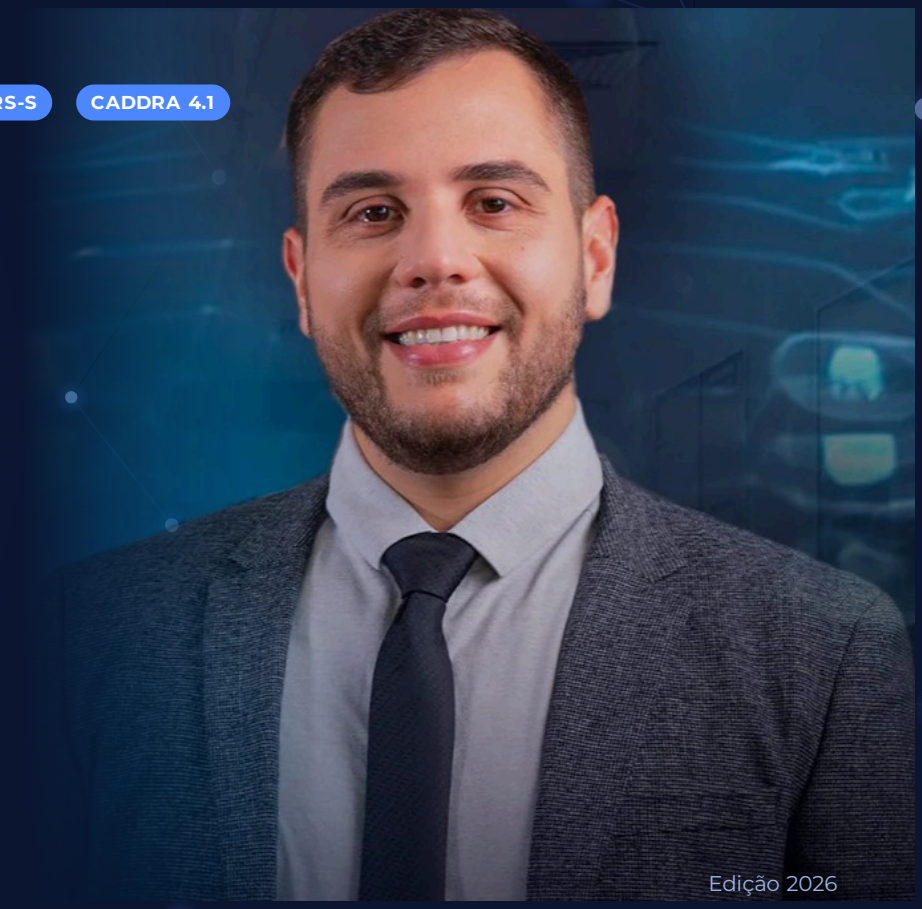
TDAHAcademy

FERRAMENTAS DE CONSULTA PARA O PSICÓLOGO CLÍNICO

GUIA DE CONSULTA RÁPIDA DO TDAH NO ADULTO

Reconhecer, avaliar, diferenciar e acompanhar. Critérios, escalas completas, fluxogramas e tabelas com referência a diretriz, organizados para serem usados durante o atendimento.

DSM-5-TR · ASRS V1.1 · WURS-25 · WFIRS-S · CADDRA 4.1 · NICE NG87



Curadoria
Dr. Lennon Assunção
Médico psiquiatra · CRM-BA 32.440

Edição 2026

APRESENTAÇÃO

POR QUE ESTE GUIA EXISTE

O TDAH no adulto é subdiagnosticado, sobrediagnosticado e maldiagnosticado ao mesmo tempo. Chega ao consultório do psicólogo como ansiedade que não responde, depressão recorrente, procrastinação crônica, relacionamentos que se desfazem, carreira abaixo do potencial. E muitas vezes sai de lá sem nome.

O TDAH Academy nasceu para formar o clínico que reconhece esse quadro, avalia com método, diferencia do que se parece com ele e conduz o tratamento em parceria com o prescritor. Este guia reúne, em formato de consulta rápida, as ferramentas que sustentam esse trabalho. Tudo aqui foi pensado para caber na mesa do consultório.

Como usar este guia e o que ele não faz 03

Seção 1. Reconhecer 04

Seção 2. Avaliar 09

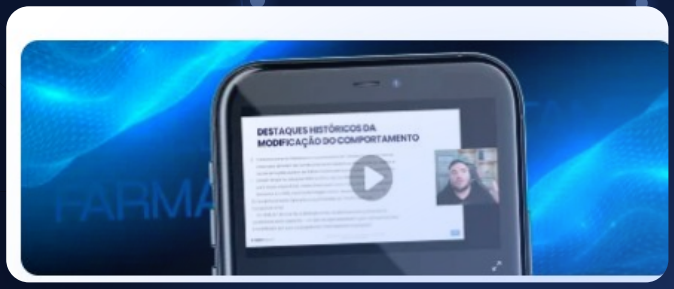
Seção 3. Diferenciar 17

Seção 4. Acompanhar a medicação sem prescrever 20

Seção 5. Intervir 24

De onde vem cada número 28

Os cursos do TDAH Academy 29



+500
profissionais formados

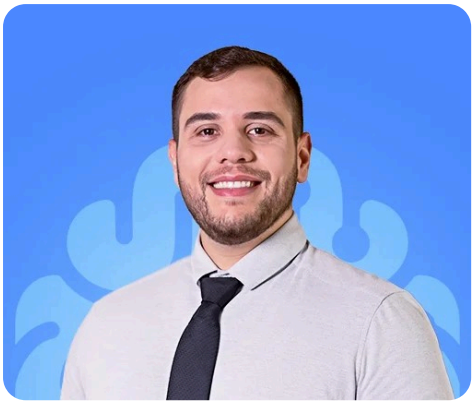
4,8
avaliação média (de 5)

86 h
de aula gravada

Toque nos títulos do sumário para ir direto à seção. Toque em qualquer menção a "Seção" ao longo do guia para voltar a ela.

CURADORIA

QUEM RESPONDE POR CADA LINHA



Dr. Lennon Assunção

Médico psiquiatra · CRM-BA 32.440

Professor e fundador do TDAH Academy. Especialista no diagnóstico e tratamento do TDAH em adultos, com mais de 1.000 pacientes atendidos no Brasil e no exterior.

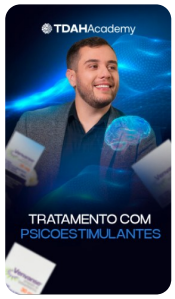
Responsável pela seleção dos instrumentos, pela tradução dos critérios para a vida adulta, pela tabela de medicações e pela revisão clínica de todas as seções deste guia. Cada tabela indica a fonte de onde o dado foi extraído; em caso de divergência com a diretriz ou a bula vigente, prevalece a fonte primária.

Sobre o TDAH Academy

Plataforma de formação em TDAH para psicólogos, psiquiatras e outros profissionais da saúde mental, com mais de 500 profissionais formados e avaliação média de 4,8 em 5. Dois programas compõem o catálogo, ambos com aulas curtas, slides, exercícios e certificado:

DOMINANDO TÉCNICAS DE TCC NO TDAH

68 horas. Diagnóstico, planejamento e tratamento de adultos com TDAH, da neurociência ao protocolo de sessão.



SEGREDOS DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO NO TDAH

18 horas. Como as medicações agem, eventos adversos, interações e grupos especiais, para médicos e para psicólogos que dialogam com eles.

Detalhes, valores e condições na última seção deste guia ou em tdahacademy.com.br.

Como este guia foi construído

DIRETRIZ, NÃO OPINIÃO

Cada tabela nasce de uma fonte nomeada: DSM-5-TR, CADDRA 4.1, NICE NG87, PCDT do Ministério da Saúde e os artigos originais de cada escala. A lista completa está em De onde vem cada número.

ESCALAS COMPLETAS

ASRS v1.1 (18 itens), WURS-25 e WFIRS-S estão reproduzidas na íntegra, com instrução ao paciente e regra de pontuação. Imprima a página e aplique.

REVISÃO CLÍNICA

Todo o conteúdo foi revisado pelo Dr. Lennon Assunção, com atenção especial à tabela de medicações e aos sinais que exigem contato com o prescritor.

ANTES DE COMEÇAR

COMO USAR ESTE GUIA

NA PRIMEIRA SUSPEITA

Vá à Seção 1. Os critérios do DSM-5-TR com a tradução para a vida adulta e o fluxograma de triagem dizem se vale a pena aprofundar.

NA AVALIAÇÃO

Seção 2. Aplique a ASRS, a WURS e a WFIRS, conduza a entrevista retrospectiva e colha o informante. Depois, a Seção 3 para descartar o que se parece com TDAH.

NO ACOMPANHAMENTO

Seção 4 quando o paciente está medicado: o que observar em sessão e quando falar com o prescritor. Seção 5 para o plano psicoterapêutico.

Convenções

MARCA	SIGNIFICADO
CONTATO COM O PRESCRITOR	Situação em que o psicólogo deve comunicar o médico responsável, com registro em prontuário.
SEÇÃO 2	Referência cruzada. No PDF, é um link: toque para ir à seção.
No curso, aprofundamos	Caixa escura ao fim de algumas páginas. Indica em qual módulo do TDAH Academy o tema é desenvolvido com casos.

O QUE ESTE GUIA NÃO FAZ

- **Não fecha diagnóstico.** O diagnóstico de TDAH é clínico, exige avaliação de um profissional habilitado e não resulta da pontuação de nenhuma escala. Toda escala deste guia é de rastreio ou de acompanhamento.
- **Não orienta prescrição.** A Seção 4 existe para que o psicólogo reconheça as medicações que o paciente usa, observe efeitos e se comunique com o prescritor. Indicação, escolha, dose, troca e suspensão de medicamento são atos médicos.
- **Não substitui a diretriz.** As fontes estão listadas na última seção. Em caso de divergência entre este guia e a bula ou a diretriz vigente, prevalece a fonte primária.
- **Não cobre crianças e adolescentes.** O foco é o adulto (18 anos ou mais). Critérios, escalas e medicações na infância diferem e são tratados em módulo próprio do curso.

Uso educacional, destinado a profissionais de saúde. Conteúdo revisado em setembro de 2026. Reprodução proibida sem autorização do TDAH Academy.

01
RECONHECER

Os critérios foram escritos pensando na criança. O adulto que chega ao consultório não corre pela sala: ele troca de emprego, esquece o boleto, começa dez projetos e fecha nenhum.

SEÇÃO 1 · RECONHECER

CRITÉRIOS DO DSM-5-TR TRADUZIDOS PARA A VIDA ADULTA

O DSM-5-TR exige, para o adulto (17 anos ou mais), **pelo menos cinco** sintomas de desatenção e/ou **pelo menos cinco** de hiperatividade-impulsividade, presentes por no mínimo seis meses, em grau inconsistente com o nível de desenvolvimento e com impacto direto nas atividades. A coluna da direita mostra como cada critério costuma aparecer no adulto, que é onde o clínico mais erra.

A1. Desatenção

CRITÉRIO (DSM-5-TR)	COMO APARECE NO ADULTO
a. Não presta atenção a detalhes ou comete erros por descuido	Erros em planilhas, e-mails enviados sem anexo, retrabalho frequente, multas por detalhe não lido
b. Dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades	Relê o mesmo parágrafo, não termina relatórios longos, abandona reuniões mentalmente, perde o fio em conversas
c. Parece não escutar quando lhe dirigem a palavra	Parceiro reclama que "nunca ouve"; precisa que repitam instruções; responde sem ter registrado a pergunta
d. Não segue instruções até o fim e não termina tarefas	Projetos começados e não concluídos, cursos abandonados, tarefas que ficam a 80%
e. Dificuldade para organizar tarefas e atividades	Não estima tempo, atrasa prazos, mesa e arquivos caóticos, agenda que não funciona, sequenciamento ruim
f. Evita tarefas que exigem esforço mental prolongado	Procrastina declaração de imposto, contratos, trabalhos acadêmicos; "trava" diante de tarefa longa
g. Perde objetos necessários	Chaves, carteira, celular, documentos, óculos; refaz documentos perdidos com frequência
h. Distrai-se facilmente com estímulos externos	No adulto inclui pensamentos não relacionados; abre dez abas, checa o celular a cada notificação
i. Esquecimento nas atividades diárias	Esquece pagamentos, consultas, retorno de ligações, compromissos com filhos; depende de lembretes que também ignora

Fonte: American Psychiatric Association, DSM-5-TR (2022), critérios diagnósticos do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Exemplos da coluna direita adaptados pelos curadores a partir do texto explicativo do manual e da diretriz CADDRA 4.1.

ERROS DE CONTAGEM MAIS COMUNS

- **Contar o sintoma pela intensidade da queixa, não pela frequência.** O critério pede que o sintoma ocorra com frequência e por seis meses; um episódio marcante não pontua.
- **Aceitar a resposta sem exemplo.** "Sim, me distraio" não conta. Peça a situação da semana passada.
- **Ignorar o custo da compensação.** Quem chega no prazo trabalhando o dobro das horas preenche o critério de organização, não o contrário.
- **Pontuar sintoma explicado por outro quadro.** Desatenção que só existe em episódio depressivo é da depressão (Seção 3).

CRITÉRIOS DO DSM-5-TR (CONTINUAÇÃO)

A2. Hiperatividade e impulsividade

CRITÉRIO (DSM-5-TR)	COMO APARECE NO ADULTO
a. Remexe-se ou batuca mãos e pés, contorce-se na cadeira	Balança a perna em reunião, mexe em caneta, não consegue assistir a um filme sem mexer no celular
b. Levanta-se em situações em que se espera que fique sentado	Sai da mesa em jantares longos, prefere trabalhar em pé, "não aguenta" cinema ou avião
c. Corre ou sobe em coisas de forma inadequada	No adulto, limita-se a uma sensação subjetiva de inquietação interna
d. Incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer com calma	Não consegue relaxar em férias, sente culpa ao descansar, lazer vira mais uma tarefa
e. "Não para", age como se estivesse "com o motor ligado"	Desconforto em ficar parado por tempo prolongado, agenda lotada por necessidade, várias atividades simultâneas
f. Fala demais	Monopoliza conversas, interrompe apresentações, envia áudios longos
g. Responde antes de a pergunta ser concluída	Completa a frase dos outros, fala por cima do interlocutor, decide antes de ouvir a proposta inteira
h. Dificuldade para esperar a sua vez	Impaciência em filas e trânsito, troca de fila repetidamente, irritação desproporcional em espera
i. Interrompe ou se intromete	Assume tarefas dos outros, entra em conversas alheias, responde e-mails que não eram para ele

Critérios B a E (todos obrigatórios)

CRITÉRIO	O QUE VERIFICAR
B. Início	Vários sintomas presentes **antes dos 12 anos**. Não exige diagnóstico na infância, exige evidência retrospectiva (Seção 2)
C. Contextos	Sintomas em **dois ou mais** contextos (casa, trabalho, estudos, relações)
D. Prejuízo	Evidência clara de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional
E. Exclusão	Não ocorrem exclusivamente durante esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental

Especificadores

ESPECIFICADOR	DEFINIÇÃO
Apresentação combinada	A1 e A2 preenchidos nos últimos 6 meses
Predominantemente desatenta	Somente A1 preenchido nos últimos 6 meses
Predominantemente hiperativa/impulsiva	Somente A2 preenchido nos últimos 6 meses
Remissão parcial	Critérios completos no passado, menos que os critérios completos nos últimos 6 meses, com prejuízo persistente
Gravidade	Leve, moderada ou grave, conforme número de sintomas além do mínimo e intensidade do prejuízo

SEÇÃO 1 · RECONHECER

FLUXOGRAMA DE TRIAGEM NO CONSULTÓRIO DO PSICÓLOGO

O percurso abaixo vai da suspeita até a hipótese diagnóstica e o encaminhamento. Ele foi desenhado para o psicólogo que atende adultos e reconhece o padrão no meio de outra queixa, que é a situação mais comum.

1. SUSPEITA

Queixa direta ("acho que tenho TDAH") ou padrão indireto: ansiedade ou depressão que não respondem, procrastinação crônica, instabilidade em emprego ou relações, histórico escolar irregular, familiar de primeiro grau com TDAH.

▼

2. RASTREIO

ASRS v1.1 Parte A (6 itens, Seção 2).

QUATRO OU MAIS

respostas nas células sombreadas indicam rastreio positivo. Rastreio negativo com forte suspeita clínica não encerra a investigação.

▼

3. ENTREVISTA DOS CRITÉRIOS

Percorrer os 18 sintomas do DSM-5-TR com exemplos concretos da vida atual (Seção 1). Registrar contextos, duração e prejuízo em cada domínio funcional.

▼

4. HISTÓRIA DE INÍCIO E INFORMANTE

Entrevista retrospectiva da infância (Seção 2): boletins, relatos de pais e professores, repetência, apelidos. Sempre que possível, informante colateral (parceiro, familiar).

▼

5. DIFERENCIAR E MAPEAR COMORBIDADES

Seção 3. Rastrear ansiedade, depressão, bipolaridade, uso de substâncias, sono, trauma. Verificar se outro transtorno explica melhor o quadro.

▼

6. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E ENCAMINHAMENTO

Registrar a hipótese com os elementos que a sustentam. Encaminhar ao psiquiatra para avaliação médica, exclusão de causas clínicas e decisão sobre farmacoterapia. Iniciar plano psicoterapêutico (Seção 5) em paralelo.

QUANDO ENCAMINHAR ANTES DE COMPLETAR A AVALIAÇÃO

- Ideação suicida ou risco a terceiros
- Sintomas psicóticos ou maníacos atuais
- Uso ativo e grave de substâncias
- Suspeita de causa clínica (tireoide, apneia, TCE recente)

O QUE REGISTRAR NO PRONTUÁRIO

- Pontuação da ASRS e data
- Número de critérios A1 e A2 preenchidos, com exemplos
- Evidência de início antes dos 12 anos e fonte dessa evidência
- Domínios de prejuízo e comorbidades rastreadas

SEÇÃO 1 · RECONHECER

ONDE O TDAH DO ADULTO DEIXA MARCA

Use esta tabela na entrevista para transformar a pergunta abstrata ("você se distrai?") em pergunta situada ("como você lida com boletos?"). O adulto com TDAH frequentemente não se reconhece nos critérios, mas se reconhece nas consequências.

DOMÍNIO	PADRÕES FREQUENTES	PERGUNTA QUE ABRE O TEMA
Trabalho	Subemprego em relação à formação, trocas frequentes de emprego, prazos perdidos, avaliações que elogiam o potencial e criticam a entrega, dificuldade com tarefas administrativas	"Como costuma ser o seu fim de mês no trabalho, quando acumulam prazos?"
Estudos	Notas irregulares, estudo só sob pressão da véspera, cursos trancados, TCC que não sai, boa nota em prova e má nota em trabalho longo	"Como era a semana de provas na escola e na faculdade?"
Finanças	Contas atrasadas mesmo com dinheiro na conta, compras por impulso, multas e juros recorrentes, dificuldade com declaração de imposto	"Quantas vezes por ano você paga alguma conta com juros por esquecimento?"
Relações	Parceiro que se sente ignorado ou que assume o papel de organizador, brigas por esquecimento e atrasos, término abrupto de relações	"O que a pessoa com quem você vive mais reclama de você?"
Direção e saúde	Multas, pequenas colisões, uso irregular de medicações, consultas perdidas, dificuldade em manter rotina de exercício ou dieta	"Quantas multas você tomou nos últimos dois anos?"
Rotina doméstica	Objetos perdidos, tarefas domésticas acumuladas, projetos de reforma inacabados, dificuldade em manter horários de sono	"Como está a sua casa hoje, se eu entrasse nela agora?"
Emoção e autoimagem	Sensação crônica de estar abaixo do potencial, vergonha, irritabilidade e reatividade emocional, sensibilidade à rejeição	"Qual foi a última vez que você se sentiu à altura do que sabe que consegue?"

Quem passa despercebido

PERFIL	POR QUE ESCAPA	O QUE FAZER DIFERENTE
Mulheres	Apresentação predominantemente desatenta, menos hiperatividade visível, sintomas atribuídos a ansiedade, depressão ou "jeito"; compensação por esforço excessivo	Perguntar pelo custo da compensação: horas a mais, exaustão, crises ao aumento de demanda (maternidade, promoção)
Adultos com QI elevado	Compensam até que a demanda supere a capacidade (pós-graduação, cargo de gestão); histórico escolar bom	Investigar o momento em que a estratégia de compensação deixou de funcionar
Diagnóstico prévio de ansiedade ou depressão "refratária"	Sintomas de TDAH lidos como secundários ao humor; tratamento parcial do quadro	Reavaliar a cronologia: o que veio primeiro e o que persiste quando o humor melhora
Uso de substâncias	Sintomas atribuídos ao uso; TDAH tratado como consequência	Rastrear início na infância, antes do uso; avaliar em período de abstinência quando possível

02
AVALIAR

Escala não diagnostica. Escala organiza a conversa, dá número ao acompanhamento e protege o clínico de confiar só na impressão. As três escalas desta seção estão completas e prontas para aplicar.

SEÇÃO 2 · AVALIAR

ASRS V1.1 PARTE A, RASTREIO

A Adult ADHD Self-Report Scale foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde com o grupo de Kessler (Harvard) e tem versão em português do Brasil validada por Mattos e colaboradores. A Parte A, com seis itens, é o rastreio; a Parte B, na página seguinte, aprofunda a entrevista.

INSTRUÇÃO AO PACIENTE

Responda às perguntas abaixo avaliando a si mesmo de acordo com os critérios à direita. Ao responder, marque a resposta que melhor descreve como você se sentiu e se comportou **nos últimos 6 meses**. Entregue o questionário preenchido ao seu profissional.

ITEM	NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	MUITO FREQUENTEMENTE
1. Com que frequência você tem dificuldade para terminar os detalhes finais de um projeto, depois que as partes mais difíceis já foram feitas?			■	■	■
2. Com que frequência você tem dificuldade para colocar as coisas em ordem quando precisa fazer uma tarefa que exige organização?			■	■	■
3. Com que frequência você tem problemas para lembrar de compromissos ou obrigações?			■	■	■
4. Quando tem uma tarefa que exige muito esforço mental, com que frequência você evita ou adia o início?				■	■
5. Com que frequência você fica se remexendo ou mexendo as mãos ou os pés quando precisa ficar sentado por muito tempo?				■	■
6. Com que frequência você se sente excessivamente ativo e compelido a fazer coisas, como se estivesse "com um motor ligado"?				■	■

Pontuação da Parte A

Conte as respostas marcadas em células **azuis**. **Quatro ou mais** indicam sintomas altamente compatíveis com TDAH no adulto e justificam investigação completa. Sensibilidade de 68,7% e especificidade de 99,5% no estudo original.

O que a Parte A não faz

Não diagnostica e não gradua gravidade. Rastreio negativo com forte suspeita clínica não encerra a investigação: prossiga com a entrevista dos critérios (Seção 1) e a história de infância.

Fonte: KESSLER, R. C. et al. Psychological Medicine, v. 35, p. 245-256, 2005. Versão brasileira: MATTOS, P. et al. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 33, n. 4, p. 188-194, 2006. © New York University e President and Fellows of Harvard College.

SEÇÃO 2 · AVALIAR

ASRS V1.1 PARTE B, SINTOMAS

Os doze itens abaixo completam os 18 sintomas do DSM. Não entram na contagem do rastreio, mas dão ao clínico o mapa completo para a entrevista: cada item corresponde a um critério e as respostas em células azuis indicam sintomas frequentes que merecem exemplo concreto na conversa.

ITEM	NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	MUITO FREQUENTEMENTE
7. Com que frequência você comete erros por descuido quando precisa trabalhar em um projeto chato ou difícil?				■	■
8. Com que frequência você tem dificuldade para manter a atenção quando está fazendo um trabalho chato ou repetitivo?				■	■
9. Com que frequência você tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas falam diretamente com você?			■	■	■
10. Com que frequência você perde ou tem dificuldade para encontrar coisas em casa ou no trabalho?				■	■
11. Com que frequência você se distrai com atividades ou barulhos ao seu redor?				■	■
12. Com que frequência você sai do seu lugar em reuniões ou em outras situações nas quais deveria permanecer sentado?			■	■	■
13. Com que frequência você se sente inquieto ou agitado?				■	■
14. Com que frequência você tem dificuldade para relaxar e descansar quando tem tempo livre?				■	■
15. Com que frequência você se pega falando demais em situações sociais?				■	■
16. Quando está conversando, com que frequência você se pega terminando as frases das pessoas antes que elas mesmas terminem?			■	■	■
17. Com que frequência você tem dificuldade para esperar a sua vez em situações em que isso é necessário?				■	■
18. Com que frequência você interrompe os outros quando eles estão ocupados?			■	■	■

Como usar a Parte B

Itens 1 a 4 e 7 a 11 correspondem à desatenção; itens 5, 6 e 12 a 18, à hiperatividade e impulsividade. Some as células azuis em cada bloco e compare com os critérios da Seção 1: cinco ou mais em um bloco, com início na infância e prejuízo em dois contextos, sustenta a hipótese.

No acompanhamento

Reaplique os 18 itens a cada 8 a 12 semanas. A escala é sensível à mudança e serve para documentar a resposta ao tratamento no prontuário e na comunicação com o prescritor (Seção 4).

Fonte: KESSLER, R. C. et al., 2005; MATTOS, P. et al., 2006. © New York University e President and Fellows of Harvard College.

SEÇÃO 2 · AVALIAR

ROTEIRO DE ENTREVISTA RETROSPECTIVA DA INFÂNCIA

O critério B exige evidência de sintomas antes dos 12 anos. Não exige que tenha havido diagnóstico. A memória do adulto sobre a própria infância é falha e enviesada, então o roteiro combina relato, documento e informante.

Blocos e perguntas-âncora

BLOCO	PERGUNTAS
Escola: desempenho	"Como eram as suas notas? Tinha diferença entre provas e trabalhos longos?" "Repetiu algum ano? Trocou de escola por quê?"
Escola: comportamento	"O que os professores escreviam sobre você nos boletins?" "Era chamado de distraído, avoado, bagunceiro, tagarela, 'vive no mundo da lua'?"
Casa	"Como era a hora do dever de casa?" "Seus pais precisavam ficar ao lado para você terminar?" "Perdia material, esquecia recado?"
Relações	"Tinha dificuldade para esperar a vez em jogos?" "Brigava com frequência, interrompia?" "Era excluído por ser 'demais'?"
Acidentes e impulsividade	"Teve muitos machucados, fraturas, pontos?" "Fazia coisas sem pensar que assustavam os adultos?"
Família	"Alguém na família tem TDAH diagnosticado ou 'é igual a você'?" (herdabilidade estimada em 70 a 80%)

Documentos que valem mais que a memória

- Boletins escolares, especialmente com observações do professor
- Laudos ou relatórios de psicólogo, fonoaudiólogo ou pedagogo da infância
- Cadernos antigos (organização, tarefas incompletas)
- Fotos e vídeos de família em situações estruturadas (festas, escola)

Informante colateral

Pais, irmãos mais velhos ou parceiro atual. Pedir exemplos concretos, não adjetivos. Quando o informante é o parceiro, ele informa sobre o presente; para a infância, priorizar pais e irmãos.

PERGUNTA AO INFORMANTE	O QUE BUSCA
"Descreva uma manhã típica dele(a) aos 8 anos."	Sequenciamento, esquecimento, necessidade de supervisão
"Como ele(a) era em situações que exigiam ficar quieto?"	Hiperatividade observável
"Qual era a reclamação mais comum da escola?"	Prejuízo em contexto fora de casa
"O que mudou e o que continua igual hoje?"	Persistência dos sintomas na vida adulta

ARMADILHA FREQUENTE

Aceitar "eu era uma criança normal" como resposta. Adultos com TDAH predominantemente desatento raramente foram problema para a escola; foram esquecidos por ela. Pergunte pelo esforço invisível: quanto os pais faziam por ele, quanto tempo levava para fazer o que os colegas faziam em metade.

SEÇÃO 2 · AVALIAR

WURS-25 SINTOMAS RETROSPECTIVOS DA INFÂNCIA

A Wender Utah Rating Scale, versão de 25 itens, mede quanto o adulto reconhece em si, quando criança, os traços associados ao TDAH. Serve ao critério B (início antes dos 12 anos) e complementa o roteiro de entrevista. Não diagnostica.

INSTRUÇÃO AO PACIENTE

Pensando em como você era **quando criança** (antes dos 12 anos), marque em que grau cada afirmação descreve você: 0 = de jeito nenhum ou muito pouco; 1 = um pouco; 2 = moderadamente; 3 = bastante; 4 = muito.

QUANDO EU ERA CRIANÇA, EU ERA (OU TINHA)...	0	1	2	3	4
1. Problemas de concentração, facilmente distraído					
2. Ansioso, preocupado					
3. Nervoso, inquieto					
4. Desatento, "sonhando acordado"					
5. Explosões de raiva, mau humor					
6. Problemas com temperamento, "pavio curto"					
7. Dificuldade em terminar o que começava					
8. Teimoso, cabeça-dura					
9. Triste ou deprimido, infeliz					
10. Desobediente aos pais, rebelde					
11. Baixa opinião de mim mesmo					
12. Irritável					
13. Mal-humorado, com altos e baixos					
14. Impulsivo, fazia as coisas sem pensar					
15. Tendência a ser imaturo					
16. Sentimentos de culpa, arrependimento					
17. Perdia o controle de mim mesmo					
18. Tendência a ser ou agir de forma irracional					
19. Impopular com outras crianças, sem amizades duradouras					
20. Dificuldade de me colocar no lugar dos outros					
21. Problemas com autoridade, problemas com a escola					
22. Em geral, um aluno ruim, aprendia devagar					
23. Dificuldade com matemática ou números					
24. Não alcançava o meu potencial					
25. Problemas com os professores					

Pontuação

Some os 25 itens (0 a 100). No estudo original, o ponto de corte de **46 ou mais** identificou 86% dos adultos com TDAH e 99% dos controles sem o transtorno. Pontuações altas em pacientes com depressão atual devem ser lidas com cautela: o humor deprimido infla o relato retrospectivo.

Como usar na entrevista

Itens pontuados com 3 ou 4 viram perguntas: "você marcou que perdia o controle com frequência; me conta uma situação". A escala abre a memória; o exemplo concreto é o que vale para o critério B.

Fonte: WARD, M. F.; WENDER, P. H.; REIMHERR, F. W. American Journal of Psychiatry, v. 150, n. 6, p. 885-890, 1993.

SEÇÃO 2 · AVALIAR

WFIRS-S PREJUÍZO FUNCIONAL, AUTORRELATO

A Weiss Functional Impairment Rating Scale mede o que o sintoma custa na vida do paciente, domínio por domínio. Sustenta o critério D, orienta as metas do tratamento e mostra mudança ao longo do tempo.

INSTRUÇÃO AO PACIENTE

Marque quanto cada item foi um problema para você **no último mês**: 0 = nunca ou de jeito nenhum; 1 = às vezes ou um pouco; 2 = frequentemente ou bastante; 3 = muito frequentemente ou muitíssimo; n/a = não se aplica.

A. FAMÍLIA	0	1	2	3	N/A
1. Ter problemas para me dar bem com a família					
2. Ter problemas para me dar bem com o cônjuge ou parceiro					
3. Depender dos outros para fazer coisas por mim					
4. Causar brigas na família					
5. Fazer com que seja difícil para a família se divertir junto					
6. Problemas para cuidar da família					
7. Problemas para equilibrar as minhas necessidades com as da família					
8. Problemas para perder o controle com a família					
9. Problemas de dinheiro com a família					
10. Problemas para manter a organização da casa					

B. TRABALHO	0	1	2	3	N/A
1. Problemas de desempenho no trabalho					
2. Problemas com os colegas					
3. Problemas com o chefe ou supervisor					
4. Problemas para manter a organização					
5. Problemas para me manter em um emprego					
6. Problemas para aceitar ordens					
7. Problemas para trabalhar em equipe					
8. Chegar atrasado ou faltar					
9. Problemas com prazos					
10. Problemas para me manter atento à tarefa					
11. Problemas por perder o controle com os colegas					

C. ESTUDOS	0	1	2	3	N/A
1. Problemas para tirar boas notas					
2. Problemas para acompanhar o conteúdo					
3. Problemas para entregar trabalhos no prazo					
4. Problemas com os professores					
5. Problemas para me manter atento em aula					
6. Problemas com os colegas					
7. Problemas para me organizar					
8. Problemas para estudar					
9. Chegar atrasado ou faltar					
10. Comportamento inadequado em aula					

D. HABILIDADES DE VIDA	0	1	2	3	N/A
1. Uso excessivo de televisão, computador ou videogame					
2. Problemas para manter a higiene pessoal					
3. Problemas para me preparar para sair de casa					
4. Problemas para me preparar para dormir					
5. Problemas com alimentação (irregular, compulsiva)					
6. Problemas com o sono					
7. Acidentes e lesões					
8. Evitar exercício físico					
9. Problemas para manter consultas e compromissos					
10. Problemas com a saúde geral					
11. Problemas com o cuidado com as finanças					
12. Problemas para dirigir com segurança					

Fonte: WEISS, M. D. Weiss Functional Impairment Rating Scale, Self-Report. Toronto: CADDRA, 2011. Continua na página seguinte.

WFIRS-S (CONTINUAÇÃO)

E. AUTOCONCEITO	0	1	2	3	N/A
1. Sentir-me mal comigo mesmo					
2. Sentir-me frustrado comigo mesmo					
3. Sentir-me desanimado					
4. Não me sentir feliz com a minha vida					
5. Sentir-me incompetente					

F. SOCIAL	0	1	2	3	N/A
1. Ser excluído ou ignorado					
2. Ter problemas para fazer amigos					
3. Ter problemas para manter amigos					
4. Dizer ou fazer coisas inadequadas					
5. Reclamações dos vizinhos ou da comunidade					
6. Problemas para me divertir					
7. Problemas para participar de atividades de lazer					
8. Problemas para me manter interessado em hobbies					
9. Comportamento agressivo com outros					

PONTUAÇÃO

Para cada domínio, calcule a **média** dos itens respondidos (sem os n/a). Considera-se o domínio **prejudicado** quando a média é igual ou superior a **1,5**, ou quando há **dois ou mais itens com 2**, ou **um item com 3**.

O escore total é a média de todos os itens respondidos. Reaplique a cada 8 a 12 semanas: queda de 0,5 na média do domínio-alvo é mudança clinicamente relevante e vale registrar no prontuário e na comunicação com o prescritor (Seção 4).

G. RISCO	0	1	2	3	N/A
1. Comportamento agressivo com outros					
2. Fazer coisas ilegais					
3. Envolvimento com a polícia					
4. Fumar					
5. Beber em excesso					
6. Uso de drogas					
7. Fazer coisas perigosas					
8. Causar dano público					
9. Comportamento sexual de risco					
10. Ser rude com os outros					
11. Perder o controle					
12. Dirigir de forma perigosa					
13. Ter multas ou pequenos acidentes de trânsito					
14. Machucar os outros					

DA ESCALA AO PLANO

Os domínios prejudicados vão para o mapa de prejuízo da página seguinte e viram as metas do tratamento (Seção 5). O domínio G, quando pontuado, pede avaliação de risco na própria sessão.

Fonte: WEISS, M. D. Weiss Functional Impairment Rating Scale, Self-Report. Toronto: CADDRA, 2011. Disponível no eToolkit CADDRA (caddra.ca/etoolkit).

SEÇÃO 2 · AVALIAR

MAPA DE PREJUÍZO E RASTREIO DE COMORBIDADE

Depois da WFIRS-S, transforme os domínios prejudicados em metas. Sintoma sem prejuízo não é transtorno; prejuízo sem meta não vira tratamento. Preencha com o paciente na sessão de devolutiva.

Mapa de prejuízo funcional

DOMÍNIO	EXEMPLO CONCRETO RELATADO	MÉDIA WFIRS	META INICIAL
Trabalho ou estudos			
Finanças			
Relações íntimas e família			
Vida social			
Saúde e autocuidado			
Rotina doméstica			
Direção e risco			
Autoimagem e emoção			

Rastreio de comorbidade: aplicar sempre

INSTRUMENTO	O QUE RASTREIA	CORTE USUAL	POR QUE IMPORTA NO TDAH
PHQ-9	Depressão (9 itens)	10 ou mais: moderada; 20 ou mais: grave	Depressão moderada a grave tem prioridade de tratamento; concentração ruim pode ser só do humor
GAD-7	Ansiedade generalizada (7 itens)	10 ou mais: provável TAG	Ansiedade é a comorbidade mais frequente e a que mais imita desatenção
MDQ	Transtorno bipolar (13 itens + 2)	7 ou mais itens, ao mesmo tempo, com prejuízo moderado ou grave	Estimulante em bipolar não tratado pode precipitar mania; sempre encaminhar antes
AUDIT	Uso de álcool (10 itens)	8 ou mais: uso de risco	Uso ativo grave é tratado antes; automedicação com álcool é comum
ASSIST	Outras substâncias	Por substância	Cannabis e nicotina são frequentes; influenciam a escolha da formulação pelo prescritor
Diário de sono (2 semanas)	Insônia, atraso de fase	Latência acima de 30 min ou eficiência abaixo de 85%	Sono ruim piora todos os sintomas; entra no plano desde a primeira sessão

NO CURSO, APROFUNDAMOS

A aplicação e a interpretação de cada instrumento, com casos reais e a devolutiva ao paciente, estão no módulo de avaliação do curso **Dominando Técnicas de TCC no TDAH**. Neste guia você tem a ferramenta; no curso, o treino de uso.

03
DIFERENCIAR

Tudo o que atrapalha a atenção parece TDAH. O clínico que não diferencia trata o sintoma errado e chama o paciente de refratário.

SEÇÃO 3 · DIFERENCIAR

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: O TRAÇO QUE DISTINGUE E A PERGUNTA QUE RESOLVE

A tabela foi construída em torno de uma regra: o TDAH é crônico, começa na infância e não flutua com o humor. O que é episódico, tem início definido na vida adulta ou melhora quando o outro quadro melhora provavelmente não é TDAH, ou não é só TDAH.

CONDIÇÃO	O QUE SE PARECE COM TDAH	O TRAÇO QUE DISTINGUE	A PERGUNTA QUE RESOLVE
Transtorno de ansiedade generalizada	Desatenção, inquietação, dificuldade para concluir tarefas	A desatenção é por preocupação; a inquietação é tensa, não "motor ligado"; sem impulsividade	"Quando você está distraído, a cabeça está vazia ou está cheia de preocupação?"
Depressão maior	Concentração ruim, lentidão, procrastinação, esquecimento	Episódica, com humor deprimido, anedonia e alteração de sono e apetite; concentração melhora com o humor	"Você sempre foi assim ou isso começou junto com a tristeza?"
Transtorno bipolar	Aceleração, fala rápida, impulsividade, distraibilidade	Episódico, com elevação do humor, redução da necessidade de sono e grandiosidade; TDAH é constante	"Já teve dias seguidos com pouco sono e mais energia do que o normal, sem cansaço?"
TEPT e trauma complexo	Hipervigilância lida como distraibilidade, irritabilidade, dificuldade de concentração	Início após evento, revivência, evitação, reatividade a gatilhos	"A dificuldade de concentração começou depois de algum acontecimento?"
Uso de substâncias	Desatenção, impulsividade, desorganização	Sintomas acompanham o padrão de uso e abstinência; verificar início antes do uso	"Como era a sua atenção antes de começar a usar?"
Transtorno de personalidade borderline	Impulsividade, instabilidade emocional, relações caóticas	Medo de abandono, instabilidade de identidade, autolesão; impulsividade ligada ao afeto interpessoal	"A impulsividade aparece mais quando você se sente rejeitado?"
Transtorno do espectro autista	Desatenção a estímulos sociais, rigidez lida como desorganização	Déficit de reciprocidade social, interesses restritos, hipersensibilidade sensorial; podem coexistir	"O problema é começar e manter, ou é entender o que os outros esperam de você?"
Apneia do sono e insônia	Sonolência, lapsos de atenção, irritabilidade	Ronco, sono não reparador, sonolência diurna; sintomas melhoram com o tratamento do sono	"Você acorda descansado? Alguém já disse que você ronca ou para de respirar?"
Hipotireoidismo, anemia, deficiência de B12	Lentidão, fadiga, dificuldade cognitiva	Início na vida adulta, sintomas físicos associados; exames alterados	Encaminhar para avaliação médica com exames
Transtorno específico de aprendizagem	Mau desempenho escolar, evitação de leitura e escrita	Déficit circunscrito (leitura, escrita, cálculo) com atenção preservada fora dele; frequente comorbidade	"A dificuldade é com tudo o que exige atenção ou só com ler e escrever?"
Burnout e sobrecarga	Esquecimento, exaustão, desorganização recente	Início ligado à demanda, sem história na infância, reversível com afastamento	"Isso começou quando a carga aumentou ou você sempre foi assim, só piorou?"

Fontes: DSM-5-TR (2022), seção de diagnóstico diferencial; CADDRA 4.1 (2021), capítulo de diagnóstico diferencial e comorbidades; NICE NG87 (2018, atualizada em 2019).

SEÇÃO 3 · DIFERENCIAR

COMORBIDADES NO ADULTO: O QUE RASTREAR SEMPRE

Comorbidade é a regra, não a exceção. Cerca de 80% dos adultos com TDAH têm ao menos um outro transtorno psiquiátrico ao longo da vida. O erro mais comum é tratar a comorbidade e não enxergar o TDAH por trás dela; o segundo é o inverso.

COMORBIDADE	FREQUÊNCIA APROXIMADA NO ADULTO COM TDAH	COMO RASTREAR	IMPLICAÇÃO PARA O PLANO
Transtornos de ansiedade	Cerca de 50% ao longo da vida	GAD-7; perguntar pela cronologia	Tratar em paralelo. A ansiedade frequentemente é secundária ao fracasso repetido; melhora quando o TDAH é tratado
Depressão maior	Cerca de 35 a 50% ao longo da vida	PHQ-9; avaliar risco	Depressão moderada a grave tem prioridade; o TDAH é tratado quando o humor estabiliza
Transtorno bipolar	Cerca de 10 a 20%	MDQ; história familiar; episódios de hipomania	Sempre encaminhar ao psiquiatra antes de qualquer estimulante; risco de virada maníaca
Uso de substâncias	Cerca de 15 a 25% (álcool, cannabis, nicotina)	AUDIT, ASSIST; perguntar por automedicação	Uso ativo grave é tratado antes; o psiquiatra avalia formulações de menor potencial de abuso
Transtornos de personalidade (borderline, antissocial)	Cerca de 10 a 25%	Entrevista clínica; padrão interpessoal	Abordagem integrada; a impulsividade tem duas fontes e o plano precisa nomear as duas
Transtorno do espectro autista	Cerca de 10 a 30% em amostras clínicas	Avaliação específica quando há sinal social ou sensorial	Adaptar a psicoterapia: mais estrutura, menos metáfora, previsibilidade
Transtornos do sono	Muito frequentes (insônia, atraso de fase)	Diário de sono; perguntar por horário de dormir e qualidade	Higiene do sono entra no plano desde a primeira sessão; sono ruim piora todos os sintomas
Transtorno específico de aprendizagem	Cerca de 20 a 40% (histórico)	História escolar; avaliação neuropsicológica	Estratégias de compensação específicas; encaminhar quando o desempenho acadêmico é a queixa central

Frequências arredondadas a partir de Kessler et al. (2006), Katzman et al. (2017) e CADDRA 4.1 (2021); variam conforme amostra e método.

Ordem de tratamento quando há comorbidade (princípio CADDRA)

PRIMEIRO
Condição mais grave ou instável: risco de suicídio, mania, psicose, uso grave de substâncias, transtorno alimentar grave.

▼

DEPOIS
Condição que mais prejudica no momento. Se o TDAH é a fonte do fracasso que alimenta a depressão leve, tratá-lo pode resolver as duas.

▼

SEMPRE
Reavaliar a comorbidade após o TDAH ser tratado. Muitos sintomas ansiosos e depressivos são secundários e remitem.

04

ACOMPANHAR A MEDICAÇÃO SEM PRESCREVER

O psicólogo vê o paciente mais vezes que o psiquiatra. Ele é quem percebe primeiro que a dose acabou às 15h, que o sono piorou, que o paciente parou de tomar. Essa informação só tem valor se chegar ao prescritor.

SEÇÃO 4 · ACOMPANHAR A MEDICAÇÃO SEM PRESCREVER

MEDICAÇÕES QUE O PACIENTE PODE ESTAR USANDO

LEIA ANTES DE USAR ESTA TABELA

Esta tabela existe para que o psicólogo **reconheça** o que o paciente toma, **saiba o que esperar** e **observe** o que reportar. Indicação, escolha, dose, ajuste, troca e suspensão são decisões exclusivas do médico prescritor. As faixas de dose aparecem apenas para que o clínico entenda a fase do tratamento em que o paciente está.

MEDICAÇÃO (NOMES COMERCIAIS NO BRASIL)	CLASSE E FAIXA USUAL NO ADULTO	INÍCIO E DURAÇÃO DO EFEITO	O QUE COSTUMA APARECER EM SESSÃO
Metilfenidato de liberação imediata **Ritalina 10 mg**	Estimulante. 10 a 60 mg/dia, em 2 a 3 tomadas	Efeito em 30 a 60 min; dura 3 a 4 h	"Buraco" entre doses, irritabilidade no fim do efeito, esquecimento da segunda dose
Metilfenidato de liberação prolongada **Ritalina LA 10, 20, 30, 40 mg**	Estimulante. 20 a 60 mg/dia, dose única matinal	Efeito em 30 a 60 min; dura cerca de 8 h	Cobertura só até o meio da tarde; queixas de noite desorganizada
Metilfenidato OROS **Concerta 18, 36, 54 mg**	Estimulante. 18 a 72 mg/dia, dose única matinal	Efeito em 1 a 2 h; dura 10 a 12 h	Insônia se tomado tarde; redução de apetite no almoço; efeito mais uniforme
Lisdexanfetamina **Venvanse 30, 50, 70 mg**	Estimulante (pró-fármaco). 30 a 70 mg/dia, dose única matinal	Efeito em 1 a 2 h; dura 10 a 13 h	Boca seca, apetite reduzido, insônia se tarde; alguns relatam "achatamento" emocional
Atomoxetina **Atentah 10, 18, 25, 40, 60 e 80 mg**	Não estimulante (inibidor da recaptação de noradrenalina). 40 mg inicial, 80 mg alvo, até 100 mg/dia	Efeito gradual em 4 a 6 semanas; cobertura de 24 h	Náusea e sonolência nas primeiras semanas; paciente desanima antes do efeito; alerta para ideação suicida
Bupropiona **Wellbutrin XL, Zetron, Bup e genéricos**	Antidepressivo, uso off-label no TDAH. 150 a 450 mg/dia	Efeito em 2 a 4 semanas; cobertura de 24 h	Insônia, boca seca, ansiedade inicial; útil quando há depressão ou tabagismo
Clonidina **Atensina**	Agonista alfa-2, uso off-label no TDAH. 0,1 a 0,4 mg/dia	Efeito em 2 a 4 semanas	Sonolência, tontura, boca seca; não interromper abruptamente (rebote de pressão)
Guanfacina de liberação prolongada	Agonista alfa-2 seletivo. 1 a 7 mg/dia	Efeito em 2 a 4 semanas	Sem registro no Brasil; chega por importação. Sonolência, fadiga, hipotensão

Fontes: bulas aprovadas pela Anvisa de cada produto; CADDRA ADHD Medication Chart (2026); NICE NG87; PCDT do TDAH (Ministério da Saúde). Nomes comerciais citados a título de identificação, sem preferência entre marcas.

SEÇÃO 4 · ACOMPANHAR A MEDICAÇÃO SEM PRESCREVER

O QUE OBSERVAR EM SESSÃO E QUANDO FALAR COM O PRESCRITOR

SINAL OBSERVADO	O QUE PERGUNTAR AO PACIENTE	CONDUTA DO PSICÓLOGO
Melhora parcial: funciona de manhã, "acaba" à tarde	"A que horas você toma? A que horas sente que o efeito termina? O que acontece depois?"	Registrar horários e relatar ao prescritor. É informação de ajuste de formulação, não de dose
Sem melhora após período adequado (estimulante: 2 a 4 semanas; atomoxetina: 6 a 8 semanas)	"Você tem tomado todos os dias? Pulou alguma dose nesta semana?"	Verificar adesão antes de qualquer conclusão. Relatar ao prescritor com o registro de sintomas-alvo
Irritabilidade, choro fácil ou "achatamento" emocional	"Isso acontece o dia todo ou em algum horário específico?"	Diferenciar efeito de fim de dose de efeito adverso contínuo. Relatar
Insônia nova ou piora do sono	"Que horas você toma a última dose? Está usando café ou energético?"	Registrar horário de tomada e de dormir. Relatar. Não sugerir mudança de horário
Perda de apetite e de peso	"Você tem almoçado? Quanto perdeu de peso desde que começou?"	Orientar refeição antes da dose matinal (medida comportamental). Relatar se perda significativa
Paciente parou por conta própria	"O que te fez parar? Foi efeito colateral, custo, vergonha, sensação de que 'não é você'?"	Explorar o motivo; muitos são psicoeducação. Comunicar o prescritor com o motivo relatado. Não recomendar retomar nem manter a suspensão
Uso fora da prescrição (dose extra para trabalhar, empréstimo a terceiros)	"Alguma vez tomou mais do que o prescrito? Alguém já pediu a sua medicação?"	CONTATO COM O PRESCRITOR Sem julgamento, com registro. Estimulante é sujeito a controle especial
Sintomas cardiovasculares: palpitação, dor no peito, falta de ar	"Quando acontece? Em repouso ou em esforço?"	CONTATO COM O PRESCRITOR Orientar avaliação médica sem demora
Ideação suicida, sobretudo com atomoxetina nas primeiras semanas	Avaliação de risco padrão	CONTATO IMEDIATO COM O PRESCRITOR Seguir o protocolo de risco do serviço
Aceleração, redução da necessidade de sono, grandiosidade	"Quantas horas tem dormido? Está se sentindo mais capaz que o normal?"	CONTATO IMEDIATO COM O PRESCRITOR Suspeita de virada maníaca; estimulante pode precipitar
Tiques, ansiedade intensa, sintomas psicóticos	Descrição detalhada e cronologia	CONTATO COM O PRESCRITOR

O QUE O PSICÓLOGO NUNCA FAZ

- Sugerir dose, horário ou troca de medicação
- Recomendar parar ou retomar
- Comentar a escolha do prescritor diante do paciente
- Aceitar o relato do paciente sobre a prescrição sem confirmar com a receita

O QUE O PSICÓLOGO SEMPRE FAZ

- Registra em prontuário o que observou e o que comunicou
- Pede autorização do paciente para o contato e documenta
- Comunica ao prescritor de forma objetiva: sinal, horário, frequência, impacto
- Mantém o foco psicoterapêutico enquanto a questão médica é resolvida

Fontes: CADDRA 4.1, capítulo de monitoramento; NICE NG87, seção 1.7 (monitoramento e adesão); bulas de atomoxetina (alerta de ideação suicida) e de metilfenidato e lisdexanfetamina (advertências cardiovasculares e psiquiátricas).

SEÇÃO 4 · ACOMPANHAR A MEDICAÇÃO SEM PRESCREVER

COMUNICAÇÃO COM O PRESCRITOR E FICHA DE MONITORAMENTO

1. CONSENTIMENTO
Explicar ao paciente por que o contato é útil e obter autorização, registrada em prontuário. Sem autorização, orientar o paciente a levar o registro ao médico.

▼

2. CANAL
Preferir mensagem escrita (e-mail ou relatório breve) que fique documentada. Telefonema para urgência, seguido de registro.

▼

3. CONTEÚDO EM QUATRO LINHAS
Sinal observado, quando e com que frequência, impacto funcional, o que o paciente já tentou. Sem sugestão de conduta.

▼

4. REGISTRO
Copiar a mensagem no prontuário. Anotar a resposta do prescritor quando houver.

MODELO DE MENSAGEM

"Dr(a). [nome], acompanho em psicoterapia o(a) paciente [nome], em uso de [medicação e dose relatada pelo paciente]. Nas últimas três sessões observei [sinal], com início por volta das [horário] e impacto em [domínio]. O paciente relata adesão [regular/irregular]. Encaminho para sua avaliação. Fico à disposição. [Nome, CRP]."

Ficha de monitoramento entre consultas

Preencher a cada sessão. Entregar cópia ao paciente para levar ao psiquiatra.

DATA	MEDICAÇÃO E DOSE (RELATADA)	TOMOU TODOS OS DIAS?	HORÁRIO DA TOMADA

SINTOMA-ALVO (0 A 10)	SONO	APETITE	HUMOR E IRRITABILIDADE	EFEITOS ADVERSOS

OBSERVAÇÕES E COMUNICAÇÃO COM O PRESCRITOR

NO CURSO, APROFUNDAMOS

Os mecanismos de cada classe, as interações medicamentosas, os eventos adversos e os grupos especiais são os módulos centrais do curso **Segredos do Tratamento Farmacológico no TDAH**, ministrado pelo psiquiatra Lennon Assunção. Para o psicólogo, o curso ensina a linguagem que torna a comunicação com o prescritor precisa. Para o psiquiatra, ensina a decisão.

05
INTERVIR

A medicação melhora o sintoma. A psicoterapia ensina o que fazer com a atenção que voltou. Sem a segunda parte, o paciente continua sem sistema, só com mais tempo de foco para perceber isso.

SEÇÃO 5 · INTERVIR

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS NO ADULTO: O QUE TEM EVIDÊNCIA

As diretrizes convergem: o tratamento do adulto com TDAH é multimodal. Medicação quando indicada, psicoeducação sempre, e psicoterapia estruturada para as habilidades que a medicação não ensina. A TCC adaptada ao TDAH é a modalidade com mais evidência.

INTERVENÇÃO	O QUE É	EVIDÊNCIA NO ADULTO	QUANDO É A ESCOLHA
Psicoeducação	Explicar o transtorno, o modelo neurobiológico, o curso e o tratamento ao paciente e, quando possível, à família	Recomendada por todas as diretrizes como primeiro passo; base para adesão	Sempre. Da primeira sessão em diante
TCC adaptada ao TDAH	Protocolos estruturados (Safren; Solanto; Young e Bramham) com módulos de organização, planejamento, gestão do tempo, procrastinação, distração e reestruturação cognitiva	Ensaios controlados e metanálises mostram redução de sintomas e do prejuízo, com e sem medicação; efeito mantido no seguimento	Primeira escolha psicoterapêutica. Indicada quando há sintomas residuais sob medicação ou quando o paciente não usa medicação
Treino de habilidades e coaching	Foco em rotina, metas, sistemas externos de organização	Evidência moderada, frequentemente integrada à TCC	Como componente da TCC; isolado tem menos sustentação
Intervenções baseadas em mindfulness	Treino de atenção e regulação emocional (MAPs para TDAH)	Evidência moderada, com efeito em sintomas e funções executivas; amostras menores	Complemento; útil na regulação emocional e na impulsividade
Terapia comportamental dialética adaptada	Habilidades de regulação emocional e tolerância ao desconforto	Evidência preliminar	Quando a desregulação emocional domina o quadro
Terapia de casal e intervenções familiares	Psicoeducação do parceiro, redistribuição de tarefas, comunicação	Evidência clínica, poucos ensaios	Quando o prejuízo relacional é o principal
Tratamento combinado (medicação + TCC)	Integração das duas modalidades	Superior a cada uma isolada em prejuízo funcional na maioria dos estudos	Padrão ouro quando a medicação é indicada e aceita

Fontes: NICE NG87 (2018, atualizada em 2019), recomendações 1.5; CADDRA 4.1 (2021), capítulo de tratamento psicossocial; Lopez et al., Cochrane, 2018; Safren et al., JAMA, 2010; Solanto et al., Am J Psychiatry, 2010; Knouse et al., J Consult Clin Psychol, 2017.

O QUE DIZER AO PACIENTE QUE PERGUNTA SE PRECISA DE REMÉDIO

"Essa é uma decisão sua com o psiquiatra, e eu vou te ajudar a chegar nela com informação. O que eu posso te dizer é que a medicação, quando indicada, melhora a atenção; o nosso trabalho aqui é construir o sistema que você vai usar com essa atenção. Um sem o outro funciona pior."

SEÇÃO 5 · INTERVIR

ESTRUTURA DE UM PLANO DE TRATAMENTO EM TCC PARA O ADULTO COM TDAH

O quadro abaixo organiza os módulos comuns aos protocolos de referência. A ordem não é fixa; a sequência é definida pelo mapa de prejuízo (Seção 2) e pelo que o paciente consegue sustentar. Cada módulo tem uma habilidade-alvo, uma técnica central e um indicador de que funcionou.

MÓDULO	HABILIDADE-ALVO	TÉCNICA CENTRAL	INDICADOR DE PROGRESSO
1. Psicoeducação e engajamento	Compreender o TDAH como transtorno do desempenho, não da capacidade; reduzir vergonha	Modelo explicativo, história de vida sob a lente do TDAH, definição de metas funcionais	Paciente descreve os próprios sintomas sem autoacusação e nomeia duas metas concretas
2. Organização e planejamento	Externalizar a memória e a agenda	Sistema único de calendário e lista de tarefas; revisão diária; priorização A-B-C	Usa o sistema por 4 semanas consecutivas; tarefas registradas antes de esquecidas
3. Gestão do tempo	Estimar duração e proteger blocos	Estimativa e conferência de tempo, blocos de foco, alarmes externos, plano do dia na noite anterior	Diferença entre tempo estimado e real cai; atrasos reduzem
4. Procrastinação e evitação	Iniciar tarefas aversivas	Quebra em passos mínimos, regra dos 5 minutos, ativação comportamental, recompensa contingente	Tarefas longas iniciadas no prazo; lista de "pendências antigas" diminui
5. Distração e ambiente	Reduzir gatilhos e recuperar o foco	Engenharia do ambiente, notificações, técnica de retorno à tarefa, monitoramento de distração	Interrupções autorregistradas por bloco de trabalho diminuem
6. Reestruturação cognitiva	Identificar pensamentos que mantêm a evitação e a autocrítica	Registro de pensamentos adaptado, crenças sobre desempenho, perfeccionismo e "tudo ou nada"	Paciente reconhece o pensamento antes da evitação e testa alternativa
7. Regulação emocional e impulsividade	Pausa entre gatilho e ação	Identificação de sinais precoces, estratégias de pausa, resolução de problemas, mindfulness breve	Redução de episódios de explosão relatados; menos decisões impulsivas com custo
8. Sono, hábitos e saúde	Sustentar a base biológica do foco	Higiene do sono, rotina de exercício, alimentação regular, uso de telas	Horário de dormir regular por 3 semanas; sono avaliado como reparador
9. Relações e comunicação	Reduzir o custo relacional do TDAH	Psicoeducação do parceiro, acordos explícitos, escuta ativa, reparação após impulsividade	Parceiro relata mudança; conflitos por esquecimento diminuem
10. Manutenção e prevenção de recaída	Manter os sistemas quando a motivação cai	Plano de manutenção escrito, sessões de reforço, sinais de alerta de recaída	Sistemas mantidos após o término; retorno programado

FORMATO

12 a 16 sessões semanais de 50 minutos, individuais ou em grupo, com tarefas entre sessões. No adulto com TDAH, a tarefa precisa ser curta, escrita e revisada no início da sessão seguinte, sem exceção.

NO CURSO, APROFUNDAMOS

Este quadro é o esqueleto. O curso **Dominando Técnicas de TCC no TDAH** percorre cada módulo sessão a sessão, com os protocolos de Safren, Solanto e Young e Bramham, os materiais para o paciente, os erros mais comuns e a discussão de casos na Sala VIP.

SEÇÃO 5 · INTERVIR

PSICOEDUCAÇÃO: O QUE DIZER E O QUE NÃO DIZER

A primeira intervenção com efeito mensurável é a explicação. O adulto que passou trinta anos se achando preguiçoso precisa de um modelo que substitua esse. Abaixo, formulações testadas em consultório, e as que produzem o efeito contrário.

Formulações que funcionam

SITUAÇÃO	O QUE DIZER
Definir o transtorno	"TDAH não é falta de capacidade nem de vontade. É uma diferença na forma como o cérebro regula a atenção, a motivação e a ação. Você sabe o que fazer; a dificuldade está em fazer no momento certo."
A vergonha acumulada	"Cada vez que você prometeu e não cumpriu, você concluiu algo sobre o seu caráter. Estava concluindo sobre um sintoma."
O papel da psicoterapia	"Aqui a gente não vai treinar força de vontade. Vai construir estruturas externas que fazem o trabalho que a sua atenção não faz sozinha."
Expectativa de tempo	"Nas primeiras semanas o sistema vai parecer artificial. É esperado. Ele vira hábito quando você usa mesmo nos dias em que não precisa."
Sobre a medicação	"A medicação, quando o psiquiatra indicar, funciona como óculos: ajuda a enxergar, não escolhe o que você lê."

Formulações que atrapalham

FRASE	POR QUE EVITAR
"Todo mundo tem um pouco de TDAH."	Anula o diagnóstico e a legitimidade do prejuízo
"Você só precisa se organizar."	Repete a instrução que falhou por trinta anos
"TDAH é um superpoder."	Romantiza o quadro e invalida quem sofre com ele
"Com a medicação, isso resolve."	Cria expectativa irreal e desvaloriza a psicoterapia
"Você é muito inteligente para ter TDAH."	Confunde capacidade com desempenho; é o erro que atrasou o diagnóstico

As três primeiras sessões

SESSÃO	OBJETIVO
1	História de vida sob a lente do TDAH; mapa de prejuízo; escolha de duas metas funcionais mensuráveis
2	Psicoeducação com o modelo explicativo; apresentação do sistema externo (calendário e lista); primeira tarefa mínima
3	Revisão da tarefa (o que impediu, não só se fez); ajuste do sistema; introdução da estimativa de tempo

REGRA DE OURO PARA A TAREFA DE CASA

Tarefa não feita é dado clínico, não falha. A pergunta é sempre "o que aconteceu entre a sessão e a tarefa?", porque a resposta revela o obstáculo que a próxima intervenção precisa remover.

FONTES

DE ONDE VEM CADA NÚMERO

Referências organizadas em três blocos, segundo a ABNT. Os títulos com link levam ao texto original. Em caso de divergência entre este guia e a fonte primária, prevalece a fonte.

Manuais e diretrizes

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

CANADIAN ADHD RESOURCE ALLIANCE (CADDRA). **Canadian ADHD Practice Guidelines**. 4.1 ed. Toronto: CADDRA, 2021.

CANADIAN ADHD RESOURCE ALLIANCE (CADDRA). **CADDRA guide to ADHD pharmacological treatments in Canada**. Toronto: CADDRA, 2026.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management**. NICE guideline NG87. London: NICE, 2018, atualizada em 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

FARAONE, S. V. et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 128, p. 789-818, 2021.

Instrumentos

KESSLER, R. C. et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. **Psychological Medicine**, v. 35, n. 2, p. 245-256, 2005.

MATTOS, P. et al. Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 4, p. 188-194, 2006.

WARD, M. F.; WENDER, P. H.; REIMHERR, F. W. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. **American Journal of Psychiatry**, v. 150, n. 6, p. 885-890, 1993.

WEISS, M. D. et al. Weiss Functional Impairment Rating Scale, Self-Report (WFIRS-S). Toronto: CADDRA, 2011. Disponível em: caddra.ca/etoolkit.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. **Journal of General Internal Medicine**, v. 16, n. 9, p. 606-613, 2001.

SPITZER, R. L. et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. **Archives of Internal Medicine**, v. 166, n. 10, p. 1092-1097, 2006.

Epidemiologia, comorbidade e tratamento

KESSLER, R. C. et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States. **American Journal of Psychiatry**, v. 163, n. 4, p. 716-723, 2006.

KATZMAN, M. A. et al. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. **BMC Psychiatry**, v. 17, art. 302, 2017.

LOPEZ, P. L. et al. Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, CD010840, 2018.

SAFREN, S. A. et al. Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms. **JAMA**, v. 304, n. 8, p. 875-880, 2010.

SOLANTO, M. V. et al. Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. **American Journal of Psychiatry**, v. 167, n. 8, p. 958-968, 2010.

KNOUSE, L. E.; TELLER, J.; BROOKS, M. A. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for adult ADHD. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 85, n. 7, p. 737-750, 2017.

YOUNG, S.; BRAMHAM, J. **Cognitive-behavioural therapy for ADHD in adolescents and adults: a psychological guide to practice**. 2. ed. Chichester: Wiley-Blackwell, 2012.

CORTESE, S. et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for ADHD in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. **Lancet Psychiatry**, v. 5, n. 9, p. 727-738, 2018.

PRÓXIMO PASSO

A FERRAMENTA ESTÁ NA SUA MÃO. O TREINO ESTÁ NO CURSO.

Este guia organiza o que consultar. Os cursos do TDAH Academy ensinam a decidir: como conduzir a avaliação, como estruturar as sessões, como conversar com o prescritor e, para o médico, como escolher e ajustar a medicação. Aulas curtas, slides, exercícios e certificado exclusivo.

PARA O PSICÓLOGO · 68 HORAS

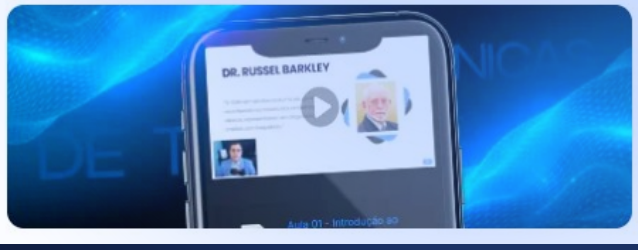
DOMINANDO TÉCNICAS DE TCC NO TDAH

- Neurociência cognitiva e comportamental no TDAH
- Terapia de modificação de comportamento
- Terapia cognitivo-comportamental, sessão a sessão
- Hábitos de vida, educação e desenvolvimento

R$ 1.499

acesso por 12 meses · 6x sem juros ou 12x com juros

QUERO ESTE CURSO



PARA O MÉDICO E PARA QUEM DIALOGA COM ELE · 18 HORAS

SEGREDOS DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO NO TDAH

- Neuroanatomia e neurofisiologia no TDAH
- Psicoestimulantes e não estimulantes
- Interações, eventos adversos e grupos especiais
- Particularidades na infância; suplementação

R$ 799

acesso por 12 meses · 6x sem juros ou 12x com juros

QUERO ESTE CURSO

COMBO PRÁTICA CLÍNICA NO TDAH · 86 HORAS · 18 MESES DE ACESSO

Os dois cursos juntos

R$ 1.999,99

em 12x sem juros

QUERO O COMBO

Garantia de 7 dias

Entre, assista às aulas e, se não for o que você esperava, peça o reembolso integral em até 7 dias, sem justificativa.

Dúvidas: @tdah.academy no Instagram · tdahacademy.com.br

TDAHAcademy

tdahacademy.com.br · @tdah.academy
TDAH Academy Cursos em Saúde Mental LTDA · CNPJ 53.070.083/0001-51
© 2026 TDAH Academy. Todos os direitos reservados. Uso educacional. Reprodução proibida.