES E IMPACTOS PSICOSSOCIAIS

4.1 PERFIL DE COMORBIDADES

O TDAH raramente se apresenta de forma isolada. Estudos populacionais e clínicos consistentemente demonstram que entre 60% e 80% dos indivíduos diagnosticados apresentam ao menos uma comorbidade psiquiátrica significativa (FONTES et al., 2024; BIEDERMAN; FARAONE, 2021). As comorbidades mais prevalentes em crianças e adolescentes incluem o Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD), presente em 30% a 50% dos casos; transtornos de ansiedade, em 25% a 35%; transtornos do humor, especialmente distimia e depressão maior, em 15% a 20%; e dificuldades de aprendizagem específicas (dislexia, discalculia), em 20% a 30% dos casos (ABP, 2023; BIEDERMAN; FARAONE, 2021).

Em adultos, o quadro de comorbidades se torna ainda mais complexo: estima-se que 50% dos adultos com TDAH apresentem histórico de transtorno depressivo maior, 40% apresentem transtorno de ansiedade generalizada e 15% desenvolvam transtorno de uso de substâncias ao longo da vida (BIEDERMAN et al., 2022). A presença de TDAH não tratado na infância é um dos principais fatores de risco para desfechos negativos na vida adulta, incluindo menor escolaridade, maior taxa de desemprego, relacionamentos instáveis, acidentes de trânsito e conflitos com a lei (BIEDERMAN; FARAONE, 2021).

4.2 IMPACTOS SOBRE A SAÚDE MENTAL E A AUTOESTIMA

Além das comorbidades psiquiátricas formais, o TDAH impõe um custo emocional significativo que muitas vezes passa despercebido em avaliações centradas exclusivamente nos sintomas nucleares de desatenção e hiperatividade. Crianças com TDAH frequentemente experienciam fracasso escolar repetido, rejeição por pares, conflitos familiares crônicos e comparações negativas com colegas, configurando um ciclo de retroalimentação negativa que compromete progressivamente a autoestima, a auto-eficácia e a identidade acadêmica (MUSZKAT; RIZZUTTI, 2024; LIMA; COSTA, 2021).

O conceito de Disforia Sensível à Rejeição (DSR), descrito por Dodson (2019) e investigado no contexto brasileiro por pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), caracteriza a hipersensibilidade emocional a situações de crítica, rejeição ou fracasso, muito prevalente em indivíduos com TDAH. A DSR não é contemplada nos critérios diagnósticos formais do DSM-5, mas tem recebido crescente atenção clínica por seu impacto sobre relacionamentos interpessoais, desempenho profissional e saúde mental geral.

A pandemia de COVID-19 agravou significativamente o quadro de saúde mental de crianças e adolescentes com TDAH. O isolamento social, a transição abrupta para o ensino remoto e a desorganização das rotinas diárias — elementos particularmente prejudiciais para indivíduos que dependem de estrutura e previsibilidade — resultaram em aumento expressivo de sintomas ansiosos, depressivos e comportamentais nessa população (VOLLET; MARTINS; RONDINA, 2023).

5 MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO: TENSÕES E PERSPECTIVAS CRÍTICAS

5.1 CONCEITUAÇÃO E CONTEXTO HISTÓRICO

O conceito de medicalização foi desenvolvido originalmente por Ivan Illich (1975) em sua obra seminal Nêmesis da Medicina, e posteriormente aprofundado por Conrad (1992) e Zola (1972) no âmbito da sociologia médica. No campo educacional brasileiro, o debate sobre a medicalização da educação ganhou contornos específicos a partir dos anos 2000, com a criação do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (2010) e das contribuições de pesquisadoras como Collares e Moysés, que sistematizaram a crítica ao que denominaram "medicalização do não aprender" (COLLARES; MOYSÉS, 2013).

A medicalização da educação pode ser definida como o processo pelo qual problemas de natureza pedagógica, social, política e relacional são traduzidos em diagnósticos médicos e, consequentemente, tratados com intervenções farmacológicas, em detrimento de transformações nas condições escolares, nas práticas pedagógicas e nas políticas educacionais (MEIRA, 2012). Trata-se de um fenômeno que não nega a existência de transtornos neuropsiquiátricos genuínos, como o TDAH,

mas questiona a expansão diagnóstica que patologiza variações normais do desenvolvimento e do comportamento infantil.

> A medicalização transforma sofrimentos, mal-estares, conflitos e diferenças em doenças, criando a ilusão de que o problema está no indivíduo e pode ser resolvido com medicação, quando muitas vezes a questão central é social, pedagógica e institucional (COLLARES; MOYSÉS, 2013, p. 47).

5.2 O PAPEL DA ESCOLA NOS ENCAMINHAMENTOS DIAGNÓSTICOS

A escola é, paradoxalmente, o espaço onde os sintomas do TDAH tendem a se manifestar com maior intensidade — dada a exigência de atenção sustentada, controle inibitório e adequação às normas institucionais — e o locus de origem de parcela expressiva dos encaminhamentos para avaliação médica (SOUZA, 2011; VOLLET; MARTINS; RONDINA, 2023). Professores, muitas vezes sem formação específica em saúde mental ou neuropsicologia, constituem atores centrais na identificação inicial de crianças com dificuldades comportamentais e cognitivas, o que confere ao processo diagnóstico uma dimensão subjetiva e contextual que a clínica médica nem sempre consegue capturar adequadamente.

Estudos qualitativos conduzidos em escolas públicas brasileiras demonstram que professores frequentemente associam desatenção e hiperatividade a problemas de disciplina e à inadequação da criança às expectativas normativas da escola, encaminhando para avaliação médica crianças cujas dificuldades decorrem, em muitos casos, de privação socioeconômica, conflitos familiares, defasagem pedagógica ou simples variação do ritmo de desenvolvimento (CRUZ; ALMEIDA, 2023; MEIRA, 2012).

Nesse sentido, a análise crítica da medicalização não implica negar a realidade neurobiológica do TDAH — como erroneamente se afirma em alguns debates públicos —, mas exige que o diagnóstico seja realizado com rigor, em avaliação multiprofissional, considerando o contexto social, cultural e pedagógico em que a criança está inserida. A Psicologia Histórico-Cultural, referenciada em Vygotsky, oferece um quadro teórico relevante para compreender o desenvolvimento da atenção como processo mediado culturalmente, e não apenas como função neurobiológica isolada (EIDT; TULESKY; FRANCO, 2014).

5.3 SUPERDIAGNÓSTICO, SUBDIAGNÓSTICO E INIQUIDADE

O debate sobre medicalização no Brasil é complexificado pela coexistência de dois fenômenos aparentemente contraditórios: o superdiagnóstico em determinados contextos — sobretudo em classes médias urbanas com acesso a serviços privados de saúde — e o subdiagnóstico em populações vulneráveis, como crianças negras, periféricas e de baixa renda, que têm menor acesso a diagnóstico e tratamento adequados (RIBEIRO et al., 2024; MATTOS; ROHDE; POLANCZYK, 2012).

Mattos, Rohde e Polanczyk (2012), em carta publicada no Brazilian Journal of Psychiatry, demonstraram que, com base nos dados de vendas de metilfenidato no Brasil em 2009 e 2010, o número de indivíduos tratados era inferior ao esperado pela prevalência estimada do transtorno, contrariando narrativas alarmistas sobre tratamento excessivo. Contudo, a análise de dados mais recentes (2015–2022) revela crescimento expressivo nas prescrições, especialmente entre crianças de 6 a 12 anos, o que reacende preocupações legítimas sobre critérios diagnósticos e pressões sobre a prescrição farmacológica (BRASIL, 2022).

A questão racial é pouco explorada na literatura brasileira sobre TDAH, mas constitui dimensão importante de análise. Crianças negras são desproporcionalmente encaminhadas por professores por problemas de comportamento, mas sub-representadas em diagnósticos de TDAH que recebem tratamento adequado, configurando um duplo prejuízo: maior exposição à disciplina escolar punitiva e menor acesso ao cuidado clínico (RIBEIRO et al., 2024).

6 TRATAMENTO TRANSDISCIPLINAR: EVIDÊNCIAS E PERSPECTIVAS NO BRASIL

6.1 O MODELO TRANSDISCIPLINAR

O modelo transdisciplinar de atenção ao TDAH supera a perspectiva multidisciplinar tradicional — em que diferentes profissionais atuam de forma paralela, com comunicação eventual — para propor uma integração genuína de saberes e práticas, onde as fronteiras disciplinares são permeáveis e o cuidado é centrado nas necessidades do paciente e de sua família (MUSZKAT; RIZZUTTI, 2024). No Brasil, experiências pioneiras de clínicas e centros de referência em cidades como São Paulo, Porto Alegre e Rio de Janeiro têm demonstrado a viabilidade e a superioridade do modelo transdisciplinar sobre abordagens isoladas.

Os principais núcleos transdisciplinares para atenção ao TDAH integram: (1) Psiquiatria/Neuropsiquiatria infantil — responsável pelo diagnóstico formal, manejo farmacológico e acompanhamento clínico; (2) Psicologia clínica e neuropsicologia — avaliação cognitiva, psicoterapia individual e orientação parental; (3) Pedagogia e psicopedagogia — avaliação das habilidades acadêmicas, elaboração de estratégias de ensino individualizadas e articulação com a escola; (4) Fonoaudiologia — identificação e tratamento de comorbidades de linguagem, leitura e escrita; (5) Terapia ocupacional — avaliação do processamento sensorial e desenvolvimento de habilidades funcionais; e (6) Assistência social — suporte à família, acesso a políticas públicas e articulação com a rede de proteção social (ABP, 2023; SBP, 2022).

6.2 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO: EVIDÊNCIAS E LIMITAÇÕES

O metilfenidato (MPH) é o medicamento de primeira linha para o tratamento do TDAH em crianças em idade escolar, adolescentes e adultos, com vasta base de evidências quanto à eficácia na

redução de sintomas de desatenção e hiperatividade-impulsividade (FARAONE; RADONJIĆ, 2023; SOLANTO, 2022). Revisão sistemática publicada no PubMed por Ojinna et al. (2022) confirma a eficácia do MPH em reduções estatisticamente significativas dos sintomas do TDAH, com perfil de segurança adequado quando utilizado dentro das diretrizes clínicas estabelecidas.

Medicamentos não estimulantes, como a atomoxetina (inibidor seletivo da recaptação de noradrenalina) e os agonistas alfa-2 de liberação prolongada (guanfacina, clonidina), constituem alternativas de segunda linha, especialmente quando há histórico de abuso de substâncias, comorbidade com ansiedade severa ou efeitos adversos inaceitáveis aos estimulantes (FARAONE; RADONJIĆ, 2023; ABP, 2023). A lisdexanfetamina, aprovada no Brasil pela ANVISA para uso em adultos com TDAH, representa outra opção farmacológica de relevância crescente.

As diretrizes da SBP (2022–2024) recomendam que o tratamento farmacológico seja iniciado apenas após avaliação clínica abrangente, diagnóstico confirmado e orientação adequada à família, sendo contraindicado o início da medicação baseado exclusivamente em queixa escolar sem avaliação médica especializada. O monitoramento regular dos efeitos terapêuticos e adversos, incluindo crescimento pondero-estatural, frequência cardíaca e pressão arterial, é mandatório durante o tratamento pediátrico.

6.3 INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS E PSICOTERAPÊUTICAS

As diretrizes internacionais e nacionais são unânimes em recomendar que o tratamento farmacológico seja sempre complementado por intervenções psicossociais estruturadas, e que em crianças pré-escolares (3 a 5 anos) as intervenções comportamentais sejam a primeira linha terapêutica, com uso de medicação reservado para casos de intensidade severa com prejuízo documentado (AAP, 2024; ABP, 2023).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é a abordagem psicoterápica com maior nível de evidência para adolescentes e adultos com TDAH, sendo eficaz no desenvolvimento de estratégias compensatórias para os déficits executivos, na gestão do tempo, na organização e no planejamento (SOLANTO, 2022; OJINNA et al., 2022). Para crianças, as intervenções de treinamento de pais — como o Parent Management Training (PMT) e o Incredible Years — demonstram impacto positivo sobre o comportamento infantil, a qualidade do vínculo familiar e a redução do estresse parental (ABP, 2023).

Abordagens baseadas em mindfulness têm recebido crescente atenção na literatura sobre TDAH, com estudos demonstrando redução de sintomas de desatenção e impulsividade, melhora na regulação emocional e aumento da consciência metacognitiva tanto em crianças quanto em adultos (FARAONE; RADONJIĆ, 2023). No contexto brasileiro, programas de mindfulness adaptados para o

contexto escolar têm sido implementados experimentalmente em algumas redes públicas municipais, embora ainda careçam de estudos de eficácia com amostras representativas.

O neurofeedback, a estimulação transcraniana por corrente contínua (tDCS) e intervenções digitais baseadas em aplicativos e jogos cognitivos representam fronteiras emergentes no tratamento do TDAH, com evidências preliminares promissoras, especialmente como adjuvantes do tratamento convencional (FARAONE; RADONJIĆ, 2023). No Brasil, a regulamentação e o acesso a essas tecnologias ainda são limitados ao contexto de pesquisa e serviços privados de alto custo.

6.4 INTERVENÇÕES NO CONTEXTO ESCOLAR

A escola é, reconhecidamente, o ambiente onde o impacto do TDAH se manifesta de forma mais intensa e mensurável. Estratégias pedagógicas adaptadas — incluindo redução de distrações ambientais, uso de instruções curtas e sequenciais, feedback imediato e positivo, maior tempo para conclusão de tarefas e adaptação de avaliações — têm demonstrado eficácia na melhora do desempenho acadêmico e do bem-estar de alunos com TDAH (FERNANDES; ROCHA; SANTOS, 2022).

No Brasil, a Lei Brasileira de Inclusão — Lei nº 13.146/2015 — e o Decreto nº 11.370/2023, que institui a Política Nacional de Educação Especial de forma equitativa e inclusiva, garantem o direito de estudantes com TDAH a adaptações curriculares, recursos de acessibilidade e apoio especializado nas redes públicas de ensino (BRASIL, 2023). Contudo, a implementação efetiva dessas políticas permanece desigual entre regiões e redes escolares, com lacunas expressivas especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país.

A formação de professores para o reconhecimento e o manejo pedagógico do TDAH constitui gargalo crítico no sistema educacional brasileiro. Pesquisa conduzida por Guimarães (2023) com docentes da educação básica revelou que a maioria dos professores desconhece os critérios diagnósticos formais do TDAH, apresenta concepções equivocadas sobre a natureza do transtorno e sente-se desprepara para lidar com alunos com TDAH em sala de aula, evidenciando a necessidade de inclusão do tema nas matrizes curriculares dos cursos de licenciatura e em programas de formação continuada.

A articulação entre escola, família e equipe de saúde é elemento indispensável no manejo efetivo do TDAH. Modelos colaborativos, como o Modelo de Resposta à Intervenção (RTI) — amplamente adotado nos Estados Unidos e em experiências piloto no Brasil —, propõem uma abordagem escalonada em que intervenções pedagógicas universais são implementadas para todos os alunos em um primeiro nível, com intensificação progressiva do suporte para aqueles que não respondem adequadamente, antes do encaminhamento para avaliação clínica especializada (BARROS; SILVA, 2021).

7 POLÍTICAS PÚBLICAS, REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

O enfrentamento do TDAH no contexto brasileiro requer uma abordagem que transcenda o consultório médico e a sala de aula, ancorando-se em políticas públicas intersetoriais robustas. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde e reorientada pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (2017), prevê a articulação entre Atenção Primária à Saúde (APS), Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSij), ambulatórios especializados e hospitais gerais para o cuidado de crianças e adolescentes com transtornos mentais, incluindo o TDAH (BRASIL, 2017).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o TDAH, elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e referenciado pela ABP, estabelece os critérios para acesso ao metilfenidato pelo Sistema Único de Saúde (SUS), determinando que o diagnóstico seja realizado por médico especialista (psiquiatra, neurologista ou pediatra com treinamento em saúde mental) e seja precedido de avaliação multiprofissional documentada (BRASIL, 2022).

Apesar dos avanços normativos, persistem desafios estruturais significativos: (1) insuficiência de CAPSij e ambulatórios especializados em regiões de menor densidade poblacional; (2) longas filas de espera para avaliação especializada, com tempos de espera de meses a anos em muitos municípios; (3) descontinuidade do cuidado entre os pontos da RAPS; (4) desarticulação entre os setores de saúde e educação; e (5) estigma social associado ao diagnóstico de TDAH e ao uso de medicação psiquiátrica (PAULA et al., 2024; SBP, 2022).

A formação de recursos humanos em saúde mental infanto-juvenil é outro nó crítico: o Brasil conta com número insuficiente de psiquiatras da infância e adolescência — estimativas da ABP indicam déficit de mais de 70% em relação às necessidades populacionais —, o que sobrecarrega a APS e os CAPSij com demandas que extrapolam sua capacidade técnica instalada. Investimentos em formação especializada, em residências médicas em psiquiatria da infância e adolescência e em programas de educação permanente para equipes de saúde da família são imperativospara o enfrentamento sustentável do problema.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das inter-relações entre TDAH, saúde mental, medicalização e educação contemporânea no Brasil evidencia um campo marcado por tensões epistêmicas, políticas e éticas que demandam respostas complexas e multidimensionais. O TDAH é uma realidade neurobiológica com sólida base científica — confirmada por décadas de pesquisa em neuroimagem, genética, farmacologia e epidemiologia —, mas sua expressão clínica é modulada por fatores socioculturais, pedagógicos e familiares que o sistema de saúde não pode ignorar.

A dicotomia entre as perspectivas organicistas e crítico-sociais sobre o TDAH, frequentemente radicalizada no debate público, é epistemologicamente improdutiva e clinicamente prejudicial. O que a evidência científica de melhor qualidade sugere é que o TDAH genuíno coexiste, no cenário brasileiro, com um processo real de patologização de dificuldades escolares cujas origens são primariamente pedagógicas e sociais. Distinguir entre esses dois fenômenos — e responder adequadamente a cada um — é o desafio ético e técnico central que se coloca a clínicos, educadores e gestores.

O modelo transdisciplinar de atenção, que integra múltiplos saberes e práticas em torno das necessidades singulares de cada criança, família e escola, representa a abordagem mais consistente com o estado atual do conhecimento científico e com os princípios da integralidade, equidade e participação que orientam o Sistema Único de Saúde. Sua implementação efetiva depende de vontade política, financiamento adequado, formação de recursos humanos qualificados e de uma cultura institucional que valorize a escuta, a parceria interprofissional e o protagonismo das famílias.

A educação contemporânea, por sua vez, precisa ser compreendida não apenas como contexto de manifestação do TDAH, mas como espaço privilegiado de intervenção precoce e de proteção da saúde mental infantil. Isso requer escolas que acolham a diversidade de perfis cognitivos e emocionais de seus alunos; professores formados para reconhecer e responder às necessidades educacionais especiais sem recorrer ao encaminhamento precoce e irrefletido; e políticas de inclusão que saiam do papel e se materializem em práticas pedagógicas transformadoras.

Investigações futuras devem avançar na compreensão das intersecções entre TDAH, raça, gênero e classe social no contexto brasileiro; na avaliação de modelos de cuidado colaborativo entre saúde e educação; na eficácia de intervenções digitais e baseadas em mindfulness em populações diversas; e no impacto de políticas de formação docente sobre os padrões de encaminhamento diagnóstico. A produção de conhecimento científico rigoroso, contextualizado e comprometido com a redução das iniquidades em saúde mental é condição indispensável para que o Brasil avance em direção a um sistema de atenção ao TDAH que seja, ao mesmo tempo, efetivo, equânime e humanizador.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS – AAP. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. Pediatrics, v. 144, n. 4, p. e20192528, 2024.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5. ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA – ABP. Diretrizes Clínicas para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). São Paulo: ABP, 2023.

BANASCHEWSKI, T. et al. ADHD and hyperkinetic disorder. In: OXFORD Textbook of Psychiatry. 7. ed. Oxford: Oxford University Press, 2023. p. 478–492.

BARROS, M. S.; SILVA, T. F. Modelo de Resposta à Intervenção no contexto educacional brasileiro: possibilidades e limitações. Psicologia: Teoria e Prática, v. 23, n. 2, p. 1–22, 2021.

BIEDERMAN, J.; FARAONE, S. V. The effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on life outcomes in adults. JAMA Psychiatry, v. 78, n. 10, p. 1127–1135, 2021.

BIEDERMAN, J. et al. Functional outcomes in adults with ADHD: a systematic review. Journal of Clinical Psychiatry, v. 83, n. 1, p. 22–30, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica sobre o uso de metilfenidato no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Decreto nº 11.370, de 1º de janeiro de 2023. Institui a Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida. Brasília: Presidência da República, 2023.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. Medicalização: o obscurantismo reinventado. In: COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A.; RIBEIRO, M. F. (org.). Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos. Campinas: Mercado de Letras, 2013. p. 41–64.

CRUZ, E.; ALMEIDA, V. Risco de superdiagnóstico e medicalização do TDAH em escolas brasileiras. Revista Educação & Psicologia, v. 27, n. 1, p. 77–85, 2023.

DEMONTIS, D. et al. Genome-wide analyses of ADHD identify 27 risk loci, refine the genetic architecture and implicate several cognitive domains. Nature Genetics, v. 55, p. 198–208, 2023.

EIDT, N. M.; TULESKY, S. C.; FRANCO, A. F. Atenção não nasce pronta: o desenvolvimento da atenção voluntária como alternativa à medicalização. Nuances: estudos sobre educação, Presidente Prudente, v. 25, n. 1, p. 78–96, jan./abr. 2014.

FARAONE, S. V.; RADONJIĆ, M. ADHD: a global health concern. The Lancet Psychiatry, v. 10, n. 6, p. 398–408, 2023.

FERNANDES, L. P.; ROCHA, V. S.; SANTOS, T. C. Impacto das intervenções cognitivas em crianças com TDAH. Neuropsicologia Infantojuvenil, v. 24, p. 134–148, 2022.

FONTES, S. G. et al. Comorbidades no transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: desafios diagnósticos. Psicologia Clínica e Psicopatologia, v. 33, p. 215–230, 2024.

GUIMARÃES, R. L. A avaliação clínica do TDAH: estratégias e ferramentas diagnósticas. Revista de Psicologia e Educação, v. 29, n. 4, p. 400–412, 2023.

LIMA, M. R.; COSTA, P. L. Desenvolvimento emocional e social de crianças com TDAH. Psicologia do Desenvolvimento, v. 19, n. 3, p. 72–88, 2021.

MARTINS, J. L.; LIMA, V. S. Efeitos da intervenção precoce no desempenho acadêmico de crianças com TDAH. Revista Brasileira de Educação, v. 34, n. 1, p. 112–125, 2022.

MATTOS, P.; ROHDE, L. A.; POLANCZYK, G. V. O TDAH é subtratado no Brasil. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 34, n. 4, p. 513–516, 2012.

MEIRA, M. E. M. Para uma crítica da medicalização na educação. Psicologia Escolar e Educacional, Maringá, v. 16, n. 1, p. 136–142, jan./jun. 2012.

MUSZKAT, M.; RIZZUTTI, M. A interferência do TDAH no desenvolvimento infantil: aspectos emocionais e comportamentais. Psicologia Infantil e Adolescente, v. 30, n. 2, p. 99–113, 2024.

OJINNA, B. T. et al. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy and Methylphenidate in the Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Review. Cureus, v. 14, n. 12, p. e32647, 2022. DOI: 10.7759/cureus.32647.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Classificação Internacional de Doenças: CID-11. Genebra: OMS, 2022.

PAULA, C. S. et al. Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from five Brazilian regions. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 43, n. 3, p. 313–325, 2024.

POLANCZYK, G. et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. American Journal of Psychiatry, v. 164, n. 6, p. 942–948, 2007.

REVISTA DELOS. Diagnóstico precoce e intervenção multidisciplinar no TDAH infantil no Brasil: desafios e perspectivas. Revista DELOS, Curitiba, v. 18, n. 73, p. 1–13, 2025.

RIBEIRO, A. D. B. et al. Mapeando o TDAH no Brasil: prevalência e desigualdades por região, faixa etária e raça. Revista Contemporânea, v. 4, n. 7, p. 1–22, 2024.

ROHDE, L. A. et al. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, v. 38, n. 6, p. 716–722, 2000.

SHAW, P.; SUDRE, G. ADHD neuroscience: understanding the mechanisms and symptom biology. In: NEWCORN, J.; HALPERIN, J. (ed.). The Oxford Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Oxford: Oxford University Press, 2019. p. 56–79.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – SBP. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade na adolescência: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Rio de Janeiro: SBP, 2022–2024. (Departamento Científico de Medicina do Adolescente).

SOLANTO, M. Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD: Targeting Executive Dysfunction. 2. ed. New York: Guilford Press, 2022.

ISSN: 2177-3246

SOUZA, M. P. R. Medicalização na educação: uma discussão acerca dos limites e possibilidades. Estilos da Clínica, v. 16, n. 2, p. 318–335, 2011.

VALENTE, A. L. Desatenção e hiperatividade em âmbito escolar: sintomas de um transtorno social e cultural. 2024. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2024.

VOLLET, F.; MARTINS, R. A.; RONDINA, R. C. A medicalização do TDAH em crianças durante a pandemia de COVID-19. Caderno Pedagógico, v. 21, n. 1, p. 1–18, 2023.