
O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) NA ADOLESCENCIA

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD) IN ADOLESCENCE

Maria Cláudia Silva Jardim Selleti¹

RESUMO

Esta pesquisa perfaz um caminho acerca de um tema atual e de suma relevância quando ao tratar-se do TDAH na adolescência. Buscou-se, neste estudo, o aprofundamento na temática ao investigar as características do TDAH e o comportamento do indivíduo com tal transtorno, além de entender o diagnóstico e tratamento. Para isto, a metodologia utilizada foi a revisão literária, estudando autores como Desidério e Miyazaki (2007), Gomes (2018), Pires *et al.* (2024), Braun *et al.* (2019) e Lima (2023). Por esta pesquisa afirma-se que os sintomas do TDAH precisam se manifestar no indivíduo entre os 6 e 12 anos de idade e que se caracteriza por sintomas como hiperatividade, desatenção e impulsividade, e estes sintomas, por vezes, levam o paciente a impactos não desejados, como isolamento, conversa excessiva, abandono escolar e utilização de álcool e outras drogas. Além de contatar desafios no diagnóstico e no tratamento, viu-se também que a família e a escola devem conciliar estratégias medicamentosas e tratamentos psicossociais, além de lançarem mão da elaboração de uma rotina de estudos e a prática de exercícios físicos a fim de amenizar os sintomas.

Palavras-chave: TDAH; adolescência; sintomas; comportamento.

ABSTRACT

This research covers a current and extremely relevant topic when it comes to ADHD in adolescence. This study sought to delve deeper into the topic by investigating the characteristics of ADHD and the behavior of individuals with this disorder, in addition to understanding the diagnosis and treatment. For this, the methodology used was a literary review, studying authors such as Desidério and Miyazaki (2007), Gomes (2018), Pires *et al.* (2024), Braun *et al.* (2019) and Lima (2023). This research states that ADHD symptoms need to manifest in the individual between 6 and 12 years of age and that it is characterized by symptoms such as hyperactivity, inattention and impulsivity, and these symptoms sometimes lead the patient to unwanted impacts, such as isolation, excessive talking, dropping out of school and use of alcohol and other drugs. In addition to the challenges of diagnosis and treatment, it was also seen that families and schools must combine medication strategies and psychosocial treatments, in addition to developing a study routine and practicing physical exercises in order to alleviate symptoms.

Keywords: ADHD; adolescence; symptoms; behavior.

¹Maria Cláudia Silva Jardim Selleti. Acadêmica do curso de Psicologia da Instituição Faculdade Pitágoras Unopar Anhanguera. E-mail: mariaclaudiaselleti@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

É inegável o avanço que a educação, percebida historicamente conforme estudo da promoção do acesso educacional a todos os indivíduos, alcançou. Historicamente, sabe-se que a educação demorou a ganhar cunhos e fixar-se apoio a estudantes, quaisquer que fosse a modalidade ou o nível educacional, uma vez que na antiguidade e até mesmo em meados da idade média, alunos com algumas necessidades ditas especiais, não faziam sequer parte do sistema social.

No campo pedagógico, a inclusão de alunos com dificuldades de aprendizagem em uma sociedade, ganhou espaço, principalmente no final do século XIX, visando igualar indivíduos apesar de suas diferenças, sendo inquestionável o alcance de tais iniciativas que por si, tornaram vigentes as legislações hoje praticadas frente à inclusão e à qualidade da educação almejada, obteve ainda mais resultados satisfatórios com pesquisas e estudos advindos das áreas de medicina, saúde e educação. Desta maneira, efetivar uma pedagogia inclusiva passou a requerer não apenas conhecimentos sobre direitos dos alunos, as também professores capacitados e tempo para um melhor planejamento e envolva recursos materiais e humanos, trabalho colaborativo entre profissionais e entre escola e, até mesmo, a família.

Neste contexto, os professores devem ter conhecimento para trabalhar com diversos transtornos como alunos com bipolaridade (TAB), transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), transtorno opositivo-desafiador (TOD) e transtorno de espectro autista (TEA), sem mencionar portadores de altas habilidades ou superdotação.

Dentre estes transtornos, o mais recorrente no contexto escolar atual é o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade). Tal transtorno nem sempre teve esta nomenclatura, sendo outrora denominado como apenas hiperatividade ou desatenção/impulsividade exacerbada para os padrões da idade, principalmente no que se refere a adolescentes (Desidério e Miyazaki, 2007). Este tem como principais predicados, segundo Pires et al. (2024) “o neurodesenvolvimento caracterizado por níveis prejudiciais de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade”.

Se por um lado temos o TDAH, por outro temos a adolescência, tida como uma fase entre a infância e a vida adulta, onde pensamentos, hormônios e sentidos estão se readequando no corpo humano, trazendo reconstruções identitárias e alteração no posicionamento no jogo das relações sociais (Gomes, 2018). O que agrava certas relações entre a adolescência e o

TDAH é o fato de que esta primeira está intimamente atrelada a experiência social, sendo também modo de vida cultural alicerçado em cada contexto (Faraone e de La Peña Olvera, 2019). Vale ressaltar que o TDAH tem alta incidência em crianças e adolescentes. Segundo Pires (2024), “entre os transtornos neurobiológicos, o TDAH é considerado um dos que possui a base genética mais evidente, por meio das variantes de ácido desoxirribonucleico (DNA) codificadas no genoma da pessoa”.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Caracterizando o TDAH

Os primeiros sintomas do TDAH costumam emergir, geralmente, na faixa de 6 a 12 anos de idade, mas algumas pesquisas recentes indicam que o transtorno possa também se apresentar um pouco mais tarde, após os 12 anos. Este transtorno tem atrelado a um conjunto de impactos relacionados a vida de quem possui tal transtorno diversas esferas da vida, como social, psicológica e acadêmica, a problemas laborais, além de ser futuramente ligado a ansiedade, TOD, TUS's (Pires *et al.*, 2024)

Os autores ainda complementam afirmando que

Por isso, o escopo desta RSL foi investigar e descrever os resultados obtidos em pesquisas científicas que apresentaram os impactos do TDAH ao adolescente. Reuniu-se um conjunto de 68 pesquisas nacionais e internacionais realizadas entre janeiro de 2001 e janeiro de 2021 e apresentou-se seus resultados, distribuindo-os em sete categorias de impactos: Biológicos, Cognitivos, Neurológicos, Psicológicos, Comportamentais, Psicopatológicos e Sociais/Relacionais. Os resultados revelaram que o TDAH é um transtorno dispendioso ao seu portador, pois prediz uma variedade de experiências negativas em uma perspectiva em longo prazo (Pires *et al.*, 2024).

Dentre tantos transtornos neurobiológicos que se tem conhecimento atualmente, o TDAH se classifica entre os transtornos que possuem a base genética mais evidente, sendo encontrado através de variantes de ácido desoxirribonucleico (DNA) decodificadas no genoma do indivíduo (Faraone& Larsson, 2019) Com realização de pesquisas com famílias, incluindo todos os laços de parentescos, fica evidente a passagem genética do transtorno (Faraone *et al.*, 2019).

Mas não apenas a genética explica quem desenvolve o TDAH, mas é também um transtorno que se mostra em meio a contextualidade a qual o indivíduo vive ou vivenciou como prematuridade e baixo peso ao nascer, além de exposição a grandes desventuras na primeira infância (Thapar *et al.*, 2012). Até mesmo o consumo de álcool e cigarros durante a gestação pode estar associados ao aparecimento do TDAH na criança (National Institute of Mental Health [NIMH], 2016).

Nota-se que o TDAH pode se apresentar com um padrão constante de hiperatividade-impulsividade e/ou desatenção que interferem no desenvolvimento impactando as funções administrantes e em condutas de padrão inibitórias, como dificuldade do autocontrole nas mais diversas situações (Braun *et al.*, 2019), acarretando prejuízo no controle da atenção e afetando áreas distintas como a aprendizagem e o relacionamento social (Pi Davanzo *et al.*, 2018).

2.2 Diagnóstico

O diagnóstico do TDAH não se mostra tão simples, muito menos é uma matemática exata, uma vez que, mesmo requerendo assimilação de comportamentos característicos, coevos em mais de um contexto como escola, lar ou em ambientes sociais, ainda há muitos casos em que a interpretação dos sinais não auxiliam em um diagnóstico preciso. Ademais, tais comportamentos necessitam ocasionar comprometimentos clinicamente relevantes no que se refere a questões sociais, acadêmicas ou ocupacionais (APA, 2002). Assim, para o diagnóstico ser o mais próximo do correto, deve-se contar com critérios pré-estabelecidos em manuais como o DSM-V, que por sua vez, exige a presença de um número mínimo de sintomas relacionados desatenção e hiperatividade/impulsividade, afora a confirmação onde tais sintomas interfiram no funcionamento de vários contextos. Tem relevância mencionar que os sintomas carecem emergir quando o indivíduo ainda não completou 12 anos de idade (Donizetti, 2022).

Também se faz necessário salientar que mesmo com a presença dos sintomas de impulsividade, desatenção ou hiperatividade em 80% dos indivíduos diagnosticados, para alguns, uma destas opções predomina sobre as outras, e deve ser apontado no momento do diagnóstico, com base em padrões de ocorrência dos últimos 6 meses. Há também o tipo combinado de sintomas, onde um sintoma predomina sobre os outros (Desidério; Miyazaki, 2007).

Quanto aos critérios utilizados para diagnosticar o TDAH, estes estão baseados e estabelecidos pelo DSM-IV-TR (APA, 2002) e são mundialmente reconhecidos e utilizados, buscando estabelecer ligação com os impactos que intervêm de maneira negativa no desenvolvimento. Estes impactos somam 38 comportamentais, 25 sociais/relacionais, 23 de cunho biológico ou patológico e 21 psicológicos. Há ainda 4 cognitivos e 3 neurológicos, porém estes se manifestam como menor frequência (Pires, 2024).

2.3 TDAH em adolescentes

Tanto em adultos quanto em adolescentes, o TDAH fica evidente através de comportamentos de desatenção, o que, na maioria das vezes caracteriza dificuldade em organização e/ou manter o foco atencional, o que leva a permanecer mais tempo na realização de tarefas mais demoradas. No que se refere à hiperatividade, se apresenta como atividades motoras em excesso, por vezes com impaciência, pé se mãos se movendo em repetições, conversas em excesso, e, por fim, impulsividade e atitudes precipitadas, realizadas sem o devido cuidado e julgamento dos riscos (Braun *et al.*, 2019).

Com o aprofundamento em pesquisas e em casos analisados de maneira minuciosa, nota-se que o transtorno pode despertar vitimização sexual, comportamento sexual de risco, uso abusivo da internet e redes sociais, comportamentos que oferecem risco à saúde, desenvolvimento de vício tabagista, abuso de álcool e outras drogas, comportamento de delinquência, o que geralmente vem acompanhado ao impacto negativo acadêmico e evasão escolar (Pires *et al.*, 2024).

Se considerarmos que a fase da adolescência é caracterizada por várias mudanças, pela necessidade do jovem em expandir sua rede de relacionamentos e pela obtenção de outras habilidades sociais com vistas a atender as demandas dessa fase, o TDAH se confirma como um transtorno que afeta expressivamente aspectos da vida social/relacional, entendemos também o quanto o acompanhamento profissional e porque não dizer, da família, se torna de suma relevância na vida deste adolescente (Grimbos; Wiener, 2018; Rokeach; Wiener, 2018).

2.4 Tratamento

No que se entende como tratamento, o TDAH exige que uma abordagem ampla seja dispensada de forma interdisciplinar de maneira a incluir intervenções de cunho farmacológico, psicossociais requer uma abordagem global e interdisciplinar, que inclui intervenções farmacológicas e psicossociais, conforme escrito nas diretrizes literárias que, orientam quanto a administração do “problema”.

Como primeira escolha para o tratamento de TDAH, temos os medicamentos estimulantes, capazes de propiciar benefícios relevantes a curto prazo. No território brasileiro o fármaco disponível, mais recomendado pelos profissionais e que responde com maior eficiência metilfenidato, também denominado como Ritalina. Este medicamento estimulante deve ser prescrito e ter sua administração acompanhada por um profissional, bem como sua resposta ao organismo. Por ser um medicamento que tem média de duração do seu efeito entre 4 e 5 horas, não fica acumulado no organismo, o que acaba por não gerar dependência e este necessita ser utilizado enquanto os sintomas persistirem. Vale ressaltar que outros medicamentos da mesma classe são utilizados atualmente, chegando a ter efeito por 8 horas no indivíduo (Lima, 2023).

Uma segunda possibilidade de tratamento é a administração de antidepressivos, mas isto apenas em casos onde o metilfenidato não surte efeito e não abole ou ameniza os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Como opções de antidepressivos, podem ser utilizados a imipramina, venlafaxina, bupropiona, fluoxetina, sertralina, dentre outros. Estes últimos, entretanto, não são indicados rotineiramente por falta de evidências apoiando a sua utilização. Neste sentido, encontramos desafios ainda persistentes no tratamento do TDAH, pois a indicação de terapia farmacológica encontra, ainda nos dias de hoje, aversão da parte dos pais (Desidério; Miyazaki, 2007).

Como alternativa não medicamentosa para amenizar os sintomas temos o treinamento e aplicação de pais em manobra de contingências que são aplicados em sala de aula, além de uma combinação destas estratégias. Se faz importante destacar que nenhum tratamento irá curar o TDAH, mas sim reduzir a incidência dos sintomas de forma a auxiliar o portador do transtorno a se estabelecer como ser social em qualquer que seja o ambiente, mesmo que de forma temporária (Barkley, 1998). Em casos onde se nota a presença de comorbidades que vem alinhada ao TDAH, como, por exemplo, uma depressão, é necessário que o paciente seja encaminhado para tratamento com psicoterapeutas (Nogueira *et al.*, 2023).

Neves, Farinon e Coronel, complementam, chamando a atenção para o fato de que

Este tipo de acompanhamento deve ser considerado, mesmo na ausência de comorbidade, quando sofrimento clinicamente significativo é identificado na criança ou adolescente e família. Para alguns autores, a combinação entre tratamento farmacológico e psicossocial é a única forma terapêutica que produz a normalização no funcionamento de crianças com TDAH (Neves; Farinon; Coronel, 2024).

Sendo assim, a atenção para casos como este deve ser redobrada, a fim de evitar que o paciente desenvolva transtornos ainda mais preocupantes.

2.5 O adolescente e as intervenções educacionais

Diagnosticado o aluno/filho/adolescente com o TDAH, os pais passam a ser orientados de modo a facilitar o convívio familiar do indivíduo, ajudando-o a compreender o comportamento deste e usar técnicas de manejo dos sintomas a fim de prevenir futuros problemas. Se por um lado temos a família que é orientada, por outro temos a escola que recebe este aluno com o transtorno e que se utilizará da capacidade dos profissionais ali presentes para auxiliar este mesmo aluno em tarefas corriqueiras escolares. Estas orientações alçam vãos mais altos ao buscar estabelecer um convívio sadio entre o indivíduo e seus colegas, enquanto trabalha também para que não haja desinteresse pela escola e/ou estudos (Duarte et al, 2021).

Neste contexto, nos deparamos também com uma gama de estudos sobre o manejo de problemas comportamentais em sala de aula atrelados ao TDAH (Fairman; Peckham; Sclar, 2020).

Neves, Farinon e Coronel (2024) abordam a temática mostrando que

Os dados indicam claramente a eficiência das técnicas comportamentais sobre o desempenho acadêmico da criança com TDAH. As estratégias utilizadas com melhores resultados incluem controle de estímulo, "quebra" das tarefas em pequenas partes de forma a torná-las compatíveis com os períodos que a criança consegue manter a concentração e o estabelecimento de tarefas a serem realizadas em intervalos curtos de tempo (Barkely, 1998, in Neves; Farinon; Coronel, 2024).

Mas estas estratégias quase sempre encontram obstáculos para sua implementação em sala de aula, a começar pelo pouco tempo e a sua atitude em relação às estratégias. A idéia é que o professor deve conhecer o transtorno de modo a diferenciá-lo de uma simples atitude má educada ou preguiça. Além disso, este profissional necessita ter maior disponibilidade na busca

por equilibrar as demandas de outras crianças. Assim, é de suma importância que o professor perceba o aluno com TDAH como uma pessoa que possui potencial a ser liberado e que poderá ou não liberá-lo e que entenda que o aluno espera que o professor demonstre e pratique esta responsabilidade no processo (Braun, *et al.*, 2019).

Complementando esta idéia, Rief, (2001) já defendia que

O professor ideal terá mais equilíbrio e criatividade para criar alternativas e avaliar quais obtiveram melhor funcionamento prático. Deverá saber aproveitar os interesses da criança, criando situações cotidianas que a motivem, e oferecer feedback consistente, imediatamente após o comportamento da criança (Rief, 2001).

Com tanta responsabilidade sobre o professor, é esperado que haja uma rede de apoio para o mestre e para seu alunado diagnosticado com TDAH.

Nogueira *et al.* (2023) “destacam que é de grande relevância que haja uma abordagem terapêutica abrangente e personalizada para o tratamento do TDAH”. E complementa defendendo que esta abordagem personalizada envolva

tanto terapias quanto a prescrição médica, com uma consideração cuidadosa dos efeitos e limitações de ambos os métodos. Enquanto a medicação pode oferecer benefícios significativos, especialmente quando combinada com intervenções psicoterapêuticas, a medicalização isolada não aborda a complexidade do transtorno (Nogueira *et al.*, 2023).

Paiano *et al.* (2019) destaca que

Resultados das análises mostraram a utilização de um amplo espectro de metodologias nos programas investigados, tais como emprego de atividades computadorizadas, treinamento para pais e professores, intervenções psicossociais e tarefas de desafio dentro da sala de aula. Em sete dos nove artigos, as intervenções possibilitaram melhoras nos sintomas de TDAH, nas habilidades sociais, de organização e/ou funções executivas e quatro apresentaram melhoras tanto nos aspectos comportamentais quanto no desempenho acadêmico, foco da preocupação de pais e professores, motivo pelo qual devem ser mais explorados (Paiano *et al.*, 2019).

Por consequência, entende-se que o trabalho com alunos com TDAH se configura como uma ferramenta importante no manejo da abordagem multidisciplinar (Paiano *et al.*, 2019).

3 CONCLUSÃO

Com esta pesquisa, notou-se que os sintomas do TDAH precisam se manifestar no indivíduo entre os 6 e 12 anos de idade, mas que em raras exceções, podem se apresentar um pouco mais tarde.

O TDAH se caracteriza por sintomas como hiperatividade, desatenção e impulsividade, levando, por vezes a outros sintomas de ordem social e escolar, o que leva o paciente a impactos não desejados, seja de isolamento ou conversa excessiva, chegando até mesmo ao abandono escolar e utilização de álcool e outras drogas.

Em adolescentes o transtorno se mostra muito presente hoje em dia, o que dificulta a vida social do portador, uma vez que é nesta fase que as transformações físicas e de ordem social acontecem. Portanto o acompanhamento deste paciente na faixa de 12 anos a 17 anos, 11 meses e 29 dias se faz necessário.

Em conjunto com a família, a escola deve lançar mão de estratégias que vão além de medicamentosas. Tratamentos psicossociais e com medicamentos surtem efeitos a curto prazo e levam o aluno a superação de dificuldades a longo prazo. Por outro lado a rotina de estudos e a prática de exercícios físicos também perfazem um conjunto de métodos que a escola despeja sobre o aluno e que é capaz de tornar o indivíduo um ser que se relaciona bem com a família, colegas, professores e que desenvolve as atividades escolares de forma eficaz. Se faz também importante salientar que as estratégias devem ser alicerçadas de maneira a alimentar a não uniformização de métodos, agindo de forma multidisciplinar e personalizada, pois cada aluno demonstra níveis e sintomas diferentes.

Esta pesquisa conseguiu aprofundar o tema enquanto explorava as dificuldades de diagnósticos e tratamentos, além de averiguar quais as intervenções com resultados mais relevantes no âmbito familiar e escolar. Assim, espera-se contribuir para futuros estudos nesta temática tão presente no cotidiano escolar atual e que possa promover o incentivo para que professores, profissionais da saúde e família busquem alimentar a gama de conhecimento para trabalhar o TDAH em adolescentes.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** – DSM-5. 5. ed. M. I. C. Nascimento, Trad.). Porto Alegre, RS: Artme, 2002.
- BARKLEY, R. A. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: MASH, E. J.; BARKLEY, R. A. (Orgs.), **Treatment of childhood disorders**, New York v. 2, p. 55-110, 1998.
- BRAUN, K. C. R., MARCILIO, F. C. P., CORRÊA, M. A., & DIAS, A. C. G. (2019). **Terapia Cognitivo-Comportamental para adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: uma revisão sistemática de literatura. Contextos Clínicos**, 12(2), 617-635, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4013/ctc.2019.122.11>. Acesso em: 20 abr. 2025.
- DEMO, Pedro. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 1999.
- DESIDÉRIO, R. C. S; MIYAZAKI, M. C. O. S. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): orientações para a família**. 2007. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572007000100018>. Acesso em: 15 abr. 2025.
- DONIZETTI, Iara da Silva. TDAH e a importância de um diagnóstico correto. **Caderno Intersaberes**, v. 11, n. 32, p. 18-31, 2022.
- DUARTE, Thayla Brandão *et al.* TDAH: Atualização dos estudos que trazem diagnóstico e terapêutica baseado em evidências. **Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research**, v. 35, n. 2, 2021.
- FAIRMAN, Kathleen A.; PECKHAM, Alyssa M.; SCLAR, David A. Diagnosis and treatment of ADHD in the United States: Update by gender and race. **Journal of Attention Disorders**, v. 24, n. 1, p. 10-19, 2020.
- FARAONE, S. V.; CRUZ, L. P.; DE LA PEÑA OLVERA, F. R. Compreendendo conceitos essenciais da etiologia do TDAH. In: ROHDE, L. A. et al. (Orgs.). **Guia para compreensão e manejo do TDAH da World Federation of ADHD**. São Paulo: Artmed, 2019. p. 1-17
- GOMES, R. C. **Regulação semiótica no self educacional de adolescentes na transição para o ensino médio profissionalizante: a atuação da exotopia dentre as posições do eu**. 2018. Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Bahia, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/27216>. Acesso em: 20 abr. 2025.
- GRIMBOS, T.; WIENER, J. Testing the similarity fit/misfit hypothesis in adolescents and parents with ADHD. **Journal of Attention Disorders**, 22(13), 1224-1234, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1087054715622014>. Acesso em: 20 abr. 2025.
- LIMA, Isla Barbosa Leite. **TDAH e as relações sociais: dificuldades, desafios e estratégias para melhorar a qualidade de vida de crianças e adolescentes**. Instituição: Centro Universitário São Lucas. Disponível em:

file:///C:/Users/Maria%20Pereira/Downloads/Corre%C3%A7%C3%A3o+Izabely+Assuncao.pdf. Acesso em: 12 mar. 2025.

National Institute of Mental Health. **Attention Deficit Hyperactivity Disorder**. 2016. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficithyperactivity-disorderadhd/index.shtml>. Acesso em: 20 abr. 2025.

NEVES, S. I. C. H; FARINON, M. L; CORONEL, L. C. I. **Desafios contemporâneos do diagnóstico e tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade**. 2024. Disponível em <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n12p513-527>. Acesso em: 21 de abr. 2025.

NOGUEIRA, Maiara de Moura *et al.* Indicação de medicamentos no tratamento de crianças com TDAH. **TDAH: análises, compreensões e intervenções clínicas e pedagógicas**, v. 1, n. 1, p. 72-82, 2023.

PAIANO, Ronê; *et al.* **Programas de intervenção para alunos com TDAH no contexto escolar: uma revisão sistemática de literatura**. Universidade Federal de Santa Maria. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=313158902021>. Acesso em: 21 abr. 2025.

PIRES, S. M. A. M; *et al.* Impactos do TDAH à adolescência: Revisão literária de literatura. **Rev. bras. educ. espec.** 30. 2024. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1980-54702024v30e0174>. Acesso em: 30 mar. 2025.

11

PI DAVANZO, M.; LARRAGUIBEL QUIROZ, M.; ROJAS-ANDRADE, R.; ALDUNATE, C. Perfíles de personalidad: estudio comparativo de adolescentes con y sin TDAH. **Salud Mental**, 41(6), 287-296, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2018.041>. Acesso em: 20 abr. 2025.

RAMPAZZO, Lino. **Metodologia científica**: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. São Paulo: Stiliano, 1998.

RIEF, S. Estratégias de intervenção na escola. Trabalho apresentado na *II Conferencia internacional sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. São Camilo: Centro de Convenções, 2001.

ROKEACH, A.; WIENER, J. The romantic relationships of adolescents with ADHD. **Journal of Attention Disorders**, 22(51), 35-45, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F1087054714538660>. Acesso em: 20 abr. 2025.

THAPAR, ANITA; *et al.* **Depression in adolescence**. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22305766/>. Acesso em: 20 abr. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca Central. **Normas para apresentação de trabalhos**. 2. ed. Curitiba: UFPR, 1992. v. 2.