



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – CCJ
COORDENAÇÃO DO CURSO DE DIREITO – CAMPUS JOÃO PESSOA
COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIA**

JOÃO VICTOR DE HOLANDA CAVALCANTE GOMES

**PROTEÇÃO LEGAL AO TDAH NO BRASIL: ANÁLISE COMPARATIVA E
PROPOSTAS PARA MELHORIAS**

**JOÃO PESSOA
2025**

JOÃO VICTOR DE HOLANDA CAVALCANTE GOMES

**PROTEÇÃO LEGAL AO TDAH NO BRASIL: ANÁLISE COMPARATIVA E
PROPOSTAS PARA MELHORIAS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Direito de João Pessoa do Centro de
Ciências Jurídicas da Universidade
Federal da Paraíba como requisito parcial
da obtenção do grau de Bacharel em
Direito.

Orientador: Dr. Julian Nogueira de
Queiroz

**JOÃO PESSOA
2025**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

G633p Gomes, Joao Victor de Holanda Cavalcante.
Proteção legal ao TDAH no Brasil: análise
comparativa e propostas para melhorias / Joao Victor de
Holanda Cavalcante Gomes. - João Pessoa, 2025.
79 f. : il.

Orientação: Julian Nogueira de Queiroz.
TCC (Graduação) - UFPB/CCJ.

1. TDAH. 2. Deficiência. 3. Proteção legal. 4.
Brasil. I. Queiroz, Julian Nogueira de. II. Título.

UFPB/CCJ

CDU 34

JOÃO VICTOR DE HOLANDA CAVALCANTE GOMES

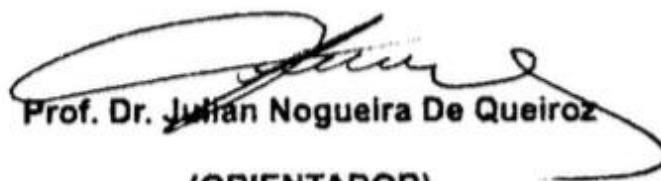
**PROTEÇÃO LEGAL AO TDAH NO BRASIL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA E
PROPOSTAS PARA MELHORIAS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Direito de João Pessoa do Centro de
Ciências Jurídicas da Universidade
Federal da Paraíba como requisito parcial
da obtenção do grau de Bacharel em
Direito.

Orientador: Dr. Julian Nogueira De
Queiroz

DATA DA APROVAÇÃO: 23 DE SETEMBRO DE 2025

BANCA EXAMINADORA:


Prof. Dr. Julian Nogueira De Queiroz
(ORIENTADOR)


Prof. Drª. Lenilma Cristina Sena De Figueiredo Meirelles
(AVALIADORA)


Prof. Msª. Giorggia Patrúce Lacerda E Silva Abrantes
(AVALIADORA)

Este trabalho é dedicado à comunidade TDAH e, de forma muito pessoal, à minha prima, Maria Fernanda, e a mim. Compartilhar a mesma experiência me deu um propósito claro para esta pesquisa: lutar por mais direitos e visibilidade. Que este estudo seja mais um passo nessa direção.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a todos que contribuíram para a realização deste trabalho de conclusão de curso.

Agradeço, em primeiro lugar, ao meu orientador, Dr. Julian Nogueira de Queiroz. Sou grato por sua generosidade e compreensão, que me permitiram entregar este trabalho em tempo, mesmo com todos os desafios. Sua aceitação e aprovação foram essenciais para a conclusão deste ciclo.

À Universidade Federal da Paraíba, pela oportunidade e pelo ambiente de aprendizado que me proporcionou ao longo do curso.

Às escolas que estudei e me ajudaram a construir minha história. Agradeço à Escola Conviver e ao Colégio Santa Maria, não apenas pela excelência acadêmica, mas por me ensinarem valores e me proporcionarem experiências essenciais para a minha jornada pessoal e profissional.

A todos os professores que fizeram parte da minha trajetória, desde o ensino básico até a graduação. Com sua paixão pela educação e dedicação, eles foram inspirações constantes e guias essenciais na minha jornada em busca de conhecimento, moldando não apenas o profissional, mas também a pessoa que sou hoje.

Aos meus familiares, em especial a meu pai, Nielsen, pelo apoio incondicional, incentivo e compreensão nos momentos de maior desafio. E, com uma saudade que inspira, à memória de minha mãe, Maria Anísia, cujo amor e exemplo continuam a ser uma das minhas maiores forças.

Aos meus amigos, sobretudo ao meu amigo João Higor, pelo apoio e parceria nas atividades acadêmicas ao longo do curso.

Agradeço também a todos os autores e pesquisadores cujos trabalhos serviram de base para a minha pesquisa, em especial ao professor Russell Barkley, por fornecerem o arcabouço teórico para este estudo.

Por fim, a todos que, direta ou indiretamente, me ajudaram a chegar até aqui.

"O TDAH não é algo que você 'tem', é algo que
você é. E isso não define seu valor como
pessoa."

Dr. Russell A. Barkley

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um distúrbio neuro-desenvolvimental que afeta milhões de pessoas globalmente, impactando áreas como educação, trabalho e vida social. Este trabalho explora as proteções legais para indivíduos com TDAH no Brasil, que parecem fragmentadas e insuficientes, especialmente quando comparadas a países como os EUA e o Reino Unido, onde o TDAH é reconhecido como deficiência. Nosso objetivo é entender o TDAH, seus desafios, tratamentos e propor melhorias legislativas, reconhecendo o transtorno como deficiência, para garantir apoio e inclusão. O estudo se caracteriza por uma abordagem qualitativa, utilizando as metodologias da revisão bibliográfica, análise de documentos e análise comparativa. Como conclusão, este trabalho propõe que o TDAH seja equiparado à deficiência para fins legais a fim de garantir proteção mais ampla e adequada aos portadores do transtorno.

Palavras-chave: TDAH; deficiência; proteção legal; Brasil.

ABSTRACT

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder affecting millions of people globally, impacting areas such as education, work, and social life. This work explores the legal protections for individuals with ADHD in Brazil, which appear fragmented and insufficient, especially when compared to countries like the USA and the UK, where ADHD is recognized as a disability. Our goal is to understand ADHD, its challenges, treatments, and propose legislative improvements, recognizing the disorder as a disability, to ensure support and inclusion. The study is characterized by a qualitative approach, using the methodologies of literature review, document analysis, and comparative analysis. In conclusion, this paper proposes that ADHD be equated to a disability for legal purposes in order to guarantee broader and more adequate protection for individuals with the disorder.

Key-words: ADHD; disability; legal protection; Brazil.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE	11
2.1 CONCEITO E HISTORICIZAÇÃO	11
2.2 DIAGNÓSTICO, APRESENTAÇÕES E SIMILARIDADES COM OUTROS TRANSTORNOS	17
2.3 DESAFIOS E LIMITAÇÕES DAS PESSOAS COM TDAH	25
2.4 TRATAMENTOS NECESSÁRIOS	30
3 DIREITOS DA PESSOA COM TDAH	32
3.1 GARANTIAS E PROTEÇÕES VIGENTES A NÍVEL MUNDIAL	32
3.2 GARANTIAS E PROTEÇÕES VIGENTES NO BRASIL	36
3.3 O PL 2630/21 COMO PROPOSTA FEDERAL DE AMPLIAÇÃO DE DIREITOS NO BRASIL	48
4 NOVA PROPOSTA LEGISLATIVA DE AMPARO A PESSOAS COM TDAH	51
4.1 ARGUMENTOS CONTRÁRIOS AO RECONHECIMENTO DO TDAH COMO DEFICIÊNCIA	59
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	69

1 INTRODUÇÃO

A segunda metade do século XX e o início do século XXI representaram um marco na luta pelo reconhecimento e pela proteção dos direitos das pessoas com deficiência. Um dos pilares desse avanço é a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), adotada pela Assembleia Geral da ONU em 13 de dezembro de 2006 e entrada em vigor em 2008. Esse tratado internacional tem como objetivo principal assegurar que todas as pessoas com deficiência possam exercer plenamente seus direitos humanos e liberdades fundamentais em igualdade de condições com as demais pessoas. A CDPD redefine a deficiência como uma questão de direitos humanos, afastando-a de visões tradicionais baseadas em caridade ou assistência social. Ela abrange deficiências físicas, mentais, intelectuais e sensoriais, reconhecendo que barreiras sociais e estruturais, mais do que as limitações individuais, são os principais obstáculos à inclusão (Brasil, 2008, p. 26-28). Além disso, a convenção estabelece obrigações aos Estados signatários, como o Brasil, que a ratificou em 2008, para promover acessibilidade, combater a discriminação e garantir participação plena na sociedade, influenciando diretamente políticas públicas e legislações nacionais. (Brasil, 2008, p. 115; Brasil, 2009)

Paralelamente aos avanços legais, a ciência tem desempenhado um papel essencial ao aprofundar a compreensão dos transtornos mentais e seu impacto na vida das pessoas. Ferramentas como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), em sua versão mais recente, o DSM-5 (publicado em 2013), têm refinado a identificação e classificação de condições como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Estudos apontam que o TDAH, um transtorno do neurodesenvolvimento com bases genéticas, causa limitações significativas no funcionamento cognitivo e comportamental, afetando áreas como atenção, organização e controle de impulsos (American Psychiatric Association, 2022, p. 179-181). Além disso, a ciência reconhece que certos transtornos mentais — como esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão grave — podem ser considerados deficiências quando comprometem de forma substancial a capacidade do indivíduo de realizar atividades cotidianas, como trabalhar, estudar ou manter relações sociais (Chaudhury; Deka; Chetia, 2006). Esse entendimento científico é

fundamental, pois legitima a necessidade de direitos e proteções específicas, como acesso a tratamentos, adaptações no ambiente de trabalho ou educação e suporte para uma vida independente.

Outro fator relevante é o aumento da conscientização pública sobre o TDAH e outros transtornos mentais. A cobertura midiática, o trabalho de organizações de *advocacy* e os testemunhos de pessoas afetadas têm contribuído para reduzir o estigma e promover uma visão mais empática e informada. Essa mudança na percepção social destaca os desafios reais enfrentados por quem vive com TDAH, reforçando a importância de políticas inclusivas.

A combinação desses elementos — avanços legais liderados pela CDPD, progressos científicos e maior conscientização — está moldando o debate sobre a criação de direitos específicos. Embora, no Brasil, legislações gerais ofereçam alguma proteção, elas muitas vezes não atendem às necessidades particulares das pessoas com TDAH. Assim, surge a urgência de reconhecer formalmente e de maneira adequada a gravidade do TDAH e de desenvolver medidas legislativas que garantam sua proteção e inclusão plena.

Diante disso, este trabalho tem como objetivo, mediante uma abordagem de estudo qualitativa fundada em revisão bibliográfica, análise de documentos e análise comparativa, investigar quais as falhas e omissões na legislação brasileira quanto ao tema da proteção e dos direitos das pessoas com TDAH. Essa análise tem como escopo, ao final, propor mudanças legislativas, advogando principalmente pelo reconhecimento formal do transtorno em questão como deficiência para fins legais, que lidem com a matéria com maior eficiência em relação às disposições atualmente vigentes no ordenamento jurídico brasileiro.

Esta monografia é dividida em três capítulos. O primeiro deles é dedicado a abordar as questões médico-científicas sobre o TDAH, descrevendo a progressão das pesquisas e o avanço do conhecimento científico sobre o transtorno ao longo da história. Além disso, o capítulo detalha a posição científica mais atual e amplamente aceita sobre o TDAH, esmiuçando quais são os sintomas característicos, os prejuízos que deles advém de forma prática, quais as semelhanças com outros transtornos, como é feito o diagnóstico e quais são as abordagens de tratamento mais comumente utilizadas.

Essa exposição de constatações cientificamente embasadas possui como finalidade resolver a questão que é primariamente pertinente ao debate sobre a

formulação de direitos e políticas voltadas para pessoas com TDAH, que seria a definição objetiva do que é o transtorno e a legitimidade dessa descrição respaldada em consenso científico. O primeiro capítulo foi escrito para que não haja margem para questionamento dos reais prejuízos atrelados ao TDAH, da confiabilidade dos métodos de diagnósticos e, muito menos, da existência do transtorno.

O capítulo seguinte, por sua vez, trata de apresentar as legislações vigentes, tanto nacionais como de outros países, que tratam sobre a proteção de pessoas com TDAH. Ainda, aborda o texto original e narra os trâmites do PL 2630/2021, o qual trata, dentre outras coisas, do reconhecimento formal do transtorno como deficiência para todos os fins legais.

Por fim, o terceiro capítulo utiliza os fatos detalhados até então no estudo para, mediante uma análise lógica, propor inovações ao ordenamento jurídico brasileiro no âmbito federal que tratam de oferecer melhores garantias e proteções às pessoas com TDAH. Esse capítulo também explica como o conceito legal de deficiência no Brasil é compatível e dialoga com as definições científicas sobre o TDAH, seus sintomas, prejuízos e limitações.

2 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

2.1 CONCEITO E HISTORICIZAÇÃO

O TDAH é classificado no DSM-5 TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), da *American Psychiatric Association* (APA) – ou Associação Americana de Psiquiatria, em sua tradução para o português – e na CID-11 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, ou apenas Classificação Internacional de Doenças), da Organização Mundial da Saúde (OMS). Ele pertence ao grupo dos Transtornos do Neurodesenvolvimento e, de forma resumida, acarreta prejuízos na regulação da atenção e no controle inibitório.

A descrição de Transtornos do Neurodesenvolvimento no DSM-5 TR lê-se da seguinte forma:

Os transtornos do neurodesenvolvimento são um grupo de condições com início no período do desenvolvimento. Os transtornos tipicamente se

manifestam cedo no desenvolvimento, em geral antes de a criança ingressar na escola, sendo caracterizados por déficits no desenvolvimento ou diferenças nos processos cerebrais, o que acarreta prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. Os déficits de desenvolvimento variam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência. Recentes abordagens dimensionais para medir sintomas demonstraram diferentes graus de gravidade, com frequência sem ligação clara com o desenvolvimento típico, para algo que antes se pensava ser categoricamente definido. Portanto, para o diagnóstico de um transtorno é necessária a presença tanto de sintomas quanto de funções prejudicadas. (American Psychiatric Association, 2022, p. 132)

Já a CID-11, os define como:

Transtornos do neurodesenvolvimento são transtornos comportamentais e cognitivos que surgem durante o período de desenvolvimento que envolvem dificuldades significativas na aquisição e execução de funções intelectuais, motoras, de linguagem ou sociais específicas. Apesar de déficits comportamentais e cognitivos estarem presentes em muitos transtornos mentais e comportamentais que podem surgir durante o período de desenvolvimento (p.ex. esquizofrenia, transtorno bipolar), somente transtornos cujas características centrais são do neurodesenvolvimento são incluídos nesse grupo. A etiologia presumida dos transtornos do neurodesenvolvimento é complexa, e, em muitos casos individuais, desconhecida. (Organização Mundial da Saúde, 2022)

Já a definição do TDAH em si é dada, pelo DSM-5 TR da seguinte maneira:

A característica essencial do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento. A desatenção manifesta-se comportamentalmente no TDAH como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização, e não constitui consequência de desafio ou falta de compreensão. A hiperatividade refere-se a atividade motora excessiva quando não apropriada (como uma criança que corre por tudo), a remexer, batucar ou conversar em excesso. Nos adultos, a hiperatividade pode se manifestar como inquietude extrema ou desgaste dos outros com sua atividade. A impulsividade refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento, sem premeditação, e com elevado potencial para dano à pessoa (p. ex., atravessar uma rua sem olhar). A impulsividade pode ser reflexo de um desejo de recompensas imediatas ou de incapacidade de postergar a gratificação. Comportamentos impulsivos podem se manifestar com intromissão social (p. ex., interromper os outros em excesso) e/ou tomada de decisões importantes sem considerações acerca das consequências no longo prazo (p. ex., assumir um emprego sem informações adequadas). (American Psychiatric Association, 2022, p. 179)

A CID-11 por sua vez expressa:

Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é caracterizado por um padrão persistente (pelo menos 6 meses) de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, que tem um impacto negativo direto na funcionalidade acadêmica, ocupacional ou social. Há evidência de sintomas

significativos de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade antes dos 12 anos de idade, tipicamente na primeira ou segunda infância, embora alguns indivíduos possam chegar pela primeira vez à atenção clínica mais tarde. O grau de desatenção e hiperatividade-impulsividade está fora dos limites da variação normal esperada para a idade e o nível de funcionalidade intelectual. Desatenção se refere à dificuldade significativa em manter a atenção em tarefas que não oferecem um nível elevado de estímulo ou recompensas frequentes, distratibilidade e problemas com organização. Hiperatividade se refere à atividade motora excessiva e dificuldade em ficar parado, mais evidente em situações estruturadas que requerem autocontrole do comportamento. Impulsividade é a tendência a agir em resposta a estímulos imediatos, sem deliberação ou consideração quanto a riscos e consequências. O equilíbrio relativo e as manifestações específicas de características de desatenção e hiperatividade-impulsividade variam entre indivíduos e podem mudar ao longo do desenvolvimento. Para se fazer o diagnóstico, manifestações de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade devem estar evidentes em várias situações ou contextos (p. ex., casa, escola, trabalho, com amigos ou parentes), mas provavelmente variarão de acordo com a estrutura e as demandas do contexto. Os sintomas não são mais bem explicados por outro transtorno mental, comportamental ou do neurodesenvolvimento, e não são devidos ao efeito de substância ou medicamento. (Organização Mundial da Saúde, 2022, código 6A05)

A origem do transtorno na literatura médica pode ser traçada desde metade do século XIX, embora nem sempre tenha levado o nome de TDAH. Na década de 40, o conjunto de sintomas bastante semelhante ao TDAH era chamado de “lesão cerebral mínima”. Em 1962 foi modificado para “disfunção cerebral mínima”, tendo em vista de que não haviam evidências de lesões de fato nas vias nervosas dos portadores (Rohde et al., 2000, p. 7).

Posteriormente, em 1968, com a publicação do DSM-II, o transtorno passou a ser nomeado de “reação hipercinética da infância”, embora, até 1990, em muitos países ainda era adotado o termo “lesão cerebral mínima”. Esse quadro foi descrito no DSM II como “caracterizado por excesso de atividade, inquietação, distração e falta de atenção, especialmente em crianças pequenas. Este comportamento geralmente diminui na adolescência”. (American Psychiatric Association, 1968, p. 50, tradução nossa)

Já em 1980, com o advento do DSM-III, a hiperatividade deixou de ser o centro do diagnóstico e o transtorno recebeu a nomenclatura de Transtorno de Déficit de Atenção (TDA). Esse se dividia em dois tipos: TDA com hiperatividade e TDA sem hiperatividade. Para ser dado o diagnóstico da condição também passou ser necessário que os sintomas durem pelo menos 6 meses e tenham tido início até os 7 anos de idade do paciente. Essa edição do manual explicou sobre as nomenclaturas anteriores e definiu o transtorno da seguinte forma:

As características essenciais são sinais de desatenção e impulsividade inadequados para o desenvolvimento. No passado, diversos nomes foram atribuídos a esse transtorno, incluindo: Reação Hiperkinética da Infância, Síndrome Hiperkinética, Síndrome da Criança Hiperativa, Lesão Cerebral Mínima, Disfunção Cerebral Mínima, Disfunção Cerebral Menor e Disfunção Cerebral Leve. Neste manual, o nome dado a esse transtorno é Transtorno de Déficit de Atenção, uma vez que as dificuldades de atenção são proeminentes e praticamente sempre presentes em crianças com esses diagnósticos. Além disso, embora o excesso de atividade motora frequentemente diminua na adolescência, em crianças com o transtorno, as dificuldades de atenção frequentemente persistem.

Existem dois subtipos do transtorno ativo: Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade e Transtorno de Déficit de Atenção sem Hiperatividade, embora não se saiba se são duas formas de um único transtorno ou representam dois transtornos distintos. Finalmente, há um subtipo residual para indivíduos que foram diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, nos quais a hiperatividade não está mais presente, mas outros sinais do transtorno persistem. (American Psychiatric Association, 1980, p. 41, tradução nossa)

Finalmente em 1987, no lançamento da versão revisada do DSM-III, o DSM-III-R, foi estabelecido o termo Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), unindo os dois tipos anteriores em uma única classificação e definindo o transtorno e detalhando apresentações práticas dos sintomas.

De acordo com essa atualização do manual, o TDAH se manifesta através de níveis inadequados de desatenção, impulsividade e hiperatividade, com sintomas que geralmente se manifestam em vários ambientes e são melhores percebidos em situações que exigem maior atenção sustentada. Entretanto, os sinais do transtorno podem ser poucos ou ausentes diante de situações novas ou em um ambiente controlado. Em salas de aula ou em local de trabalho, a desatenção é notada na falta de persistência nas tarefas até a conclusão e na dificuldade de organizar e executar corretamente o trabalho. Além disso, é percebido que frequentemente o indivíduo parece não estar ouvindo ou que não ouviu o que foi dito. Dessa forma, as atividades são regularmente feitas de forma descuidada e impulsiva. Enquanto a impulsividade, essa se manifesta em comportamentos como não esperar a vez quando se é devido, responder perguntas antes que sejam terminadas, interromper os outros, iniciar a realização de uma incumbência antes de aguardar completamente pelas instruções e não se manter em silêncio quando isso é requerido. Já a hiperatividade se caracteriza por excesso de inquietação física, como a dificuldade de permanecer sentado, a manipulação constante de objetos, o ato de se contorcer ou se mexer frequentemente quando sentado, além de, no caso de

crianças, correr na sala de aula e saltar em demasia. (American Psychiatric Association, 1987, p. 50)

Todavia, a percepção sobre a existência de categorias distintas dentro do transtorno fez com que em 1994, com a publicação do DSM-IV, fosse adicionado tipos novamente no diagnóstico. Dessa vez, porém, mantendo a nomenclatura TDAH, a qual deveria ser seguida com a descrição de três novos tipos: tipo predominantemente desatento, tipo predominantemente hiperativo/impulsivo e tipo combinado. (American Psychiatric Association, 1994, p. 78-80)

Em 2013 foi publicado o DSM-5, que manteve uma descrição e diagnóstico bastante similar ao DSM-IV. Uma das alterações realizadas foi ampliação da idade máxima para início dos sintomas, que passou de 7 anos, como previsto do DSM-III até o DSM-IV, para 12 anos. Ainda, foi alterada a nomenclatura da divisão do transtorno, que passou a ser classificada em “apresentações” ao invés de “tipos”, porém as apresentações predominantemente desatenta, predominantemente hiperativa/impulsiva e combinada mantiveram as mesmas características para diagnóstico que os seus equivalentes tipos do DSM-IV. O termo “apresentação” foi escolhido por ter sido considerado mais adequado à variabilidade da condição, visto que dois indivíduos diagnosticados com a mesma apresentação podem diferir na qualidade, gravidade e apresentações práticas dos sintomas encontrados. A classificação em “tipos” foi considerada não representar bem esse fato, passando mais uma ideia de homogeneidade. Além disso, o DSM-5 também passou a permitir o diagnóstico de TDAH e Transtorno do Espectro Autista (TEA) como comórbidos. (American Psychiatric Association, 2013, p. 58-66)

Atualmente, a versão mais atualizada do Manual é o DSM-5 TR, publicado em 2022, todavia, em relação ao TDAH, não houveram mudanças significativas.

Como já referido acima, além do DSM, há também a classificação publicada pela OMS, a CID. Essa possui um histórico de atualizações em suas edições, em relação ao transtorno abordado, semelhante às do manual da APA. Todavia, a classificação como TDAH propriamente dito só se tornou presente na 11ª edição do CID, que entrou em vigor em 2022.

Antes do advento da CID-11, o TDAH era enquadrado em grupo que era chamado de Transtornos Hiperkinéticos. Esses eram divididos entre: distúrbios da atividade e da atenção, transtorno hiperkinético de conduta, outros transtornos

hipercinéticos e transtorno hipercinético não especificado. (Organização Mundial da Saúde, 1993, código F90)

No CID-10, os Transtornos Hipercinéticos são descritos da seguinte forma:

Grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. Os transtornos podem se acompanhar de outras anomalias. As crianças hipercinéticas são frequentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras que por desafio deliberado. Suas relações com os adultos são frequentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos se acompanham frequentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias incluem um comportamento dissocial e uma perda de auto-estima. (Organização Mundial da Saúde, 1993, código F90)

Ademais, dentro da categoria de Distúrbios da Atividade e da Atenção, já citada acima, o CID-10 listava os subtipos: Síndrome de Déficit de Atenção com Hiperatividade, Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade e Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção (Organização Mundial da Saúde, 1993, código F90). Nota-se que essa descrição assemelha-se bastante à descrição do TDAH no DSM-5 TR.

Como dito anteriormente, apenas em 2022 com a CID-11, finalmente, a classificação do TDAH como uma condição própria, e não um diagnóstico dentro do grupo de transtornos hipercinéticos, passou a vigorar na classificação internacional da OMS.

Dado todos esses fatos, é possível afirmar que o TDAH é um transtorno bem estudado e catalogado na área médica e científica, não havendo disputas sobre sua factualidade e características, ainda que mais pesquisas continuem sendo feitas para ampliar os conhecimentos sobre o tema.

Inclusive, em 2021, foi publicado um consenso pela *World Federation of ADHD*, ou Federação Mundial de TDAH na tradução para português. O documento do consenso foi assinado por 80 especialistas de 27 países e de 6 continentes diferentes, além de ser apoiado por mais 366 especialistas que leram seu conteúdo e o ratificaram. O texto em questão faz 208 afirmações cientificamente embasadas

sobre o transtorno, ressaltando a seriedade e gravidade da condição e a necessidade de tratamento. (World Federation of ADHD, 2021)

2.2 DIAGNÓSTICO, APRESENTAÇÕES E SIMILARIDADES COM OUTROS TRANSTORNOS

O diagnóstico de TDAH é feito por meio de uma anamnese clínica e, atualmente, é realizado de acordo com os critérios presentes tanto na CID-11 quanto no DSM-5 TR.

Na CID-11, os sintomas a serem analisados para o diagnóstico do transtorno são descritos como um padrão persistente (mínimo de 6 meses) de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade. Com início na infância, esses sintomas estão fora do esperado para a idade e o nível intelectual, impactando significativamente o funcionamento acadêmico, ocupacional ou social. A desatenção envolve dificuldade em manter o foco em tarefas pouco estimulantes, distração e problemas de organização. A hiperatividade manifesta-se por atividade motora excessiva e dificuldade em permanecer parado em situações que exigem autocontrole. A impulsividade reflete ações precipitadas sem considerar riscos ou consequências. Os sintomas variam entre indivíduos e ao longo do desenvolvimento, devendo ser observáveis em mais de um contexto para o diagnóstico. (Organização Mundial da Saúde, 2022, código 6A05)

Além disso, a OMS (2022, códigos 6A05.0, 6A05.1 e 6A05.2) também divide os diagnósticos entre as apresentações predominantemente desatenta, predominantemente hiperativa/impulsiva e combinada. A apresentação predominantemente desatenta ocorre quando todos os critérios diagnósticos do transtorno são atendidos, com predominância de sintomas de desatenção, caracterizados por dificuldade significativa em manter a atenção em tarefas pouco estimulantes, distratibilidade e problemas de organização, sendo os sintomas de hiperatividade/impulsividade, se presentes, clinicamente não significativos. Já a apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva do TDAH é marcada pelo atendimento de todos os critérios diagnósticos, com predominância de sintomas de hiperatividade/impulsividade, como atividade motora excessiva, dificuldade em ficar parado em situações que exigem autocontrole e ações precipitadas sem considerar

riscos ou consequências, enquanto sintomas de desatenção, se presentes, não são clinicamente relevantes. Por fim, a apresentação combinada do TDAH ocorre quando todos os critérios diagnósticos são atendidos, com sintomas significativos de desatenção e hiperatividade/impulsividade, sem predomínio, incluindo dificuldade em manter o foco, distratibilidade, problemas de organização, atividade motora excessiva, dificuldade em permanecer parado e impulsividade com ações sem deliberação.

Não obstante, a CID-11 também permite que o TDAH seja diagnosticado como “outra apresentação especificada” ou “apresentação não especificada” (Organização Mundial da Saúde, 2022, códigos 6A05.Y e 6A05.Z). De acordo com O Guia de Referência da CID-11, a codificação deve ser realizada com o maior nível de especificidade possível, utilizando um ou múltiplos códigos que reflitam com precisão o diagnóstico ou condição descrita, conforme detalhado nas categorias da classificação. No entanto, em situações em que a documentação de origem não fornece informações suficientes para selecionar uma categoria específica, a CID-11 prevê o uso da categoria residual “não especificado” para registrar o diagnóstico de forma adequada. Por outro lado, quando as informações disponíveis são altamente detalhadas, mas a lista tabular da CID-11 não contém uma categoria que corresponda exatamente a essa especificidade, o usuário deve identificar a categoria mais próxima que se aplique ao caso e registrar o diagnóstico na categoria residual intitulada “outros”, garantindo assim a melhor representação possível do quadro clínico dentro das opções disponíveis na classificação. (Organização Mundial da Saúde, 2024, seção 2.7.5)

Por sua vez, no DSM-5 TR as instruções para o diagnóstico de TDAH são organizadas em critérios diagnósticos que são divididos em A, B, C, D e E.

O critério diagnóstico A é separado em duas partes, 1 e 2. O primeiro diz respeito a desatenção e são citados nele 9 sintomas, dos quais é necessário que, para menores de 17 anos, pelo menos 6 estejam presentes e, para indivíduos com 17 anos ou mais, pelo menos 5. Além disso, é preciso que esses sintomas persistam por pelo menos 6 meses, sejam em um grau inconsistente com o nível de desenvolvimento, não resultem unicamente de dificuldade em compreensão comportamento opositor, desafiador ou de hostilidade e que tenha impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais. (American Psychiatric Association, 2022, p. 177)

Os sintomas de desatenção são elencados pelo DSM-5 TR da seguinte forma:

- a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligência ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).
- b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).
- c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
- d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).
- e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).
- f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).
- g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).
- h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).
- i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados). (American Psychiatric Association, 2022, p. 177)

Já a parte 2 do critério A, por sua vez, refere-se a hiperatividade/impulsividade. Nela também são descritos 9 sintomas, sendo também necessário que estejam presentes apenas 6 deles, no caso de menores de 17 anos, e 5 no caso de pessoas com 17 anos ou mais. Ademais, assim como no item anterior, é preciso que esses sintomas persistam por pelo menos 6 meses, sejam em um grau inconsistente com o nível de desenvolvimento, não resultem unicamente de dificuldade em compreensão comportamento opositor, desafiador ou de hostilidade e que tenha impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais. (American Psychiatric Association, 2022, p. 177 e 178)

Os sintomas de hiperatividade/impulsividade são elencados pelo DSM-5 TR da seguinte maneira:

- a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.

- b. Frequentemente se levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).
- c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.)
- d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.
- e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).
- f. Frequentemente fala demais.
- g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
- h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).
- i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo). (American Psychiatric Association, 2022, p. 178)

O critério diagnóstico B, por sua parte, afirma que vários dos sintomas de desatenção ou hiperatividade/impulsividade devem estar presentes no indivíduo antes dos 12 anos de idade. Já o critério C impõe que os sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade estejam presentes em dois ou mais ambientes. A exemplo: em casa, na escola, no trabalho, com amigos ou parentes ou em outras atividades. Ainda, o critério D relata que é preciso que haja evidências claras de que os sintomas expostos acima interfiram ou reduzam a qualidade do funcionamento social, acadêmico ou profissional. Por fim, o critério E informa que os sintomas não devem ocorrer exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e nem devem ser melhores explicados pela ocorrência de outros transtornos mentais. (American Psychiatric Association, 2022, p. 178)

Como explicado no tópico anterior, o TDAH se divide em 3 apresentações, a predominantemente desatenta, predominantemente hiperativa/impulsiva e a combinada. Para se fazer essa distinção com base nesses critérios diagnósticos é bem simples. Caso o paciente preencha apenas o número de sintomas necessários para desatenção, seu diagnóstico será de apresentação predominantemente desatenta. Se o mesmo ocorrer somente em relação aos sintomas de hiperatividade/impulsividade, será de apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva. Todavia, se estiverem presentes sintomas suficientes para

satisfazer tanto os critérios de desatenção como hiperatividade/impulsividade, o diagnóstico será de apresentação combinada. (American Psychiatric Association, 2022, p. 178 e 179)

Além disso, a apresentação dos sintomas e de seus prejuízos decorrentes é dividida nos graus leve, moderado e grave. O TDAH leve apresenta poucos sintomas além do necessário para o diagnóstico, com pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional. O moderado envolve sintomas e prejuízos funcionais entre leve e grave. Já o grave caracteriza-se por muitos sintomas a mais que o necessário para o diagnóstico ou vários com gravidade elevada, resultando em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional. (American Psychiatric Association, 2022, p. 179)

Embora esses sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade sejam o cerne do TDAH, existem outros transtornos que podem apresentar sintomas semelhantes, exigindo assim bastante cautela e análise aprofundada na hora de definir o diagnóstico.

A Associação Americana de Psiquiatria (2022, p. 183-186) lista esses transtornos com sintomas similares em um tópico chamado “diagnóstico diferencial”. No caso do TDAH, essa análise é realizada em relação ao Transtorno de Oposição Desafiante, visto que embora os dois possam levar à resistência a tarefas, no TDAH a resistência está ligada à dificuldade de concentração e não à hostilidade. Já o Transtorno Explosivo Intermitente também apresenta sintomatologia de impulsividade, mas é marcado por agressividade significativa, o que não é característico do TDAH, e não por problemas de atenção.

O TDAH também se distingue de outros transtornos do neurodesenvolvimento. A agitação generalizada do TDAH não se confunde com os movimentos fixos e repetitivos do Transtorno do Movimento Estereotipado ou com os tiques do Transtorno de Tourette. No Transtorno Específico da Aprendizagem, a aparente desatenção é ligada à frustração derivada das limitações neurocognitivas específicas e é reduzida quando a pessoa realiza atividades que não exigem a habilidade prejudicada. Em contraste, a desatenção no TDAH é constante.

Os sintomas do TDAH também podem se parecer com comportamentos característicos de pessoas com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual, também chamado de Deficiência Intelectual, quando essas são colocadas em um ambiente acadêmico incompatível com suas capacidades intelectuais. Nesse caso, quando o

indivíduo não está realizando atividades acadêmicas, os sintomas não serão marcantes.

Existem ainda semelhanças do TDAH com o Transtorno do Espectro Autista. A disfunção social presente nesse deve ser diferenciada dos problemas sociais e da rejeição por pares encontradas naquele, visto que nos autistas a disfunção se caracteriza pela falta de envolvimento social, isolamento e indiferença a pistas de comunicação verbais e não verbais, como expressões faciais e tonalidade da voz. Ainda, devem ser diferenciadas as causas do comportamento de difícil manejo e das crises de raiva presentes em ambos transtornos. No TDAH elas são devidas a impulsividade e a uma capacidade de autocontrole insatisfatória, enquanto autistas podem apresentar comportamentos semelhantes por possuírem baixa tolerância a mudanças no curso dos eventos esperados.

Ademais, no Transtorno do Apego Reativo a desinibição social é um sintoma-chave, porém, os indivíduos não apresentam o conjunto completo de sintomas do TDAH e também não criam relações duradouras, o que não é característico do transtorno em estudo neste trabalho.

Por sua vez, nos Transtornos de Ansiedade também estão presentes sintomas de desatenção, no entanto esses se devem à preocupação e ruminação excessiva e não à atração por estímulos externos e por novidade como no TDAH. Da mesma forma, é comum que pacientes com Transtornos de Ansiedade experimentem agitação, todavia essa é igualmente causada pelo excesso de pensamentos ansiosos, o que não é o caso do TDAH.

No Transtorno do Estresse Pós-Traumático, a inquietação, a irritabilidade e a dificuldade de concentração se manifestam de forma inespecífica, o que pode mimetizar o TDAH. Para diferenciação, portanto, é feita uma avaliação abrangente do histórico do paciente a fim de averiguar a ocorrência de exposição a eventos traumáticos.

Já nos Transtornos Depressivos, é recorrente que existam problemas de concentração. Porém, ao contrário do TDAH, esses serão proeminentes apenas durante um episódio depressivo. De forma semelhante, no Transtorno Bipolar a dificuldade de concentração ou a hiperatividade são episódicas, além de serem acompanhadas por sintomas específicos como grandiosidade e humor elevado, enquanto no TDAH os sintomas são persistentes. Ademais, as mudanças de humor causadas pela baixa regulação emocional do TDAH se distinguem das que ocorrem

no Transtorno Bipolar em decorrência dos episódios maníacos e hipomaníacos. Aquelas se apresentam como uma instabilidade emocional que consiste em alterações de humor significativas ao longo do mesmo dia, enquanto essa última se caracteriza por uma mudança de humor que se mantém estável por pelo menos 4 dias.

Há de se diferenciar o TDAH, ainda, do Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor. No caso desse, a irritabilidade e a intolerância à frustração são os sintomas centrais, mas a impulsividade e a atenção desorganizada não são características essenciais.

Outra condição que pode se assemelhar ao TDAH são os Transtornos Por Uso De Substâncias. Para que o diagnóstico seja preciso nessas situações, é avaliado se os sintomas característicos de TDAH já existiam antes do uso problemático de substâncias.

Ainda, a desorganização, intromissão social e a desregulação emocional compartilhadas com Transtornos da Personalidade não devem ser confundidas com as características próprias do TDAH. A distinção é feita tendo em vista que o transtorno em estudo não é definido por traços específicos dos transtornos de personalidade, como medo de abandono, automutilação ou ambivalência extrema. Para um diagnóstico correto, é fundamental uma avaliação detalhada, incluindo a observação prolongada e o histórico do paciente, a fim de distinguir os comportamentos impulsivos do TDAH daqueles que são inerentes aos transtornos de personalidade.

Por fim, TDAH não pode ser diagnosticado conjuntamente com Transtornos Psicóticos caso os sintomas de desatenção e hiperatividade ocorram exclusivamente durante o curso desse transtorno. Semelhantemente, o diagnóstico do TDAH se diferencia dos Transtornos Neurocognitivos principalmente pelo período de início dos sintomas. Nos Transtornos Neurocognitivos, a dificuldade de atenção surge como uma piora do desempenho anterior, e o quadro geralmente se manifesta na idade adulta. Já no TDAH, a desatenção e os outros sintomas devem estar presentes desde a infância, antes dos 12 anos, e não representam uma piora de um nível de funcionamento já estabelecido.

Ainda, semelhantemente à CID-11, o DSM-5 TR permite também que o diagnóstico de TDAH seja dado como “Outro Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Especificado” e “Transtorno de Déficit de

Atenção/Hiperatividade Não Especificado”. A primeira dessas duas categorias aplica-se quando sintomas característicos do TDAH causam sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, profissional ou outras áreas, mas não atendem todos os critérios para o diagnóstico de TDAH ou outros transtornos do neurodesenvolvimento, sendo registrado pelo clínico com a razão específica da não conformidade, como “com sintomas insuficientes de desatenção”. Já a segunda categoria é usada quando sintomas característicos do TDAH causam sofrimento ou prejuízo significativo, mas não cumprem todos os critérios para o diagnóstico de TDAH ou outros transtornos do neurodesenvolvimento, e o clínico opta por não especificar o motivo, mas descreve apresentações de sintomas para as quais há informações insuficientes para um diagnóstico mais preciso. (American Psychiatric Association, 2022, p. 187 e 188)

Para elaboração do diagnóstico, é realizada uma longa e criteriosa anamnese que examinará os sintomas atuais do paciente e seu histórico, possibilitando descobrir as causas do quadro apresentado e eliminar as possibilidades de diagnóstico diferencial. O diagnóstico de TDAH é realizado usualmente pela cooperação de mais de um profissional de saúde e pode envolver psicólogos, psiquiatras, neurologistas ou, no caso de crianças, neuropediatras. (Almeida, M., 2022)

Frequentemente, para uma análise mais precisa dos sintomas e suas origens, faz-se necessário submeter o paciente a avaliação neuropsicológica para diagnóstico de TDAH. Essa avaliação fornece informações importantes sobre como os sintomas afetam o indivíduo. (Almeida, M., 2022)

Também pode ser essencial que o profissional que conduz a anamnese entreviste outras fontes além do paciente (como cônjuge membro da família, pais ou parceiros). O relato dessas outras pessoas servirá para enriquecer as informações sobre o paciente, visto que esse nem sempre têm plena consciência de como os sintomas do transtorno os afetam e aos outros a sua volta. (Almeida, M., 2022)

Ainda, caso de investigação do transtorno em crianças e adolescentes, se faz necessário, além de entrevistar o próprio paciente e seus responsáveis, ouvir os professores sobre o comportamento e histórico do paciente na escola, tendo em vista que as crianças nem sempre conseguem descrever com detalhe e precisão o seu comportamento e os adolescentes costumam subestimar seus sintomas. (Coutinho *et al.*, 2009)

Atualmente, no Brasil, a avaliação neuropsicológica não é nada acessível. O Sistema Único de Saúde (SUS) não oferece o procedimento, restando à população pagar uma avaliação privada, que pode chegar a valores exorbitantes como quase 3 mil reais, ou procurar alguma clínica-escola que faça por valor acessível ou de forma gratuita.

Entretanto, é possível também obter a avaliação neuropsicológica por meio de plano de saúde, caso se consiga um requerimento médico para sua realização, mas isso não é acessível para boa parte da população.

2.3 DESAFIOS E LIMITAÇÕES DAS PESSOAS COM TDAH

Como afirmado anteriormente, o TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento, ou seja, possui sua origem em alterações nos processos neurológicos. Essas acabam por causar prejuízo da regulação da atenção, afetando diversas áreas da vida do paciente, principalmente a aprendizagem e os relacionamentos sociais (Barkley, 2006 apud Pi Davanzo et al., 2018) e também impactar as funções executivas (FE) e na capacidade de inibição e autocontrole dos comportamentos. (Barkley; Murphy, 2010; Braun et al., 2019, p. 619)

As FE compreendem um conjunto de habilidades cognitivas que regulam e coordenam ações e diversas atividades diárias. Dentre elas podem ser citadas as habilidades de planejamento, raciocínio flexível, atenção concentrada e inibição do comportamento. Todas essas desempenham um papel fundamental na organização e execução de tarefas complexas. (Best; Miller; Jones, 2009 apud Knapp; Morton, 2013; Luna et al., 2004 apud Knapp; Morton, 2013)

Embora o perfil de pessoas com TDAH não seja universal, é comum que sejam encontrados déficits neurocognitivos nas áreas da memória de trabalho, troca de tarefas, variação no tempo de reação, inibição de resposta, vigilância e planejamento/organização. (American Psychiatric Association, 2022, p. 180)

A memória, enquanto sistema cognitivo, tem a função de captar, armazenar e recuperar informações, sendo dividida em três subsistemas. A memória sensorial registra estímulos percebidos pelos sentidos, com duração de milissegundos a poucos segundos. Depois, as informações seguem para a memória de trabalho, uma habilidade cognitiva que armazena e manipula temporariamente essas informações.

Por último, a memória de longo prazo guarda os dados por períodos que podem variar de dias a anos. Esse mecanismo é fundamental para o aprendizado. A memória de trabalho mantém uma conexão estreita com a memória de longo prazo, pois é através dela que as informações armazenadas são recuperadas e utilizadas. (Pasquali, 2019 apud Neto; Estivalet; Almeida, P., 2022, p. 167)

Um estudo publicado na *Diacrítica*, revista do Centro de Estudos Humanísticos da Universidade do Minho, em Portugal, demonstrou que déficits na memória de trabalho afetam, por exemplo, a fluidez e a compreensão da leitura, visto que a capacidade de armazenamento e manipulação de informações de forma temporária é deficitária. Isso faz com que, para pessoas com TDAH, determinadas atividades demandem significativamente mais tempo para a conclusão, tendo em consideração a velocidade de leitura reduzida pela necessidade de reler diversas vezes um mesmo texto. Ainda, erros podem ser cometidos por falta de assimilação precisa do conteúdo escrito. (Neto; Estivalet; Almeida, P., 2022)

Em um estudo, pesquisadores da Universidade do Colorado e da Universidade de Michigan exploraram o funcionamento de algumas FE e os prejuízos que podem decorrer da existência de déficits nas mesmas. Uma das funções analisadas foi justamente a habilidade de iniciar ou trocar de tarefas. Essa habilidade foi nomeada no trabalho como “*shifting*”, “*attention switching*” ou “*task switching*”. Em tradução literal para o português, significam, respectivamente, “deslocação”, “troca de atenção” e “troca de tarefa”, mas em português essa função é comumente chamada de atenção alternada. Prejuízos na área causam dificuldades de iniciar ou alternar entre tarefas, etapas e operações. (Miyake et al., 2000, p. 55-56)

Em outro estudo, foi demonstrado que pacientes com TDAH foram mais lentos que aqueles sem o transtorno em atividades que exigiam o uso da atenção alternada (Luna-Rodriguez et al., 2018). Sendo assim, na prática, esse déficit acaba por afetar significativamente as atividades diárias como gestão do tempo, planejamento, organização, lidar com múltiplas tarefas ou demandas e realizar atividades complexas que exigem mudanças entre etapas.

Ainda, devido a danos na estrutura cerebral, disfunções ou desequilíbrios nos neurotransmissores, indivíduos com TDAH não conseguem alcançar os níveis de energia necessários para realizar tarefas (iniciar ou manter foco contínuo) sem uma motivação moderada ou elevada, que pode ser originada pela satisfação

diretamente atrelada a atividade ou por uma necessidade urgente de evitar um prejuízo. Além disso, como esses processos não podem ser controlados de forma voluntária, não se trata de uma questão de força de vontade. Exigir que uma pessoa com TDAH se esforce mais em determinada atividade é igualmente ilógico a pedir a alguém com visão reduzida que enxergue melhor apenas com esforço. (Rohde et al., 2019, p. 115)

Na prática isso significa que pessoas com TDAH têm mais problemas com desempenho escolar e acadêmico em relação a média dos alunos, devido a desatenção. Como também experimentam problemas sociais de rejeição devido a sua hiperatividade/impulsividade. A rejeição social também pode ter origem na aparente preguiça, irresponsabilidade ou falta de cooperação, que na verdade são apenas manifestações da dificuldade que os portadores de TDAH possuem em sustentar a atenção e o esforço por longos períodos de tempo. (American Psychiatric Association, 2022, p. 183)

Adolescentes e adultos com o transtorno manifestam os sintomas de desatenção por meio da dificuldade acentuada na organização, em manter o foco no que se fala e em persistir na realização de atividades prolongadas. A hiperatividade, como um comportamento motor excessivo, passa a se tornar menos evidente com a chegada da adolescência, podendo se limitar mais a comportamentos inquietos, sensação interna de nervosismo, agitação ou impaciência. Além disso, é comum que apresentem conversas em demasia e impulsividade exacerbada, fazendo com que o indivíduo não reflita nem analise propriamente antes de tomar uma decisão, podendo acarretar em tomadas de escolhas que trazem riscos altos à própria pessoa. (American Psychiatric Association, 2022, p. 179-181; Braun et al., 2019, p. 618-619)

Essa impulsividade na tomada de decisões deixa os indivíduos com TDAH mais vulneráveis a lesões e acidentes em comparação com seus pares. Eles enfrentam um risco aumentado de traumas, desenvolvimento subsequente de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), acidentes e violações de trânsito como condutores, além de mortalidade prematura, principalmente devido a acidentes e lesões. Além disso, indivíduos com TDAH têm uma maior probabilidade de desenvolver obesidade e hipertensão. (American Psychiatric Association, 2022, p. 183)

Além disso, jovens adultos com TDAH possuem menor estabilidade empregatícia em relação a pessoas típicas, ou seja, sem algum transtorno do neurodesenvolvimento, da sua faixa etária. Isso se deve ao fato de que essas pessoas possuem desempenho, realização e comparecimento ao trabalho reduzidos, o que faz com que tenham uma maior probabilidade de desemprego e conflitos interpessoais (American Psychiatric Association, 2022, p. 183)

Em relação a esse fato, uma pesquisa elaborada nos EUA demonstrou que, dentro da amostra do grupo de pessoas examinado, dentre aqueles com TDAH apenas 33,9% estavam empregados em período integral, enquanto 59% dos indivíduos sem TDAH estavam empregados em período integral. (Biederman; Faraone, 2006)

Ainda, essa mesma pesquisa constatou que o TDAH trouxe prejuízo à produtividade da força de trabalho nos Estados Unidos em aproximadamente 67 a 116 bilhões de dólares em um ano. (Biederman; Faraone, 2006)

Também foi comprovado que o TDAH afeta o desempenho escolar, uma vez que, dentro de um grupo examinado na pesquisa, 29% dos indivíduos sem TDAH obtiveram majoritariamente notas A, enquanto apenas 14% dos indivíduos com TDAH obtiveram esse mesmo resultado. Quando a situação foi invertida para quantos de cada obtiveram majoritariamente notas menores que C, o resultado apresentado foi que apenas 8% dos alunos sem TDAH demonstraram esse desempenho, enquanto 20% daqueles que possuem TDAH exibiram o mesmo desempenho. (Biederman; Faraone, 2006)

Ademais, geralmente as relações familiares de indivíduos com TDAH são caracterizadas por discórdia e interações negativas. As relações em geral dessas pessoas são marcadas muitas vezes por rejeição, negligência ou provocações por parte dos outros, devido às impressões negativas que os sintomas do TDAH causam. Por isso, também, pessoas com o transtorno lidam com uma autoestima abaixo da média. (American Psychiatric Association, 2022, p. 183)

Outra questão com que os portadores de TDAH precisam lidar também é a existência de comorbidades, que seria a coexistência simultânea de mais de um tipo de transtorno. Pesquisas realizadas com crianças e adolescentes com TDAH indicam que até 50% apresentam alguma comorbidade, dentre elas podemos citar Transtorno Depressivo (15% a 20%), Transtorno de Ansiedade (25%), Transtorno Opositor Desafiador ou Transtornos de Conduta (30% a 50%), Transtorno Específico

de Aprendizagem (10% a 25%) e abuso de substâncias (9% a 40%). (Antshel; Olszewski, 2014 apud Pires et al., 2024; Molina *et al.*, 2009 apud Pires et al., 2024; Wilens *et al.*, 2002 apud Pires et al., 2024; Biederman; Newcorn; Sprich, 1991 apud Rohde et al., 2000)

Além disso, um estudo identificou que pessoas com TDAH possuem prejuízos muito além da área acadêmica, apresentando também risco maior de desenvolver condutas inadequadas, agressivas ou prejudiciais, como comportamentos suicidas, os quais se mostraram três vezes mais frequentes em indivíduos com o transtorno em comparação com aqueles sem. Outrossim, também podem apresentar duas vezes mais chance de se engajarem em comportamentos agressivos tanto contra pessoas quanto contra propriedades. Ainda, problemas com a justiça ou a polícia e expulsões do trabalho ou escola são duas ou três vezes mais recorrentes em indivíduos com TDAH. (Sultan *et al.*, 2021, p. 287)

Ainda, segundo estudo publicado na *Cambridge Press*, o TDAH também afeta a expectativa de vida dos seus portadores, podendo reduzi-la em até quase 9 anos, no caso de mulheres, e em até mesmo quase 7 anos, no caso de homens. (O’Nions et al., 2025)

Todos esses sintomas afetam a eficiência e a velocidade da execução de tarefas tanto relacionadas aos estudos como ao trabalho. Assim sendo, fica evidente a necessidade de existir mecanismos de suporte para o auxílio de pessoas com TDAH a fim de que sejam melhor inseridos na sociedade e tenham melhor qualidade de vida.

As limitações causadas pelo TDAH, como demonstradas, afetam tão significativamente a execução de tarefas, a socialização, relacionamentos interpessoais e a qualidade de vida em geral daqueles acometidos pelo transtorno, que é considerada por especialistas na área e também na legislação de alguns países como uma deficiência.

Em uma de suas apresentações no YouTube, o Dr. Russell Barkley (2024), psicólogo clínico, professor, pesquisador e uma das maiores autoridades mundiais nos estudos sobre TDAH, afirma que o transtorno pode ser melhor definido como um transtorno de performance. Segundo o autor, em uma explicação simplificada, o transtorno afeta o funcionamento da parte frontal do cérebro (responsável pela execução) e sua conexão com a parte anterior (responsável pela aquisição de conhecimento). Isso causa uma incapacidade ou dificuldade de utilizar o

conhecimento adquirido de forma prática e executar tarefas. Nas palavras dele podemos entender, de forma bastante simplificada, o TDAH da seguinte forma:

O TDAH está, portanto, levando as pessoas a terem um transtorno de performance. Não é um problema de saber o que fazer, é um problema de fazer o que você sabe. Um problema em guiar o nosso comportamento, por meio dessas representações mentais, que ativamos na parte anterior do cérebro e depois a transportamos para a parte frontal do cérebro com a finalidade de conduzir nossa performance contínua em uma situação. (Barkley, 2024, tradução nossa)

Também, o mesmo autor afirma sobre o transtorno:

O TDAH é uma deficiência de auto-controle que alguns profissionais denominam de funções executivas críticas de planejamento, organização e condução de comportamentos humanos complexos por longos períodos de tempo. Isto é, numa criança com TDAH, a porção “executiva” do cérebro, que supostamente deve estar organizada e controlando o comportamento, auxiliando a criança a planejar o futuro e a seguir planos, faz um trabalho muito pobre. (Barkley, 2000 apud Alencar, 2003, p. 58)

2.4 TRATAMENTOS NECESSÁRIOS PARA O CONTROLE E MANEJO DOS SINTOMAS DE TDAH

O tratamento do TDAH se dá principalmente por meio da psicoterapia e do uso de medicamentos.

A abordagem psicoterápica mais comumente utilizada é a Terapia Cognitivo-Comportamental. Nela o profissional utilizará estratégias que visam ensinar organização de atividades cotidianas, consciência comportamental, auto avaliação, autocontrole, auto direção, resolução de problemas, reconstrução cognitiva e prevenção de recorrências. Além disso, o terapeuta trabalha na promoção da motivação do indivíduo em relação ao processo terapêutico, principalmente ao lidar com crianças e adolescentes, pois o ânimo do paciente em participar do tratamento é crucial para o seu sucesso. (Knapp; Bicca *et al.*, 2010 apud Andrade, M., 2022, p. 13)

Já a intervenção medicamentosa pode ser feita por meio do uso de psicoestimulantes, antidepressivos e o cloridrato de atomoxetina, que seria a única opção não estimulante disponível no Brasil, todavia os estimulantes são os mais indicados para a maioria dos casos (Louzã; Mattos, 2007).

No Brasil, existem apenas duas opções de remédios psicoestimulantes para compra. Uma delas é o cloridrato de metilfenidato (Ritalina® e Concerta®), que age no sistema nervoso central do paciente como inibidor da receptação de dopamina e noradrenalina, o que cria um estado de alerta e excitação no cérebro que melhoram sintomas relacionados à desatenção e hiperatividade/impulsividade. (Melo; Carvalho; Andrade, L., 2022, p. 896; Novartis, 2023, p. 1).

A outra opção seria o dimesilato de lisdexanfetamina (Venvanse®) que também age de forma semelhante ao metilfenidato. A medicação atua na liberação de dopamina e norepinefrina, enquanto inibe a monoamina oxigenase e os transportadores de norepinefrina, o que estimula o sistema nervoso central e controla os sintomas característicos do transtorno, como a desatenção e a hiperatividade/impulsividade. (Okamura, 2019, p. 24; Takeda, 2023, p. 1)

Como afirmado anteriormente, o transtorno também pode ser tratado com antidepressivos, principalmente os tricíclicos como a bupropiona. Embora essas medicações apresentem uma eficácia menor no tratamento de sintomas de TDAH em comparação aos psicoestimulantes, elas são mais recomendadas nos casos em que há comorbidade de transtornos depressivos associados ao TDAH. O médico poderá receitar o uso simultâneo de um antidepressivo e um psicoestimulante ou preferir iniciar o tratamento apenas com um antidepressivo e, após certo período de análise do progresso dos sintomas, optar pelo uso conjunto com algum estimulante caso veja necessidade. (Louzã, Mattos, 2007)

Já o cloridrato de atomoxetina (Atentah®) é um inibidor seletivo da recaptação da norepinefrina e, de acordo com uma matéria publicada no Portal do Drauzio Varella (Ribeiro, 2024), tem sua atuação no córtex pré-frontal do cérebro, mesma área onde agem as medicações estimulantes, reduzindo os sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade. Todavia, ao contrário dos estimulantes, não possui ação no sistema de recompensa, o que evita causar dependência. A atomoxetina se mostra eficaz no tratamento do TDAH, embora com eficácia menor em relação aos estimulantes. (Louzã; Mattos, 2007; Apsen, 2024)

A escolha da medicação mais adequada será sempre feita pelo médico, analisando individualmente cada caso e sempre considerando a existência de comorbidades como também a adaptação individual do paciente a cada tipo de substância.

Embora o tratamento psicoterápico e as medicações se provem ser eficazes na melhora dos quadros dos pacientes com TDAH, não significa que todas as barreiras causadas pelo transtorno serão anuladas. Ainda existe a necessidade de adaptações ou suportes ambientais em instituições de ensino e ambientes de trabalho. (TDAH Descomplicado, 2025)

3 DIREITOS DA PESSOA COM TDAH

3.1 GARANTIAS E PROTEÇÕES VIGENTES A NÍVEL MUNDIAL

Como já descrito, o TDAH é uma condição que afeta significativamente diversas habilidades do indivíduo que o possui, trazendo assim problemas na qualidade de vida e na capacidade de execução de tarefas. Assim, existindo esse déficit, faz-se necessário também o reconhecimento legal e social da condição e suas limitações e a criação de mecanismos de suporte que abrandem ou até mesmo, se possível, superem por inteiro suas consequências práticas.

Visando isso, diversos países possuem legislações voltadas a dar suporte a pessoas com TDAH, além de considerarem o transtorno como uma deficiência, como no caso do *Equality Act* do Reino Unido e no *Canadian Human Rights Act* do Canadá. (ADHD UK, [s.d.]; Tumarkin, 2024)

No Reino Unido, também foi criado o projeto chamado de *Hidden Disabilities Sunflower*, que consiste na criação de um cordão e um cartão com símbolo de girassol, para que pessoas com deficiências ocultas possam utilizá-los para se identificar. Além disso, como as deficiências ocultas variam bastante em suas características, é possível adicionar no cartão até cinco ícones que representam quais são suas limitações e quais tipos de suporte a pessoa pode precisar. Os símbolos utilizados são os seguintes:

Alguns cartões de girassol usam ícones para indicar o tipo de ajuda necessária.

 Tenho necessidades de acessibilidade Por favor, pergunte-me quais são	 Sou sensível ao cheiro
 Talvez eu precise de mais tempo Por favor, seja paciente e mantenha a calma — Posso precisar de mais tempo para concluir uma ação ou para me comunicar com você	 Eu tenho um cão de assistência
 Eu não posso ficar de pé por longos períodos de tempo Posso precisar de um lugar para descansar, especialmente se estiver em uma fila	 Não me toque O toque físico pode causar angústia e dor
 Eu posso precisar de um lugar para sentar e descansar	 Tenho perda de visão Tenho visão limitada e posso achar o acesso à informação visual ou a distância de julgamento uma barreira
 Escadas / rampas são uma barreira para mim Existe uma rota acessível?	 Preciso de letras grandes
 Posso precisar de acesso urgente ao banheiro mais próximo Por favor, me ajude sem questionar	 Eu uso braille
 Tenho um cuidador/assistente pessoal Ele fornece apoio e precisará me acompanhar	 Tenho deficiência auditiva Encare-me, fale claramente, mas não grite e, se necessário, escreva sua mensagem
 Por favor, dê-me espaço Preciso de sua ajuda para manter o distanciamento social	 Eu assino
 Preciso de um lugar tranquilo/seguro Existe um espaço seguro/silencioso que eu possa usar?	 Eu uso escuta assistida
 Sou sensível ao som Existe um tempo de silêncio ou um espaço tranquilo?	 Eu uso audiodescrição
 Sou sensível à luz Existe um tempo ou espaço onde as luzes estão apagadas?	 Tenho alergia alimentar
	 Tenho uma deficiência oculta

Para saber mais sobre o girassol, visite: hdsunflower.com/br

HIDDEN disabilities 

Fonte: Hidden Disabilities Sunflower. Os ícones do girassol.

No site do *Hidden Disabilities Sunflower* encontra-se uma lista com as mais diversas condições que podem se beneficiar do uso do cordão e cartão associado aos ícones, dentre elas encontra-se o TDAH. De acordo com o site o transtorno é uma condição neurodesenvolvimental crônica e uma deficiência oculta que pode afetar a forma de pensar e entender a realidade e que, por conta de diferenças neurológicas, causa problemas com a regulação da concentração e dos impulsos, fazendo com que os indivíduos com TDAH tenham pouco controle sobre essas questões. Além dessa explicação, o site indica alguns ícones que podem ser úteis para identificação no cartão de pessoas com o transtorno em questão, os quais

seriam o símbolo do relógio, da casinha, da sensibilidade sonora e do girassol presentes na imagem acima. (Hidden Disabilities Sunflower, 2025)

Entretanto, será a legislação dos EUA que este trabalho se dedicará mais a detalhar. A primeira coisa que precisamos considerar é que no país citado o TDAH é considerado uma deficiência, com proteções garantidas pelo *American with Disabilities Act* (ADA) e o *Rehabilitation Act*, que em tradução para português significam, respectivamente, Ato dos Americanos com Deficiência e Ato da Reabilitação.

Embora a menção direta ao TDAH não seja encontrado no texto dessas legislações, o ADA define deficiência como “uma deficiência física ou mental que limita substancialmente uma ou mais atividades principais da vida de tal indivíduo”. As atividades principais da vida, por sua vez, são definidas como aquelas que “incluem, mas não se limitam a, cuidar de si mesmo, realizar tarefas manuais, ver, ouvir, comer, dormir, caminhar, ficar em pé, levantar, curvar-se, falar, respirar, aprender, ler, concentrar-se, pensar, comunicar-se e trabalhar” (Estados Unidos, 1990). Dessa forma, é entendido que o TDAH se enquadra como deficiência por encaixar-se nesse conceito.

Em geral, as proteções e direitos garantidos são o amparo contra discriminação, o recebimento de benefícios financeiros devidos a pessoas com deficiência, a depender do quão gravemente o TDAH afete a vida e funcionalidade do indivíduo, mecanismos de suporte e acomodações em local de trabalho e em ambientes acadêmicos e escolares e o direito ao acesso a procedimentos que levam ao diagnóstico.

De acordo com a seção 504 da *Rehabilitation Act*, os distritos escolares têm o dever de avaliar, caso percebam a necessidade e sem nenhum custo para os responsáveis, se um estudante possui uma deficiência e precisa de educação especial ou outros serviços relacionados. Além disso, os próprios responsáveis podem solicitar ao distrito escolar uma avaliação, se suspeitarem que o estudante possua TDAH ou caso ele tenha recebido um diagnóstico de TDAH fora da escola. (Estados Unidos, 2016)

Na legislação estadunidense, todos os estudantes com deficiência, conforme definido na mesma seção 504, possuem direito a *Free Appropriate Public Education* (FAPE), Educação Pública Apropriada Gratuita em tradução para português. A FAPE na prática seria a oferta de acesso à educação regular ou especial e quaisquer

outras medidas necessárias para que o aluno com deficiência tenha suas demandas educacionais atendidas da mesma maneira que os estudantes sem deficiência possuem as suas necessidades atendidas. (Estados Unidos, 2016)

Ainda mais, o distrito escolar não poderá limitar os serviços oferecidos aos estudantes com deficiência àqueles que são gratuitos ou de baixo custo e nem excluir qualquer serviço necessário independentemente de seu custo. As necessidades de suporte de cada estudante com TDAH variam, dessa forma a legislação também prevê que os serviços ofertados a cada aluno com a deficiência seja individualizado, atendendo as demandas específicas de cada estudante. (Estados Unidos, 2016)

Esse planejamento relacionado às necessidades individuais de cada aluno com deficiência é geralmente descrito em um documento normalmente chamado de “*Section 504 Plan*”, ou Plano da Seção 504, em tradução para o português. Esse deve conter de forma clara e detalhada para que os responsáveis pelo aluno e a escola tenham plena ciência do que o plano oferece e possam garantir seu cumprimento. (Estados Unidos, 2016)

Além do colégio, as legislações mencionadas também concedem o direito às acomodações para os estudantes universitários. Assim como na escola, as medidas de suporte devem ser ofertadas visando a necessidade particular de cada indivíduo.

As acomodações mais comuns de serem ofertadas aos universitários com TDAH são: mais tempo para realizar provas, maior prazo para entrega de trabalhos, permissão para gravar aulas, ajuda para realizar anotações ou ler, permissão para realizar provas em uma área separada e quieta, prioridade na matrícula para escolha do horário e professores, possibilidade de substituir aulas dentro do currículo, carga do curso reduzida e recebimento de instruções escritas por parte dos professores. (Sinfield, 2023)

Ademais, os portadores de TDAH também possuem direito a suporte no ambiente de trabalho por meio da ADA. A legislação se aplica para todos os indivíduos com TDAH que trabalham em ambientes que empregam mais de 15 pessoas. Todavia, há diversas leis estaduais e municipais que, semelhantemente, garantem proteção em relação a pequenos empregadores e até mesmo a contratantes independentes. (Yellin, 2025)

De acordo com a legislação, os empregadores deverão conceder acomodações e mecanismos de suporte para seus funcionários com TDAH, porém

não serão obrigados a providenciar nenhuma medida que não seja razoável, ou seja, que custe muito ou que seja prejudicial ao negócio. (Yellin, 2025)

As acomodações mais comuns de serem ofertadas são: ambiente de trabalho quieto, permissão para uso de fones canceladores de ruído ou uso de *white noise*, trabalho em *home office* parte do tempo ou todo o tempo, flexibilidade de horário de trabalho, podendo tomar pausas distribuídas conforme necessário, redução das funções marginais, permissão de uso de assistência tecnológica (aplicativos, lembretes, alarmes, calendários), ajustes e ou modificações em exames, treinamentos e políticas e realocação para outras vagas vazias. (Yellin, 2025)

Para ter acesso aos benefícios da ADA, os trabalhadores com TDAH devem comprovar, a qualquer momento, a seus empregadores a existência da deficiência e como ela o afeta no trabalho, caso contrário, o empregador não terá obrigação de conceder as acomodações necessárias. (Yellin, 2025)

As garantias da ADA, entretanto, não se aplicam às Forças Armadas nem a funcionários do executivo federal, empreiteiras federais e empregados de programas que recebam fundos federais. No lugar dela, esses trabalhadores são protegidos pela *Rehabilitation Act*, legislação bastante semelhante na qual a ADA, inclusive, foi inspirada. (Yellin, 2025)

3.2 GARANTIAS E PROTEÇÕES VIGENTES NO BRASIL

No Brasil, nós temos algumas legislações que remetem ao TDAH, embora ainda haja bastante carência de previsões legais mais abrangentes e efetivas. A principal lei brasileira sobre o transtorno que podemos citar é a Lei Federal nº 14.254/2021.

Sancionada em 1 de dezembro de 2021, tem como tema central o dever do poder público, da rede de saúde, das escolas públicas e privadas de ofertar proteção, acompanhamento direcionado às dificuldades, diagnóstico precoce e tratamento para alunos da educação básica com TDAH, Dislexia e outros Transtornos de Aprendizagem. (Brasil, 2021)

Essa lei se propõe a fazer isso estabelecendo um programa que garanta, aos professores da educação básica, formação continuada e amplo acesso à informação

sobre os transtornos, tanto em relação aos encaminhamentos possíveis, quanto à identificação de características que possam sinalizar a existência deles e quais medidas podem ser adotadas no âmbito escolar. (Brasil, 2021)

Além disso, o atendimento terapêutico para os transtornos em questão deve ser acessível na rede pública de saúde. Ainda, deve haver uma parceria entre as escolas, as redes de saúde, as redes de proteção social não governamentais e governamentais e a família do indivíduo portador do transtorno para a execução de medidas que visem garantir o pleno desenvolvimento do aluno com transtorno. (Brasil, 2021)

Ainda, há também a Lei Federal nº 14.420/2022, a qual estabelece a Semana Nacional de Conscientização do TDAH que deve ser realizada anualmente na semana que abranger o dia 1º de agosto. (Brasil, 2022)

Além das citadas Leis Federais, o Brasil também conta com diversas legislações de âmbito estadual e municipal sobre o tema. Como poderá ser observado na seguinte tabela organizada pela Associação Brasileira do Déficit de Atenção:

Tabela 1: Leis estaduais e municipais sobre TDAH

LEIS ESTADUAIS E MUNICIPAIS SOBRE TDAH				
Estado/Município	Nº da Lei	Proposição	Origem	Autor
AC	Lei nº 3.112/2015	Dispõe sobre a identificação, o diagnóstico, acompanhamento integral e atendimento educacional escolar para estudantes da educação básica com TDAH	Assembleia Legislativa do Acre Aprovada em 29/12/2015	

LEIS ESTADUAIS E MUNICIPAIS SOBRE TDAH				
Estado/Município	Nº da Lei	Proposição	Origem	Autor
AC	Lei nº 2.954/2014	Institui a Semana de Informação e Conscientização sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH	Assembleia Legislativa do Acre Aprovada em 14/01/2014	Dep. Eduardo Farias PCdoB/AC
AM	Lei nº 4.790/2019	Dispõe sobre as medidas a serem adotadas para identificar, acompanhar e auxiliar o aluno com TDAH e/ou dislexia nas redes pública e privada de ensino do Estado do Amazonas e dá outras providências	Assembleia Legislativa do Amazonas Aprovada em 27/02/2019 DOE-AM nº 3362	Deputado Luis Castro REDE/AM
AM Manaus	Lei nº 2.260/2017	Dispõe sobre as medidas a serem adotadas para identificar, acompanhar e auxiliar o aluno portador de TDAH e/ou dislexia nas redes pública e privada de ensino do Município de Manaus	Câmara Municipal de Manaus Aprovada em 04/12/2017	Vereador Felipe Souza PHS/AM
CE Fortaleza	Lei nº 10.891/2019	Dispõe sobre o Dia Municipal de Conscientização do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade - TDAH, na forma que Indica, e dá outras providências.	Câmara Municipal de Fortaleza Aprovada em 27/05/2019	Vereadora Claudia Gomes DEM/CE

LEIS ESTADUAIS E MUNICIPAIS SOBRE TDAH				
Estado/Município	Nº da Lei	Proposição	Origem	Autor
DF	Lei nº 5.310/2014	Dispõe sobre a educação especial e o atendimento e acompanhamento integral aos estudantes que apresentem necessidades especiais inclusive TDAH	Câmara Legislativa do Distrito Federal Aprovada em 19/12/2014	Deputado Chico Leite REDE/DF
ES	Lei nº 11.076/2019	As unidades escolares públicas e privadas, do Estado do Espírito Santo, ficam obrigadas a disponibilizar nas salas de aula assentos na 1ª fila aos alunos com TDAH, assegurando seu posicionamento afastado de janelas, cartazes e outros elementos possíveis potenciais de distração.	Assembleia Legislativa do Espírito Santo Aprovada em 25/11/2019 DOE-ES nº 25117 de 26/11/2019	Deputado Luciano Machado PV/ES
GO	Lei nº 19.913/2017	Dispõe sobre o atendimento especializado para as pessoas diagnosticadas com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Dislexia nos Concursos Públicos e Vestibulares.	Assembleia Legislativa de Goiás Aprovada em 18/12/2017 DOE-GO de 27/12/2017	Deputado Lívio Luciano MDB/GO

LEIS ESTADUAIS E MUNICIPAIS SOBRE TDAH				
Estado/Município	Nº da Lei	Proposição	Origem	Autor
GO Goiânia	Lei nº 9.593/2015	Dispõe sobre as diretrizes adotadas pelo Município para realizar a orientação a pais e professores da Cidade de Goiânia sobre as características do Transtorno de Déficit de Atenção TDA.	Câmara Municipal de Goiânia Aprovada em 11/06/2015	
GO Pirenópolis	Lei nº 712/2012	Dispõe sobre as medidas para identificação e tratamento do TDAH e Dislexia nas redes pública e privada do município de Pirenópolis	Câmara Municipal de Pirenópolis Aprovada em 09/07/2012	Vereador Jovelino Moreira PSD/GO
MG Belo Horizonte	Lei nº 10.133/2011	Cria o Programa de Promoção da Aprendizagem - PROAP, abrangendo os Distúrbios de Aprendizagem, inclusive TDAH	Câmara Municipal de Belo Horizonte Aprovada em 18/03/2011	Vereador Ronaldo Gontijo PPS/MG
MG	Lei nº 22.420/2016	Institui a Semana de Conscientização sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade –TDAH	Assembleia Legislativa de Minas Gerais Aprovada em 19/12/2016	Deputado Fred Costa PATRIOTA/MG

LEIS ESTADUAIS E MUNICIPAIS SOBRE TDAH				
Estado/Município	Nº da Lei	Proposição	Origem	Autor
MT	Lei nº 10.800/2019	Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos portadores de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) no Estado do Mato Grosso	Assembleia Legislativa do Mato Grosso Aprovada em 09/01/2019	Deputado Eduardo Botelho DEM/MT
MS	Lei nº 5.593/2020	Obriga as escolas públicas e privadas, no âmbito do Estado do Mato Grosso do Sul, a disponibilizarem cadeiras em locais determinados aos portadores do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH.	Assembleia Legislativa do Mato Grosso do Sul Aprovada em 10/11/2020	Deputado Barbosinha DEM/MS
MS Dourados	Lei nº 3.122/2008	Autoriza o Poder Executivo a criar o Programa de Detecção de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH, nas escolas da rede pública de ensino e dá outras providências	Câmara Municipal de Dourados Aprovada em 10/07/2008	

LEIS ESTADUAIS E MUNICIPAIS SOBRE TDAH				
Estado/Município	Nº da Lei	Proposição	Origem	Autor
MS Dourados	Lei nº 4.499/2020	Obriga as escolas do município de Dourados a disponibilizarem cadeiras em locais determinados para alunos com TDAH e com maior tempo para realização de provas	Câmara Municipal de Dourados Aprovada em 05/05/2020	Vereador Madson Valente DEM/MS
PA Capanema	Lei nº 6.447/2020	Dispõe sobre a implantação do Programa de Identificação, Acompanhamento e Tratamento de alunos com Dislexia e/ou TDAH na Rede Pública Municipal de Ensino de Capanema e dá outras Providências.	Câmara Municipal de Capanema Aprovada em 06/03/2020	
PA Bragança	Lei nº 4.612/2018	Dispõe sobre as medidas a serem adotadas para identificar, acompanhar e auxiliar o aluno portador de TDAH e Dislexia nas redes Pública e Privada de ensino do município de Bragança e dá outras providências	Publicada no Diário Oficial Municipal de Bragança em 03/07/2018	

LEIS ESTADUAIS E MUNICIPAIS SOBRE TDAH				
Estado/Município	Nº da Lei	Proposição	Origem	Autor
PB	Lei nº 11.641/2020	Institui o programa de diagnóstico, esclarecimento, tratamento e acompanhamento do Transtorno o Déficit de Atenção com Hiperatividade – TDAH nas escolas particulares de ensino do Estado da Paraíba	Publicada no Diário Oficial do Estado da Paraíba em 12/02/2020	Deputado Melchior Naelson Batista da Silva (Chió) REDE/PB
PE	Lei nº 16.061/2017	Institui, no Calendário de Eventos do Estado de Pernambuco, a Semana Estadual de Conscientização s/ o TDAH e dá outras providências.	Assembleia Legislativa de Pernambuco Aprovada em 08/06/2017	Deputado Eduino Brito PP/PE
PR	Lei nº 20.019/2019	Institui o Dia Estadual e a Semana Estadual de Conscientização sobre o TDAH, a ser realizado no dia 19 de setembro e na semana em que esse dia recair	Publicada no Diário Oficial do Estado do Paraná em 13/11/2019	Deputado Luiz Carlos Martins PP/PR
RJ Rio de Janeiro	Lei nº 6.881/2021	Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia, com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade - TDAH ou com outros transtornos de aprendizagem.	Publicada no Diário Oficial Municipal do Rio de Janeiro em 26/04/2021	Vereador Marcelo Arar PTB/RJ

LEIS ESTADUAIS E MUNICIPAIS SOBRE TDAH				
Estado/Município	Nº da Lei	Proposição	Origem	Autor
RJ	Lei nº 9.153/2020	Dispõe sobre a transferência de matrícula, sem anuência dos pais, em escolas e creches da Rede Estadual de Educação, p/ as pessoas c/ Deficiência, TGD, Altas Habilidades/Superação, TDAH e dislexia.	Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro Publicada em 23/12/2020	Deputado Alexandre Knoploch PL/RJ
RJ	Lei nº 8.192/2018	Dispõe sobre a obrigação das escolas públicas e privadas, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro a disponibilizarem cadeiras em locais determinados aos alunos com TDAH	Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro Aprovada em 04/12/2018	Deputado Tio Carlos SDD/RJ e Deputado Nivaldo Mulin PR/RJ
RJ	Lei nº 7.354/2016	Institui o programa de diagnóstico e tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH no Estado do Rio de Janeiro	Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro Aprovada em 15/07/2016	Deputado Tio Carlos SDD/RJ e Deputado Nivaldo Mulin PR/RJ
RJ	Lei nº 6.308/2012	Institui a Semana Estadual de Informação e Conscientização sobre o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH	Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro Publicada em 29/08/2012	Deputado Claize Zito PSD/RJ

LEIS ESTADUAIS E MUNICIPAIS SOBRE TDAH				
Estado/Município	Nº da Lei	Proposição	Origem	Autor
RS	Lei nº 15.212/2018	Institui a campanha estadual de informação sobre o TDAH e a Dislexia na educação básica e dá outras providências.	Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul Aprovada em 25/07/2025	Deputado Valdeci Oliveira PT/RS
RS Viamão	Lei nº 4.165/2013	Dispõe sobre as diretrizes adotadas pelo município para orientação a pais e professores sobre as características do TDAH e encaminhamento pelo diretoria da escola para o SUS para diagnóstico.	Câmara Municipal de Viamão Aprovada em 06/12/2013	Vereador Silvio R. Streit (Guguzinho Streit) PTB/RS
RS Santo Antônio da Patrulha	Lei nº 8.146/2018	Institui a Política Municipal de Atenção Integral aos Educandos com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) no Município de Santo Antônio da Patrulha	Câmara Municipal de Santo Antônio da Patrulha Aprovada em 10/08	Vereador Marcelo Santos PTB/RS

LEIS ESTADUAIS E MUNICIPAIS SOBRE TDAH				
Estado/Município	Nº da Lei	Proposição	Origem	Autor
SC	Lei nº 17.292/2017	Consolida a legislação que dispõe sobre os direitos das pessoas com deficiência. (Esta lei inclui a lei revogada nº 16346 de 04/03/2014 que dispunha sobre a prioridade às pessoas com deficiência, incluindo TDAH, TEA e altas habilidades para as vagas em escola pública próxima de sua residência)	Assembleia Legislativa de Santa Catarina Publicada em 20/10/2017	Mesa Diretora da Assembleia Legislativa de Santa Catarina
SC	Lei nº 15.113/2010	Dispõe da implantação do programa de identificação e tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH no Estado de Santa Catarina	Assembleia Legislativa de Santa Catarina Aprovada em 09/01/2010	Deputado Gelson Merísio PSD/SC

Fonte: Associação Brasileira do Déficit de Atenção, 2021

A maioria dessas legislações, como observado, traz apenas garantias bastante semelhantes a da Lei Federal nº 14.254/2021 e da Lei Federal nº 14.420/2020. Apenas algumas, como a Lei nº 5.310/2014 do Distrito Federal e a Lei nº 17.292/2017 de Santa Catarina, trouxeram algumas previsões que vão mais além.

A primeira, do Distrito Federal, expressa que deve haver, em todos os níveis, etapas e modalidades da educação, o acesso à acompanhamento, atendimento e adaptações que visem suprir as necessidades de aprendizado e desenvolvimento dos estudantes com TDAH, TEA, AH/SD (Altas Habilidades/Superdotação), TEAp (Transtornos Específicos de Aprendizagem) a exemplo de dislexia e discalculia, TC (Transtornos de Conduta), TPAC (Transtorno do Processamento Auditivo Central).

Essa lei se diferencia da Lei Federal nº 14.254/2021 ao passo que trata da educação de forma mais abrangente, enquanto a legislação federal foca na educação básica. (Brasília (DF), 2014)

Igualmente, de acordo com a Lei nº 5.310/2014, a assistência prestada a esses alunos deve ser vitalícia e elaborada de forma individualizada a fim de atender diretamente as necessidades específicas de cada estudante. Ademais, não é permitida a exclusão de estudante do sistema de ensino por ocasião da condição que possui. (Brasília (DF), 2014)

Já a segunda, de Santa Catarina, é bastante extensa e trata sobre os direitos das pessoas com deficiência no Estado de Santa Catarina. A lei em questão define como deficiência os “impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, possam obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições”. (Santa Catarina, 2017, art. 5º)

A menção ao transtorno protagonista deste trabalho encontra-se no artigo 49, no qual o legislador positivou que as pessoas com deficiência, TEA, TDAH e Altas Habilidades/Superdotação (AH/SD) possuem prioridade de vagas em escolas públicas mais próximas ao local de sua residência. Para acessar esse direito, é preciso a apresentação de laudo comprovando a condição e documentos que atestem a residência fixa. O texto legal define “escola pública mais próxima” em seu artigo 50, descrevendo-a como “aquela cuja distância da residência do candidato à vaga seja menor ou facilitadora de seu acesso por transporte coletivo, sendo facultado ao candidato optar”. (Santa Catarina, 2017)

Entretanto, alguns estabelecimentos de ensino possuem a necessidade de processo seletivo para o ingresso do estudante. Nesses casos, em consonância com o artigo 51, os indivíduos com as condições citadas acima, terão direito às acomodações necessárias a sua situação, para que possam competir em condições de igualdade. (Santa Catarina, 2017)

Por fim, a Lei nº 17.292/2017 de Santa Catarina, no parágrafo único do artigo 51, impõe também que as adaptações necessárias para os alunos especiais devem ser elaboradas por profissionais especializados em deficiência, TEA, TDAH e AH/SD, a fim de que sejam eficazes, tendo em consideração a natureza de cada condição e as características individuais. (Santa Catarina, 2017)

Há também, ainda, a Lei nº 3.087/2022 do município de Sinop no Mato Grosso que traz previsões além das contempladas na legislação federal. A tabela exposta anteriormente não a contempla, visto que está atualizada até o ano de 2021. Essa lei traz como novidade a concessão de atendimento preferencial para indivíduos com até 12 anos diagnosticados com TDAH e seus acompanhantes em filas de bancos, casas lotéricas, supermercados, hipermercados e congêneres. (Sinop (MT), 2022)

Com essas informações, é fácil concluir que o Brasil ainda carece de mais legislações robustas sobre o tema. Como vimos, não há nenhuma previsão em lei que trate do direito das pessoas com TDAH no mercado de trabalho, sendo que o transtorno traz também limitações e dificuldades nessa área. Além disso as garantias em relação a educação em todas as suas esferas é ainda limitada em matéria federal, tornando desigual o acesso a direitos em território nacional.

Ademais, a omissão legal sobre o assunto instaura insegurança jurídica, visto que tribunais, a fim de cumprir seu dever legal e sanar lacunas legislativas, têm necessitado recorrer a interpretações com base em analogias a direitos existentes para garantir amparo a pessoas com TDAH. A exemplo disso, temos o caso de uma servidora pública, portadora de TDAH, que teve concedido pelo Poder Judiciário do Estado de Goiás o direito de trabalhar em home office e com jornada reduzida. Igualmente, existe uma decisão da 6ª turma do Tribunal Regional Federal da 1ª Região que, por unanimidade, garantiu o acesso de uma candidata com TDAH a vaga de concurso público destinada para pessoas com deficiência.

3.3 O PL 2630/21 COMO PROPOSTA FEDERAL DE AMPLIAÇÃO DE DIREITOS NO BRASIL

Tendo ciência dessas falhas omissivas da legislação atual foi desenvolvido o Projeto de Lei 2630/21 pelo deputado Capitão Fábio Abreu, com o auxílio de Yuri Maia, profissional pós-graduado em Neuropsicologia e Transtornos de Aprendizagem, escritor de um livro sobre TDAH e dono de um canal no YouTube e perfis em redes sociais onde aborda a temática e também fala de sua experiência, visto que é também portador do transtorno.

O texto original do projeto tem como objetivo instituir a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), garantindo direitos equivalentes aos já assegurados a pessoas com TEA.

A proposta reconhece o TDAH como uma condição de deficiência, com base nos critérios de diagnóstico do CID-10, ou a que lhe suceder (atualmente o Brasil já utiliza oficialmente a CID-11) ou DSM-5, e estabelece medidas para assegurar direitos fundamentais, inclusão social e acesso a tratamento adequado. (Abreu, 2021)

Entre as principais diretrizes da política estão: diagnóstico precoce, atendimento multiprofissional, acesso a medicamentos, inclusão educacional com recursos pedagógicos adaptados e acompanhamento especializado quando necessário, além de incentivo à capacitação de profissionais e à pesquisa científica. (Abreu, 2021)

O projeto também prevê a inserção no mercado de trabalho, garantindo oportunidades adequadas às necessidades das pessoas com TDAH, e proíbe qualquer forma de discriminação, seja em escolas, planos de saúde ou no ambiente social. (Abreu, 2021)

Para assegurar o cumprimento da lei, o texto estabelece penalidades para instituições de ensino que recusarem matrículas de alunos com TDAH, incluindo multas de 3 a 20 salários-mínimos e, em caso de reincidência por servidores públicos, a perda do cargo. Além disso, proíbe a exclusão de pessoas com TDAH de planos de saúde privados em razão da condição. (Abreu, 2021)

A justificativa do projeto destaca que o TDAH e o TEA são transtornos do neurodesenvolvimento com impactos semelhantes na vida pessoal, acadêmica e profissional, e que, portanto, as garantias legais devem ser equivalentes. O objetivo é promover igualdade de condições e participação plena na sociedade, assegurando dignidade, acesso a serviços essenciais e proteção contra qualquer forma de exclusão. (Abreu, 2021)

Como esperado na maioria das tramitações de Projetos de Lei, foram elaborados substitutivos do texto original conforme a proposta passou pela Comissão de Educação (CE), pela Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CPD) e Comissão de Saúde (CSAUDE). Além disso, foram pensados ao projeto o PL 3.893/202, o PL 4.308/2021 e o PL 4.324/2021.

O primeiro projeto apensado propunha orientar professores, coordenadores e diretores para identificar e assistir alunos com TDAH, porém foi rejeitado por ter sido considerado que suas proposições já estão bem contempladas na, já aprovada e em vigor, Lei nº 14.254/2021. (Cunha, 2025)

O segundo propôs tempo adicional fixo de 40 minutos para pessoas com TDAH realizarem qualquer atividade avaliativa, prova ou trabalho. Esse projeto por sua vez foi aprovado no substitutivo, porém com alterações que serão expostas mais a seguir. (Cunha, 2025)

Já o terceiro, propôs o acesso a diagnóstico precoce e assistência especializada para indivíduos com TDAH por meio das unidades do SUS. Esse projeto foi aprovado no substitutivo. (Cunha, 2025)

Como afirmado anteriormente, a redação original do PL 2630/2021 foi alterada por meio de substitutivos conforme seguia a tramitação. O substitutivo final foi elaborado em 14/05/2025 pela Comissão de Saúde e apresenta marcantes mudanças em relação ao teor da propositura original.

A principal alteração implementada, que recebeu diversas críticas da população, de ativistas e de alguns parlamentares, foi a remoção do texto que reconhecia o TDAH como deficiência para todos os efeitos legais. Isso gera, na prática, a perda da equiparação dos direitos do TDAH com os direitos já existentes para o TEA, que era um dos principais pontos da proposta original. (Cunha, 2025)

Além disso, o substitutivo também alterou o conteúdo do PL 4.308/2021 apensado, determinando que, em qualquer atividade avaliativa, prova ou trabalho realizado no estabelecimento de ensino ou fora dele, deve ser concedido, para estudantes com TDAH, dislexia ou outro transtornos de aprendizagem no mínimo 50% de tempo adicional para a realização das mesmas. Dessa forma permaneceu-se a essência da proposta do projeto de acréscimo do limite de tempo, porém modificando o critério de aumento fixo de 40 minutos. (Cunha, 2025)

Ademais, o substitutivo também exige, para estudantes com TDAH, dislexia ou outro transtorno de aprendizagem, que as atividades avaliativas sejam realizadas de forma fracionada ou de forma seriada, diária ou semanal e, da mesma forma, que seja concedida extensão de 50% do limite máximo de tempo para conclusão de curso de graduação. (Cunha, 2025)

O novo texto trouxe, inclusive, direitos e obrigações importantes para o ambiente de trabalho. Nele se afirma que as empresas, públicas ou privadas, com

10.000 ou mais empregados, devem ter em sua equipe de recursos humanos profissionais capacitados para lidar com pessoas com TDAH. Igualmente, essas empresas terão o dever de fazer adaptações ambientais no local de trabalho a fim de reduzir elementos distratores. Ainda, antes de serem aplicadas quaisquer penalidades por desempenho abaixo do esperado pela empresa, é necessário que os ajustes devidos no ambiente de trabalho tenham sido ofertados e de que seja proporcionada facilidade para realocação do funcionário em outras funções, atividades ou setores com a finalidade de que esse possa se adaptar, fomentando a inclusão. (Cunha, 2025)

Por fim, outra alteração importante se deu na norma que proíbe a recusa da matrícula de pessoas com TDAH por dirigentes de estabelecimentos de ensino. Na redação original do PL, como já dito, haveria a pena de multa de 3 a 20 salários mínimos e de perda de cargo por reincidência, caso seja servidor público. Todavia, no substitutivo a multa é removida e substituída por uma advertência e, nos casos de o ilícito ser cometido por servidor público, permanece a perda do cargo por reincidência. (Cunha, 2025)

O PL 2630/2021 ainda precisa passar pelos pareceres da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ) e pela Comissão de Finanças e Tributação (CFT), portanto ainda poderão haver novas alterações.

4 NOVA PROPOSTA LEGISLATIVA DE AMPARO A PESSOAS COM TDAH

O presente capítulo será destinado a apresentar reflexões e possíveis propostas de melhoria nos direitos disponíveis para pessoas com TDAH e naqueles que estão sendo debatidos no PL 2630/2021. Com base na análise dos dados e fatos expostos ao longo do texto, pretende-se aqui apontar soluções práticas para a questão e propor maior ponderação sobre o tema, reconhecendo sua complexidade e características multifacetadas que não serão todas plenamente analisadas aqui, visto a característica limitada deste trabalho por se tratar de um Trabalho de Conclusão de Curso.

Para início dessa análise, é prudente reconhecer que foi equivocada a remoção da redação do Art 1º, §2º do PL 2630/2021, no qual se lia: “A pessoa com

Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais” (Abreu, 2021)

Essa afirmativa pode ser justificada pela análise de um trecho da Lei nº 13.146/2015, ou seja, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (também chamada de Estatuto da Pessoa com Deficiência). Em seu artigo 2º lê-se o seguinte:

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (Brasil, 2015)

Ao analisarmos objetivamente as características elencadas pela lei, podemos, de forma lógica, afirmar que o TDAH se enquadra nos critérios descritos pelo legislador. Assim é, tendo em vista que, como se encontra no texto, impedimentos de longo prazo de natureza mental com capacidade de obstruir a participação plena e efetiva do indivíduo na sociedade em igualdade de condições devem ser considerados deficiência.

Conforme foi demonstrado no primeiro capítulo deste trabalho, o TDAH é um transtorno de origem neurobiológica que acompanha a pessoa por toda a sua vida. Assim sendo, já resta satisfeito o requisito de ser uma condição de natureza mental e de longo prazo.

Ademais, também como já exposto, através de dados estatísticos e pesquisas, o TDAH traz diversos prejuízos significativos em múltiplas áreas da vida daqueles acometidos pelo transtorno, a exemplo dos estudos, no trabalho, nas relações sociais e até mesmo em relação autocuidado e independência. Isso cria um abismo de desigualdade entre as pessoas com TDAH e pessoas neurotípicas, fazendo com que as primeiras estejam em situação de considerável vulnerabilidade e, sem a devida intervenção e suporte, incapazes de exercer de forma plena e efetiva sua participação na sociedade em condições de igualdade.

Mesmo com essa compatibilidade com o conceito de deficiência presente no Estatuto, uma lei que expresse de forma direta e objetiva que o transtorno se trata de uma deficiência seria útil para evitar diferentes interpretações e a necessidade de judicializar casos.

Além disso, é possível citar motivos práticos de como indivíduos com TDAH e seus cuidadores podem ser contemplados em suas necessidades com direitos garantidos na Lei Brasileira de Inclusão de Pessoas com Deficiência.

Um desses exemplos seria em relação a concessão de horário especial a servidor público com deficiência ou responsável por pessoa com deficiência (PCD), previsto no artigo 98, parágrafo segundo e terceiro da Lei 8.112/1990 (Brasil, 1990). Isso se justifica dado que uma criança com TDAH terá, como parte do seu tratamento, a necessidade de frequentar terapias para ajudar no seu desenvolvimento e, no caso de algumas famílias, o próprio responsável pela criança será quem precisará acompanhá-la.

Dessa forma, em alguns casos, o responsável que trabalhe como servidor público pode necessitar se ausentar do trabalho para acompanhar seu filho nas terapias. Todavia, não terá o direito de requerer a concessão de horário especial caso o TDAH não seja reconhecido como deficiência.

Ainda, o próprio trabalhador que possua TDAH pode se beneficiar de um horário de trabalho flexível, aumentando seu desempenho. Essa flexibilização é concedida para PCDs com base no parágrafo segundo do artigo 35 do Decreto 3.298/99. (Brasil, 1999)

Como visto anteriormente, essa prática já é adotada em países como os EUA, onde o transtorno é reconhecido como deficiência, podendo os empregados apresentarem seu laudo médico aos empregadores e solicitarem essa adaptação para melhora de seu desempenho no trabalho.

A eficácia dessa medida também é corroborada por pesquisas científicas. Em uma revisão elaborada por 11 pesquisadores de variadas universidades do Canadá, foram examinadas 79 pesquisas que, ao todo, analisaram as experiências com trabalho de 68.275 indivíduos com TDAH em 22 países. A revisão conclui que muitas dificuldades e barreiras enfrentadas em ambientes de trabalho por causa de TDAH podem ser manejadas ou remodeladas como potencial por meio de práticas que tornem o trabalho mais adaptável, uma das medidas citadas como comuns de serem tomadas é justamente a flexibilização do horário de trabalho. (Hotte-Meunier *et al.*, 2024)

Além disso, os indivíduos com TDAH podem ainda se beneficiar do direito a vagas especiais de emprego e cotas em vestibulares e concursos públicos. Isso se justifica pelo fato de o transtorno afetar diretamente a performance nos estudos e na

execução de provas, criando uma desigualdade na disputa, além de que o índice de desemprego entre pessoas com TDAH é significativamente maior por conta das dificuldades de desempenho causadas pelo transtorno e, adicionalmente, é notório que empresas por diversas vezes preferem não contratar empregados que possuam alguma condição que enseje a necessidade de suporte e adaptações.

Embora o Projeto de Lei traga a proibição da não contratação fundamentada na existência de TDAH, na prática não se evita que aconteçam situações assim, como também ocorrem em relação a outras condições. Isso pode levar pessoas com TDAH a uma situação em que podem avaliar esconder seu diagnóstico pelo medo de não serem contratadas, porém, dessa forma, não terem acesso às adaptações necessárias, o que pode prejudicar seu desempenho no trabalho e, eventualmente, causar demissão.

Todavia, caso o transtorno receba reconhecimento legal como uma deficiência, estará contemplado pela Lei 8.2013/91, também conhecida como Lei de Cotas. Em seu artigo 93 a lei afirma que empresas com 100 empregados ou mais devem preencher de 2% a 5% de seus cargos com pessoas portadoras de deficiência e beneficiários reabilitados. A porcentagem exata da cota é definida pela legislação seguindo uma proporção em relação ao número total de empregados. (Brasil, 1991)

Da seguinte forma se aplicará a proporção citada de acordo com a íntegra do texto legal mencionado:

Art. 93. A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção:				
I	-	até	200	
empregados.....				2%;
II	-	de	201	a
500.....				3%;
III	-	de	501	a
1.000.....				4%;
IV	-	de	1.001	em
.....				diante.
				5%. (Brasil, 1991)

O descumprimento dessa norma acarreta em multa de acordo com o artigo 133 desta mesma lei (Brasil, 1991). Uma vez reconhecidos como PCDs, as pessoas com TDAH poderiam receber a proteção dessa lei, o que ajudaria a minimizar suas dificuldades de inserção no mercado de trabalho.

Outrossim, ainda que não previsto diretamente na Lei de Cotas, é possível que o custo que empresas eventualmente tenham com adaptações para PCDs seja abatido do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica (IRPJ), visto que será considerado uma despesa operacional necessária para cumprir as obrigações impostas pelas legislações que garantem direitos a pessoas com deficiência. As despesas operacionais são dedutíveis do IRPJ segundo a previsão do artigo 47 da Lei 4.506/64. (Brasil, 1964)

Já em relação às cotas em vestibulares, o artigo 3º da Lei nº 12.711/2012 prevê que as vagas em instituições federais de ensino superior serão preenchidas por curso e turno, reservando-se, no mínimo, a proporção de pretos, pardos, indígenas, quilombolas e pessoas com deficiência equivalente à da população da unidade da Federação onde a instituição está localizada, conforme o último censo do IBGE (Brasil, 2012a). Enquanto aos concursos públicos, o parágrafo 1º do artigo 1º do Decreto nº 9.508/2018 declara que, no mínimo, 5% das vagas de cargos efetivos e contratações temporárias na administração pública federal direta e indireta serão reservadas para pessoas com deficiência. (Brasil, 2018)

Outro direito que a comunidade TDAH poderá gozar com o reconhecimento da condição como deficiência é a concessão de aposentadoria antecipada, de acordo com as normas da Lei Complementar nº 142/2013. Tendo em vista que a expectativa de vida de quem possui o transtorno é reduzida, é justo também que o tempo de contribuição necessário para aposentadoria leve em consideração esse fato.

No artigo 3º da referida lei, é reduzido 5 anos da idade mínima para aposentadoria por idade, caso cumprido o tempo de contribuição mínimo de 15 anos, independentemente da gravidade da deficiência. Além disso, reduz em 2, 6 ou 10 anos, para deficiências leves, moderadas e graves respectivamente, o tempo de contribuição necessário para aposentadoria por tempo de serviço (Brasil, 2013). Como foi antes demonstrado, estudos apontam uma redução de aproximadamente 7 anos para homens com TDAH e 9 anos para mulheres, o que justifica o enquadramento em um regime diferente de aposentadoria com tempo reduzido. (O’Nions et al., 2025)

Ademais, o reconhecimento como deficiência também traria punições mais severas para os casos em que houver recusa de matrícula por parte de estabelecimentos de ensino em razão do estudante possuir TDAH. Isso porque a

legislação brasileira considera crime, punível de 2 a 5 anos e multa, essa conduta quando direcionada a pessoas com deficiência, conforme consta no artigo 8º e inciso I da Lei nº 7.853/89. (Brasil, 1989)

Da seguinte forma se lê o texto da Lei citada:

Art. 8º Constitui crime punível com reclusão de 2 (dois) a 5 (cinco) anos e multa:
I- recusar, cobrar valores adicionais, suspender, procrastinar, cancelar ou fazer cessar inscrição de aluno em estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado, em razão de sua deficiência; (Brasil, 1989)

Nota-se que, além da proibição da recusa da matrícula, também são punidas a cobrança de valores adicionais em razão da deficiência, como a suspensão da matrícula, a procrastinação proposital da sua realização e o cancelamento ou cessação da inscrição devido a deficiência. Essa sanção também se mostra justa e mais eficaz do que a que se encontra na versão mais atual do PL 2630/21 para ser aplicada nos casos em que a conduta for direcionada a pessoa com TDAH.

Outrossim, a Lei nº 7.853/89, nos incisos II e III do artigo citado, consideram como o mesmo crime a obstrução de inscrição em concurso público, do acesso de alguém a cargo ou emprego público e a negativa ou obstrução de emprego, trabalho ou promoção devido a condição de deficiência (Brasil, 1989). Essa disposição legal é igualmente necessária e adequada para a proteção dos cidadãos com TDAH.

Além de tudo, tornar o transtorno legalmente equiparado à deficiência facilitaria o acesso aos tratamentos adequados e personalizados e às medicações necessárias. As terapias que compõem o tratamento geralmente são de custo moderado a alto, principalmente para uma considerável parcela da população que é mais carente. Ainda, os remédios para o TDAH também não possuem um preço acessível. Algumas medicações chegam a ser substancialmente caras, como o dimesilato de lisdexanfetamina (Venvanse®), que em sua menor dosagem, 30 mg, pode custar mais de 400 reais uma caixa que contém 28 comprimidos para serem tomados durante um mês.

Como explicado anteriormente, a escolha do medicamento adequado vai ser feita pelo médico por meio de uma análise individual de cada caso. Porém, como há remédios menos acessíveis que outros, muitos pacientes podem não poder arcar com a escolha da medicação ideal feita pelo profissional, fazendo com que o médico precise prescrever outra substância que ele ache menos adequada por ser a única que o paciente possa comprar, o que pode afetar a eficácia do tratamento.

Entretanto, a legislação prevê acesso gratuito à medicação e tratamento para PCDs no artigo 18 do Estatuto da Pessoa com Deficiência. Esse estabelece em seu caput que “É assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário” (Brasil, 2015). Os parágrafos e incisos que sucedem esse artigo detalham como deve operar esse direito da seguinte forma:

§ 1º É assegurada a participação da pessoa com deficiência na elaboração das políticas de saúde a ela destinadas.

§ 2º É assegurado atendimento segundo normas éticas e técnicas, que regulamentarão a atuação dos profissionais de saúde e contemplarão aspectos relacionados aos direitos e às especificidades da pessoa com deficiência, incluindo temas como sua dignidade e autonomia.

§ 3º Aos profissionais que prestam assistência à pessoa com deficiência, especialmente em serviços de habilitação e de reabilitação, deve ser garantida capacitação inicial e continuada.

§ 4º As ações e os serviços de saúde pública destinados à pessoa com deficiência devem assegurar:

I - diagnóstico e intervenção precoces, realizados por equipe multidisciplinar;

II - serviços de habilitação e de reabilitação sempre que necessários, para qualquer tipo de deficiência, inclusive para a manutenção da melhor condição de saúde e qualidade de vida;

III - atendimento domiciliar multidisciplinar, tratamento ambulatorial e internação;

IV - campanhas de vacinação;

V - atendimento psicológico, inclusive para seus familiares e atendentes pessoais;

VI - respeito à especificidade, à identidade de gênero e à orientação sexual da pessoa com deficiência;

VII - atenção sexual e reprodutiva, incluindo o direito à fertilização assistida;

VIII - informação adequada e acessível à pessoa com deficiência e a seus familiares sobre sua condição de saúde;

IX - serviços projetados para prevenir a ocorrência e o desenvolvimento de deficiências e agravos adicionais;

X - promoção de estratégias de capacitação permanente das equipes que atuam no SUS, em todos os níveis de atenção, no atendimento à pessoa com deficiência, bem como orientação a seus atendentes pessoais;

XI - oferta de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção, medicamentos, insumos e fórmulas nutricionais, conforme as normas vigentes do Ministério da Saúde.

§ 5º As diretrizes deste artigo aplicam-se também às instituições privadas que participem de forma complementar do SUS ou que recebam recursos públicos para sua manutenção. (Brasil, 2015)

Ofertar esses direitos a pessoas com TDAH ampliaria substancialmente a acessibilidade ao diagnóstico e tratamento adequado e tornaria mais ágil a oferta desses serviços, reduzindo também o número de judicialização para conseguir acesso ao direito, aliviando o sistema judiciário.

Enquanto as propostas trazidas pelo substitutivo do PL em questão, como a obrigação das empresas em fornecer um ambiente de trabalho adaptado às necessidades da pessoa com TDAH e a dilatação do tempo para atividades avaliativas em instituições de ensino ou em processos seletivos, são também cobertas pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência.

O Estatuto em seu artigo 37 e inciso 2º positivam que é obrigação dos empregadores proverem suportes individualizados para atender as necessidades específicas do empregado com deficiência, a exemplo de uso de tecnologia assistiva, agente facilitador e apoio no ambiente de trabalho. (Brasil, 2015)

Todavia, a relocação do empregado é uma novidade do PL em questão e se mostra uma medida que possui potencial de eficácia, visto que com ela a pessoa com TDAH terá mais chances de se adaptar e poder exercer seu pleno potencial e suas habilidades.

Um estudo realizado por pesquisadores canadenses, já citado anteriormente, revela que a boa parte das dificuldades no trabalho causadas pelo TDAH podem ser manejadas ou convertidas em potencial com as adaptações adequadas. Esse mesmo estudo relatou que muitos indivíduos com TDAH relataram que seus problemas com o trabalho se relacionavam mais com o ambiente e a dinâmica do que em relação a um problema interno deles mesmos. (Hotte-Meunier *et al.*, 2024) Esse fato demonstra que proporcionar o suporte necessário e a flexibilidade para adaptação para indivíduos com TDAH pode ter resultados positivos para sua adequação no ambiente de trabalho, além de torná-los satisfatoriamente produtivos e competentes em suas atribuições.

Já a dilatação do tempo em provas, atividades educacionais e em processos seletivos, está prevista no inciso 5º do artigo 30 da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Entretanto, não é citado algum tempo mínimo a ser concedido e nem a garantia direta do acesso a esse direito, sendo necessário comprovação em laudo médico que demonstre a necessidade do tempo. (Brasil, 2015)

No caso do TDAH, essa concessão de um tempo mínimo de forma automática para todos com o diagnóstico revela-se ser uma medida positiva e adequada, visto que o transtorno afeta justamente habilidades neurocognitivas como memória de trabalho, atenção alternada, planejamento/organização e a capacidade de regular a atenção e de controlar impulsos, o que muitas vezes impossibilita a

realização de atividades no tempo convencionado. Sendo assim, a concessão de imediato desse direito a todas pessoas com diagnóstico de TDAH evita burocratização, judicialização e o adiamento do acesso a um direito essencial para o desenvolvimento e sucesso escolar, acadêmico e profissional desses indivíduos.

Por fim, a possibilidade de extensão de até 50% do limite máximo para conclusão de curso de graduação já está prevista na Resolução nº 2 do Conselho Federal de Educação de 1981. Contudo o texto da Resolução não menciona diretamente o TDAH, nomeando como titulares do direito em questão aqueles com deficiências físicas e afecções congênitas ou adquiridas que limitem a capacidade de aprendizagem (Conselho Federal de Educação, 1981). Em tese, o TDAH encaixa-se nessa definição, porém é útil que a legislação cite de forma direta o transtorno para evitar interpretações subjetivas que possam excluí-lo da proteção legal e, como consequência, tornar frequente a recorrência a meios judiciais, o que, além de sobrecarregar a justiça, também atrasa o acesso ao direito para aqueles que necessitam.

4.1 ARGUMENTOS CONTRÁRIOS AO RECONHECIMENTO DO TDAH COMO DEFICIÊNCIA

No entanto, existem contrapontos levantados por pessoas ou grupos que são contra o reconhecimento do TDAH como condição equiparada à deficiência. Os argumentos utilizados variam e geralmente estão focados nas afirmativas de que o transtorno não é grave o suficiente para ser considerado deficiência, que classificar mais uma condição como deficiência seria custoso aos cofres públicos e a economia atual do nosso país pode não dar conta ou que pessoas com TDAH não necessitam de vaga preferencial de estacionamento nem de atendimento prioritário.

Em relação à primeira alegação, não é preciso alongar muito a contra-argumentação, tendo em vista que os dados de estudos apresentados anteriormente neste trabalho já conseguem mostrar que o transtorno é de fato grave e, sem tratamento e adaptações adequadas, podem causar enormes prejuízos tanto na vida acadêmica, profissional, como no relacionamento com outras pessoas, no autocuidado e na independência.

Algumas pessoas podem ainda confrontar dizendo que o TDAH não é tão grave quanto outras deficiências, principalmente as físicas, como paraplegia ou cegueira. No entanto, o fato de existirem deficiências mais graves não significa que uma condição não seja deficiência também. Além do fato de que, como visto anteriormente, a própria legislação brasileira divide as deficiências em leve, moderada e grave (Brasil, 2013), não faria sentido, por exemplo, considerar que alguém com dengue não esteja doente porque existem doenças mais graves, como o câncer. As deficiências são diversas em suas características tanto nas áreas em que causam prejuízo como na gravidade e, além de outros transtornos mentais já serem considerados deficiência, como o TEA e o Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (TDI), deficiências físicas menos gravosas também são acolhidas pela lei, a exemplo da surdez unilateral (quando apenas um único ouvido é surdo) ou surdez parcial (quando a audição é reduzida, porém o paciente escuta e pode utilizar aparelhos como auxílio para ouvir melhor). (Brasil, 2012b, art. 1º; Brasil, 2004, art. 5º; Brasil, 2023, art 1º)

Já a segunda afirmativa utilizada, não faz nenhuma inferência considerando os sintomas e prejuízos do transtorno, mas apenas o impacto econômico que teria garantir os direitos necessários. Primeiramente essa forma de argumentação encontra impasses éticos, pois traz uma visão utilitarista do Estado e de suas funções para com a população. O dever estatal é assegurar que os direitos de cada indivíduo sejam resguardados, além de promover equidade e igualdade de oportunidades e condições de viver uma vida digna. A afirmação de que a legislação não deve garantir os direitos necessários para um grupo minoritário, pois teria um custo orçamentário, não é aceitável e revela uma visão desumana, tratando a vida de pessoas apenas como dados estatísticos e variáveis que importam apenas na medida em que sejam úteis a economia e ao orçamento público.

O último argumento, por sua vez, demonstra uma ignorância sobre a temática de deficiências no geral como também em matéria de legislação e direitos. Primeiramente, não são todas as condições consideradas deficiências que possuem direito a vaga de estacionamento preferencial. De acordo com o artigo 47 da Lei Brasileira de Inclusão, as vagas de estacionamento preferenciais devem ser reservadas para pessoas com deficiência que comprometam a mobilidade (Brasil, 2015). Também, o artigo 25 do Decreto nº 5.296/2004, limita o direito em questão para pessoas que possuam deficiência física ou visual (Brasil, 2004). Para que

alguém tenha acesso a vagas preferenciais de estacionamento, é necessário obter em órgãos públicos competentes, além da carteira que comprove a deficiência, a credencial que comprova a necessidade do acesso a esse direito. Logo, o TDAH, caso seja reconhecido como deficiência, não iria adquirir esse direito por não se enquadrar nos requisitos descritos.

Já em relação ao atendimento prioritário, o direito ao acesso se dá por outra regra. O artigo 1º da Lei nº 10.048/2000, garante o direito em questão para PCDs e, igualmente, para outros grupos como idosos, obesos, autistas, gestantes, lactantes, pessoas com crianças de colo, pessoas com mobilidade reduzida e até doadores de sangue. Nessa lei, o atendimento prioritário é definido como a disponibilização de caixas, postos, guichês, linhas ou atendentes específicos reservados para as pessoas que sejam titulares do direito discutido e, caso esses não sejam providenciados, o atendimento prioritário será feito logo em seguida ao término do atendimento em curso. (Brasil, 2000)

Além dessa garantia de acesso mais rápido, o atendimento prioritário também diz respeito a acessibilidade na forma em que o atendimento é conduzido de maneira que seja compatível às necessidades específicas de cada deficiência, como atendente que saiba linguagem de sinais para lidar com surdos ou guichê mais baixo para cadeirantes. (Brasil, 2000)

Ainda, em consonância com a Lei 10.048/2000, o atendimento prioritário também será concedido na forma de assentos reservados que devem ser disponibilizados pelas empresas públicas de transporte e concessionárias de transporte coletivo. (Brasil, 2000)

A lei que trata do atendimento prioritário é regulada pelo Decreto 5.296/2004, que dispõe sobre a prioridade para PCDs, o qual afirma que esse direito deverá ser garantido por órgãos da administração pública direta, indireta e fundacional, como também por empresas prestadoras de serviço público e instituições financeiras. (Brasil, 2004)

Em relação ao atendimento prioritário especificamente para PCDs, a Lei Brasileira de Inclusão estabelece em seu artigo 9º esse direito e cria um rol exemplificativo de situações nas quais o direito é devido, o quais são lidos da seguinte forma:

Art. 9º A pessoa com deficiência tem direito a receber atendimento prioritário, sobretudo com a finalidade de:

- I - proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
 - II - atendimento em todas as instituições e serviços de atendimento ao público;
 - III - disponibilização de recursos, tanto humanos quanto tecnológicos, que garantam atendimento em igualdade de condições com as demais pessoas;
 - IV - disponibilização de pontos de parada, estações e terminais acessíveis de transporte coletivo de passageiros e garantia de segurança no embarque e no desembarque;
 - V - acesso a informações e disponibilização de recursos de comunicação acessíveis;
 - VI - recebimento de restituição de imposto de renda;
 - VII - tramitação processual e procedimentos judiciais e administrativos em que for parte ou interessada, em todos os atos e diligências.
- § 1º Os direitos previstos neste artigo são extensivos ao acompanhante da pessoa com deficiência ou ao seu atendente pessoal, exceto quanto ao disposto nos incisos VI e VII deste artigo.
- § 2º Nos serviços de emergência públicos e privados, a prioridade conferida por esta Lei é condicionada aos protocolos de atendimento médico. (Brasil, 2015)

Caso o TDAH seja reconhecido como deficiência, teria direito ao atendimento prioritário nas situações descritas. Existe uma certa controvérsia em relação a pessoas com TDAH realmente precisarem desse direito, ou pelo menos se seria necessário em todas as situações descritas na lei.

Entretanto, já existem condições com impactos parecidos aos do TDAH que são legalmente reconhecidas como deficiência e que não possuem necessidade do atendimento prioritário em todas ocasiões, como o TEA e o TDI. Essas condições variam, assim como o TDAH, na qualidade dos sintomas que apresentam como em sua gravidade também, sendo o TEA dividido em 3 níveis, que representam a necessidade de suporte necessário para as atividades diárias, e o TDI que é classificado nos graus leve, moderado, grave e profundo. (American Psychiatric Association, 2023, p. 137-152 e 163-164)

No caso do Autismo a necessidade de prioridade geralmente é associada ao processamento sensorial atípico, um sintoma bastante recorrente que pode causar reações exageradas a estímulos sensoriais como sons, texturas, cheiros ou luzes, conforme descreve o DSM-5 TR (American Psychiatric Association, 2022, p. 161). Sendo assim, situações de espera prolongada em certos ambientes podem causar significativo desconforto ou até mesmo provocar crises, o que justifica o acesso mais rápido a atendimentos. Porém, nem todas as pessoas dentro do Espectro do Autismo possuem essa hipersensibilidade a estímulos sensoriais, alguns possuem uma reação inversa que é chamada de hipossensibilidade, causando um comportamento de busca por estimulação e ainda há aqueles que possuem

sintomas leves ou nenhum sintoma de desordem sensorial, como é possível observar nos critérios diagnósticos presentes no DSM-5 TR (American Psychiatric Association, 2022, p. 161) . Na prática, isso faz com que haja pessoas com TEA que não possuam problemas com aguardar o tempo padrão para serem atendidos, por conta de problemas no processamento sensorial, ou apenas sintam necessidade em situações específicas.

Ademais, os déficits na comunicação social característicos do TEA podem fazer ser necessário o atendimento prioritário realizado por um profissional especializado, embora nem todos os indivíduos dentro do espectro terão prejuízos graves o suficiente para sentirem a necessidade desse tipo de serviço. De modo geral, autistas de nível 1, principalmente aqueles com inteligência média ou superior, não necessitam de suporte muito substancial e conseguem lidar com atendimentos padrões e compreender instruções formais, apresentando mais problemas com relação a reciprocidade nas interações e relações sociais do que com habilidades linguísticas formais. (American Psychiatric Association, 2022, p.161-168)

Já no caso do TDI, indivíduos com grau leve gozam de razoável independência na sua vida diária (American Psychiatric Association, 2022, p. 137-138) e também, em parte dos casos, não têm necessidade prática de usufruir da prioridade de atendimento em todas as situações.

De acordo com o DSM-5 TR, o TDI é classificado como pertencente ao grupo dos transtornos do neurodesenvolvimento, assim como o TDAH e o TEA, e causa déficits funcionais, intelectuais e adaptativos que afetam os domínios conceituais, sociais e práticos (American Psychiatric Association, 2022, p. 135). Para esse transtorno, o atendimento prioritário se faz necessário principalmente na disponibilização de atendentes especializados para lidar adequadamente com as eventuais limitações que possam ocorrer na compreensão e na comunicação. Entretanto, como há variações na gravidade e no perfil individual, além de evolução de habilidades mediante tratamento, nem todas as pessoas com TDI terão as mesmas necessidades em relação a prioridade de atendimento, podendo algumas precisarem do serviço apenas em alguns casos específicos.

A mesma coisa ocorre com algumas deficiências físicas, que nem sempre precisam de todos os direitos concedidos pelo atendimento prioritário ou não necessitam em todas situações. Todavia, a legislação oferta esses direitos de forma uniforme a todos os PCDs por ser difícil limitar precisamente quais situações exatas

cada indivíduo precisa de apoio. Portanto, optaram os legisladores por deixarem o acesso aos mesmos disponíveis para cada cidadão com deficiência utilizar conforme sentir necessidade.

Em relação ao TDAH, a situação pode ser semelhante. Sintomas característicos da hiperatividade/impulsividade podem tornar em um desafio a espera em filas longas, principalmente se tratando de crianças. Dentre as apresentações práticas citadas no DSM-5 TR podemos encontrar a dificuldade de aguardar a vez (como em filas), não conseguir ou se sentir significativamente desconfortável caso precise ficar parado por muito tempo e, no caso de crianças, frequentemente correr ou subir em coisas em situações inapropriadas, porém em adultos pode ser manifestado apenas como sensações de inquietude. (American Psychiatric Association, 2022, p. 178)

Aliado a isso, é bastante comum em pessoas com TDAH problemas de regulação emocional e impulsividade, fazendo com que situações tidas como não tão relevantes por pessoas sem o transtorno causem enorme raiva ou frustração que podem frequentemente ocasionar reações exageradas. (American Psychiatric Association, 2022, p. 178)

Dessa forma, o atendimento prioritário pode se fazer útil, principalmente para adultos acompanhando crianças com o transtorno, visto que a espera longa pode causar comportamentos inadequados em crianças, como correr pelo ambiente, mexer objetos que não podem, atrapalhar os atendimentos em curso falando alto e em excesso ou até ter fortes reações emocionais. Pensando nisso, o município de Sinop no Mato Grosso, aprovou a Lei 3.087/2022, mencionada anteriormente, a qual concede direito a atendimento prioritário a indivíduos com TDAH menores de 12 anos. (Sinop (MT), 2022)

Já os adultos, embora consigam controlar melhor os comportamentos inadequados, ainda podem sofrer com considerável inquietação, estresse e intensas emoções negativas, podendo ser também benéfico para eles o acesso mais rápido a atendimentos.

Todavia, como já abordado no primeiro capítulo, o TDAH se divide em três apresentações (predominantemente desatenta, predominantemente hiperativa/impulsiva e combinada) e alguns pacientes apresentam sintomas característicos de hiperatividade pouco significativos ou às vezes até mesmo

ausentes. Sendo assim, fica a questão se também seria útil o atendimento prioritário para essas pessoas.

A resposta é sim. Como visto anteriormente o atendimento prioritário não se limita a meios de agilizar a espera em uma fila, mas também consiste em um atendimento adaptado às dificuldades características da deficiência. Dentre as apresentações práticas da sintomatologia de desatenção do transtorno presentes no DSM-5 TR, está a frequente falta de atenção a detalhes que resultam em erros e imprecisões, a distração fácil com estímulos do ambiente e dificuldade em sustentar a atenção durante conversas e leituras longas (American Psychiatric Association, 2022, p. 177). Esses sintomas podem afetar significativamente os resultados de atendimentos envolvendo múltiplas informações, instruções e detalhes, como em repartições públicas ou instituições financeiras. Caso não seja oferecido o devido suporte, esses sintomas podem prejudicar substancialmente a pessoa com TDAH em situações importantes nas quais é necessário atentar a detalhes em documentos ou em explicações faladas.

Para solucionar esse impasse podem ser de grande utilidade a adaptação de documentos públicos ou contratos financeiros para evitar que erros sejam cometidos pela pessoa com TDAH em situações importantes. Essas adaptações podem ser feitas, no geral, por meio de letras maiores e mais espaçadas, textos mais diretos, divisão por tópicos e auxílio de informações visuais claras e evidentes. Ainda, pode ser importante que o profissional que faça o atendimento seja treinado para explicar de forma mais direta e objetiva o que for necessário e ressaltar os detalhes importantes. Além disso, dependendo das características do ambiente, pode ser de grande auxílio que o atendimento para pessoas com TDAH seja realizado em um local calmo e com menos estímulos distratores, como sons de muitas pessoas falando, bipes de máquinas ou excesso de informações visuais no ambiente.

Esse tipo de adaptações para indivíduos com TDAH já é utilizada em ambientes escolares para realização de provas. Os estudantes costumam, além de receber tempo extra para conclusão da atividade, ter acesso a questões e estrutura de prova adaptadas para mitigar problemas com a atenção reduzida a detalhes e a realização em sala separada a fim de que se evitem estímulos distratores. Caso essas medidas não sejam tomadas, o desempenho do aluno na execução de avaliações será prejudicado, ainda que esse possua bom conhecimento dos assuntos. Esse fato foi bem analisado em uma dissertação de mestrado produzida

na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), concluindo que estudantes com TDAH possuem dificuldade de interpretação devido a problemas na concentração e que questões adaptadas para tais devem possuir textos mais objetivos, sem contextualizações irrelevantes para a resposta, com auxílio de imagens e destacando as informações importantes, como pelo uso de negrito (De Castro, 2023 p. 39). Portanto, dado esses fatos, é evidente que o suporte para as pessoas com TDAH deve ser expandido para outras áreas, além do ensino, nas quais os sintomas também podem causar prejuízos e desigualdade nas oportunidades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que o TDAH apresenta impactos significativos, com tratamentos disponíveis, mas requer adaptações legais para apoio completo. No Brasil, as proteções legais são limitadas, especialmente para adultos, enquanto internacionalmente há modelos mais robustos. Por essa razão tem sido observado o desenvolvimento de Projetos de Lei sobre a matéria, dentre os quais se destaca o PL 2630/2021, propondo a classificação expressa do TDAH como deficiência para fins legais.

O reconhecimento legal do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade como uma deficiência representa um avanço significativo para a conscientização social sobre o transtorno. Ao ser enquadrado como uma condição que pode demandar direitos e acomodações específicas, o TDAH ganha visibilidade como um desafio neurobiológico legítimo, e não apenas como um comportamento inadequado ou falta de disciplina, como muitas vezes é percebido. Essa mudança de perspectiva contribui para desmistificar estigmas, promovendo uma compreensão mais empática e informada na sociedade.

Por exemplo, políticas públicas que reconhecem o TDAH como deficiência podem incentivar campanhas educativas em escolas, locais de trabalho e comunidades, esclarecendo que o transtorno envolve dificuldades reais em funções executivas, como atenção sustentada e controle de impulsos, o que ajuda a reduzir preconceitos e a fomentar um ambiente mais inclusivo.

Ademais, o enquadramento do TDAH como deficiência fortalece a luta por direitos e inclusão, promovendo uma sociedade mais justa. Leis que protegem indivíduos com TDAH contra discriminação, seja no acesso à educação, ao mercado de trabalho ou a serviços de saúde, criam um precedente para que outros transtornos do neurodesenvolvimento também sejam reconhecidos e respeitados.

Esse movimento não apenas beneficia diretamente as pessoas com TDAH, mas também incentiva a sociedade a adotar uma postura mais acolhedora em relação à diversidade neurológica. A conscientização gerada por esse reconhecimento legal pode inspirar mudanças culturais, criando mais respeito e acolhimento para pessoas com TDAH e outros transtornos de origem neurológica.

Entretanto, este trabalho reconhece também que a temática de direitos das pessoas com TDAH é complexa, multifacetada e vai muito além do abordado aqui. A aprovação de uma lei que garante mais direitos é apenas o primeiro passo, sendo necessário, além disso, um plano de execução prático que irá lidar com desafios não abordados aqui, como questões orçamentárias ou a capacidade do sistema de saúde.

Além disso, há outros caminhos para a obtenção de direitos para pessoas com TDAH que não passam pela equiparação à deficiência. É possível elaborar legislações que tratem especificamente sobre o transtorno e os direitos que devem ser garantidos às pessoas acometidas por ele. Alguns indivíduos advogam que esse caminho seria o mais adequado, principalmente, por ser mais ágil de aprovar projetos de lei com tais características. Outros, como já abordado, acreditam que o TDAH não deveria ser reconhecido como deficiência e portanto defendem apenas que sejam criados direitos específicos para os portadores do transtorno. Entretanto, não há ninguém, dos que se propõe a estudar o assunto seriamente, que neguem que as pessoas com TDAH necessitam de direitos que garantam assistência e suporte, sobretudo, nas áreas da saúde, educação e laboral.

Dado toda a análise feita, este trabalho, porém, conclui pela equiparação legal do TDAH à deficiência como solução ideal para o problema em questão, não levando em consideração os desafios políticos a mais que a aprovação de um projeto de tal teor pode enfrentar. No entanto, como o transtorno possui apresentações diversas, em relação a qualidade como também ao grau da sintomatologia, é válido também se pensar na elaboração de critérios específicos para concessão de certos direitos, sempre tendo cuidado, porém, para não acabar

excluindo ou dificultando em demasia o acesso para aqueles que realmente precisam.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. F. **Projeto de Lei n. 2630/2021**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Brasília: Câmara dos Deputados, 02 ago. 2021. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2049127&filename=PL%202630/2021. Acesso em: 20 jun. 2025
- ADHD UK. Reasonable Adjustments. Londres: **ADHD UK**, [s.d.]. Disponível em: <https://adhduk.co.uk/reasonable-adjustments/>. Acesso em: 17 jun. 2025.
- ALENCAR, Maria de Jesus Queiroz de. O contexto familiar da criança com TDAH. *In*: ALENCAR, Maria de Jesus Queiroz de. **Déficit de atenção /hiperatividade: mitos e desafios**. Orientadora: Maristela Laje. 2003. 85f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Inclusão da Criança Especial no Sistema Regular de Ensino) – Departamento de Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/37636>. Acesso em: 10 jun. 2025.
- ALMEIDA, Marina S. R. **Importância da avaliação neuropsicológica para TDAH em adultos**. Instituto Inclusão Brasil, 29 ago. 2022. Disponível em: <https://institutoinclusaobrasil.com.br/importancia-da-avaliacao-neuropsicologica-para-tdah-em-adultos/>. Acesso em: 24 jun. 2025.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 2. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1968. Disponível em: <https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2015/08/DSM-II.pdf>. Acesso em: 30 maio 2025.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980. Disponível em: <https://aditpsiquiatriaypsicologia.es/images/CLASIFICACION%20DE%20ENFERMEDADES/DSM-III.pdf>. Acesso em: 30 maio 2025.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3. ed. rev. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987. Disponível em: https://archive.org/details/diagnosticstatis0000unse_j7a2. Acesso em: 30 maio 2025.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994. Disponível em: <https://img3.reoveme.com/m/2ab8dabd068b16a5.pdf>. Acesso em: 30 maio 2025.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <https://membros.analysispsicologia.com.br/wp-content/uploads/2024/06/DSM-V.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2025.

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

ANDRADE, Marlene Lorraine Pereira de. **Compreendendo o TDAH e as Possíveis Intervenções da Terapia Cognitivo Comportamental**. Orientadora: Maria Conceição Lucas Soares. 2022. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Centro Universitário Vale do Salgado, Icó, 2022. Disponível em: https://sis.univs.edu.br/uploads/12/MARLENE_LORRAINE_PEREIRA_DE_ANDRAD E__ARTIGO_CIENT__FICO_TCC_II.pdf. Acesso em: 10 jun. 2025.

ATENTAH: Cápsulas. Responsável técnico Rodrigo de Moraes Vaz. São Paulo: Apsen, 2024. Bula de remédio. Disponível em: https://cr-net-public-prod.s3.amazonaws.com/product_leaflet/9B0EFE04928FCEF2FB9F00923AAC8EEA.pdf. Acesso em: 11 jun. 2025.

BARKLEY, Russell A. **ADHD as a Performance Disorder**. YouTube, 8 de agosto de 2023. 16min40s. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=58gU8tsxkkl>. Acesso em: 10 de junho de 2025.

BARKLEY, Russell A.; MURPHY, Kevin R. Impairment in occupational functioning and adult ADHD: the predictive utility of executive function (EF) ratings versus EF tests. **Archives of Clinical Neuropsychology**, Oxford, v. 25, n. 3, p. 157-173, mar. 2010. DOI: 10.1093/arclin/acq014. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2858600/>. Acesso em: 4 jun. 2025

BIEDERMAN, Joseph; FARAONE, Stephen V. The effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on employment and household income. **Medscape General Medicine**, [S.l.], v. 8, n. 3, 19 jul. 2006. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1781280/>. Acesso em: 3 jun. 2025.

BRAUN, K. C. R. e MARCILIO, F. C. P. e CORRÊA, M. A. e DIAS, A. C. G. Terapia Cognitivo-Comportamental para adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: uma revisão sistemática de literatura. **Contextos Clínicos**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 617-635, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4013/ctc.2019.122.11>. Acesso em: 2 jun. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999**. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm. Acesso em: 20 jun. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2004. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 26 jun. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 9.508, de 24 de setembro de 2018.** Reserva às pessoas com deficiência percentual de cargos e de empregos públicos ofertados em concursos públicos e em processos seletivos no âmbito da administração pública federal direta e indireta. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9508.htm. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. **Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013.** Regulamenta o § 1º do art. 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social - RGPS. Brasília, DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp142.htm. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000.** Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10048.htm. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012a.** Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012b.** Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 20 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.254, de 30 de novembro de 2021.** Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14254.htm. Acesso em: 18 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.420, de 20 de julho de 2022.** Institui a Semana Nacional de Conscientização sobre o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14420.htm. Acesso em: 18 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.768, de 22 de dezembro de 2023.** Define deficiência auditiva e estabelece valor referencial da limitação auditiva, para fins de enquadramento no conceito de pessoa com deficiência, nos termos do § 1º do art. 1º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14768.htm. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 4.506, de 30 de novembro de 1964.** Dispõe sobre o imposto que recai sobre as rendas e proventos de qualquer natureza. Brasília, DF: Presidência da República, 1964. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4506.htm. Acesso em: 20 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989.** Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1989. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7853compilado.htm. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm. Acesso em: 20 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.** Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213compilado.htm. Acesso em: 20 jun. 2025.

BRASÍLIA (DF). **Lei nº 5.310, de 18 de fevereiro de 2014.** Dispõe sobre a educação especial e o atendimento e acompanhamento integral aos estudantes que apresentem necessidades especiais nos diferentes níveis, etapas e modalidades de educação. Diário Oficial do Distrito Federal: seção 1, n. 38, p. 4, col. 1, 19 fev. 2014. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/76246/Lei_5310_18_02_2014.html. Acesso em: 18 jun. 2025.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada.** Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. Disponível em:

<https://www.gov.br/governodigital/pt-br/legislacao/ConvenoDireitosPessoasDeficienciaComentada.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2025.

CHAUDHURY, Pranit K.; DEKA, Kamala; CHETIA, Dhrubajyoti. Disability associated with mental disorders. **Indian Journal of Psychiatry**, v. 48, n. 2, p. 95-101, abr./jun. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/0019-5545.31597>. Acesso em: 26 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. **Resolução n. 2, de 24 de fevereiro de 1981**. Autoriza a concessão de dilatação de prazo de conclusão do curso de graduação aos alunos portadores de deficiência física, afecções congênitas ou adquiridas. Brasília, DF: Conselho Federal de Educação, 1981. Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/res2.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2025.

COUTINHO, Gabriel et al. Concordância entre relato de pais e professores para sintomas de TDAH: resultados de uma amostra clínica brasileira. **Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 97-100, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/hvW8VDtSSk7bX8P8PX6dy7v/>. Acesso em: 2 jun. 2025.

CUNHA, D. **Projeto de Lei n. 2630/2021 - PRL n. 4**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Brasília: Câmara dos Deputados, 14 mai. 2025. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2906030&filename=Parecer-CSAUDE-2025-05-14. Acesso em: 20 jun. 2025.

DE CASTRO, Felipe Alexandre. **Uma proposta de adaptação da prova do Enem de matemática para alunos com TDAH**. Orientadora: Jeanne Denise Bezerra de Barros. 2023. 51 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Matemática) – Instituto de Matemática e Estatística, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <http://www.bdt.uerj.br/handle/1/23053>. Acesso em: 24 jun. 2025.

ESTADOS UNIDOS. Department of Education. Office for Civil Rights. **Know Your Rights: Students with ADHD**. Washington, D.C.: U.S. Department of Education, 2016. Disponível em: <https://www.ed.gov/media/document/dcl-know-rights-504-2016-21503.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2025.

ESTADOS UNIDOS. Public Law 101-336, de 26 de julho de 1990. **Americans with Disabilities Act of 1990, as amended**. Equal opportunity of individuals with disabilities. [Washington, D.C.]: U.S. Department of Justice, [2023]. Disponível em: <https://www.ada.gov/law-and-regs/ada/>. Acesso em: 17 jun. 2025.

FERRARI NETO, J. e ESTIVALET, G. L. e ALMEIDA, P. A. Dificuldades de leitura de estudantes universitários com TDAH: um estudo da influência da memória de trabalho na compreensão leitora. **Diacrítica**, Braga, v. 36, n. 1, p. 163-182, 2022. Disponível em: <https://revistas.uminho.pt/index.php/diacritica/article/view/4779/5187>. Acesso em: 3 jun. 2025.

HIDDEN DISABILITIES SUNFLOWER. Hidden Disabilities Sunflower, c2025. Página inicial. Disponível em: <https://hdsunflower.com/uk/>. Acesso em: 17 de jun. de 2025.

HOTTE-MEUNIER, Adèle et al. Strengths and challenges to embrace attention-deficit/hyperactivity disorder in employment—A systematic review. **Neurodiversity**, [s.l.], v. 2, n. 1, p. 1-13, 2024. DOI: 10.1177/27546330241287655. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/27546330241287655>. Acesso em: 20 jun. 2025.

KNAPP, K.; MORTON, J.B. Desenvolvimento do Cérebro e Funcionamento Executivo. In: Tremblay, R.E.; Boivin, M.; Peters, R. D. V.; Morton, J. B. (ed.). **Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância**. Montreal: Abílio, 2013. Disponível em: <https://www.encyclopedia-crianca.com/funcoes-executivas/segundo-especialistas/desenvolvimento-do-cerebro-e-funcionamento-executivo>. Acesso em: 2 jun. 2025.

LOUZÂ, Mario R.; MATTOS, Paulo. Questões atuais no tratamento farmacológico do TDAH em adultos com metilfenidato. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, supl. 1, p. 53-56, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/Nsb8pxDB6TjyCbW4pLqy5ht/>. Acesso em: 10 jun. 2025.

LUNA-RODRIGUEZ, Aquiles; WENDT, Mike; KERNER AUCH KOERNER, Julia; GAWRILOW, Caterina; JACOBSEN, Thomas. Selective impairment of attentional set shifting in adults with ADHD. **Behavioral and Brain Functions**, [S.l.], v. 14, n. 18, p. 1-10, nov. 2018. DOI: 10.1186/s12993-018-0150-y. Disponível em: <https://behavioralandbrainfunctions.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12993-018-0150-y.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2025.

MELO, Thaísa Martins de; CARVALHO, Alcione Silva de; ANDRADE, Leonardo Guimarães de. O USO DO METILFENIDATO EM PACIENTES COM TDAH. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 8, n. 4, p. 891–900, 2022. DOI: 10.51891/rease.v8i4.5100. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/5100>. Acesso em: 10 jun. 2025.

MIYAKE, Akira; FRIEDMAN, Naomi P.; EMERSON, Michael J.; WITZKI, Alexander H.; HOWERTER, Amy; WAGER, Tor D. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: a latent variable analysis. **Cognitive Psychology**, [s.l.], v. 41, n. 1, p. 49-100, ago. 2000. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Ryan-Van-Patten/post/What_are_proper_tasks_to_estimate_executive_functions_and_resourcefulness_in_children/attachment/59d6372d79197b80779948cc/AS%3A391842349764610%401470433904539/download/Miyake+et+al.+2000.pdf. Acesso em: 3 jun. 2025.

O'NIONS, E.; EL BAOU, C.; JOHN, A.; LEWER, D.; MANDY, W.; MCKECHNIE, D. G. J.; PETERSEN, I.; STOTT, J. Life expectancy and years of life lost for adults with diagnosed ADHD in the UK: matched cohort study. **The British Journal of Psychiatry**, Cambridge, v. 226, n. 5, p. 261-268, 2025. DOI: 10.1192/bjp.2024.199. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/life-ex>

pectancy-and-years-of-life-lost-for-adults-with-diagnosed-adhd-in-the-uk-matched-cohort-study/30B8B109DF2BB33CC51F72FD1C953739. Acesso em: 9 jun. 2025.

OKAMURA, Adriana Mary Nunes Costa. **Análise comportamental e neuroquímica de ratos tratados com doses repetidas de lisdexanfetamina na infância e periadolescência**. Orientadora: Danielle Macêdo Gaspar. 2019. 107 f. Tese (Doutorado) - Curso de Farmacologia, Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/41471>. Acesso em: 11 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**: CID-10. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 1993. Disponível em: <http://clinicajorgejaber.com.br/novo/wp-content/uploads/2018/05/CID-10.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**: CID-11. 11. ed. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/pt>. Acesso em: 30 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia de referência da CID-11**. 11. ed. Genebra: OMS, 2024. Disponível em: <https://icdcdn.who.int/static/releasefiles/2024-01/ICD-11-Reference-Guide-2024-01-pt.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2025.

PI DAVANZO, M. e LARRAGUIBEL QUIROZ, M. e ROJAS-ANDRADE, R. e ALDUNATE, C. Perfiles de personalidad: estudio comparativo de adolescentes con y sin TDAH. **Salud Mental**, Santiago, v. 41, n. 6, p. 287-296, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2018.041>. Acesso em: 2 jun. 2025.

PIRES, Samia Marcia Araujo Monteiro et al. Impactos do TDAH à adolescência: revisão sistemática de literatura. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Dourados, v. 30, n. 0174, p. 1-20, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/VVtkKVjMXTQv9VPKJ4szHJF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 jun. 2025.

RIBEIRO, Maiara. Tratamento do TDAH: medicamentos, psicoterapia e a importância do diagnóstico precoce. **Portal Drauzio Varella**, 6 set. 2024. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/psiquiatria/tratamento-do-tdah-medicamentos-psicoterapia-e-a-importancia-do-diagnostico-precoce>. Acesso em: 11 jun. 2025.

RITALINA: Comprimidos. Responsável técnico Flavia Regina Pegorer. Taboão da Serra: Novartis, 2023. Bula de remédio. Disponível em: https://uploads.consultaremedios.com.br/drug_leaflet/Bula-Ritalina-Paciente-Consulta-Remedios.pdf. Acesso em: 10 jun. 2025.

ROHDE, Luis Augusto; BARBOSA, Genário; TRAMONTINA, Silzá; POLANCZYK, Guilherme. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 7-11, dez. 2000. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbp/a/zsRj5Y4Ddgd4Bd95xBksFmc/?lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2025.

ROHDE, Luis Augusto; OMIGBODUN, Olayinka Olusola; GERLACH, Manfred; ZHENG, Yi. Talking about ADHD with patients and their families. *In*: ROHDE, Luis Augusto; BUITELAAR, Jan K.; GERLACH, Manfred; FARAONE, Stephen V. (Ed.). **The World Federation of ADHD Guide**. [S.l.]: World Federation of ADHD, 2019. p. 115. Disponível em: https://www.adhd-federation.org/_Resources/Persistent/6d9ca34c09972aea00d0ea6d02be6f6d6bd5bb4c/The%20WF%20ADHD%20Guide_072019.pdf. Acesso em: 3 jun. 2025.

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.292, de 19 de outubro de 2017**. Consolida a legislação que dispõe sobre os direitos das pessoas com deficiência. Diário Oficial do Estado de Santa Catarina, n. 20.640, 20 out. 2017. Disponível em: https://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17292_2017_lei.html. Acesso em: 18 jun. 2025.

SINFIELD, Jacqueline. College and University Accommodations for ADHD Students. **Verywell Mind**, 19 jan. 2023. Disponível em: <https://www.verywellmind.com/college-and-university-accommodations-for-adhd-4107019>. Acesso em: 17 jun. 2025.

SINOP (MT). **Lei Ordinária Nº 3.087, de 27 de junho de 2022**. Promove alterações na Lei nº 2.546/2018, de 26 de abril de 2018, inserindo prioridade de atendimento aos indivíduos menores de 12 (doze) anos com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Diário Oficial do Município de Sinop, ed. 309, 28 jun. 2022. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mt/s/sinop/lei-ordinaria/2022/309/3087/lei-ordinaria-n-3087-2022-promove-alteracoes-na-lei-n-2546-2018-de-26-de-abril-de-2018-inserindo-prioridade-de-atendimento-aos-individuos-menores-de-12-doze-anos-com-transtorno-do-deficit-de-atencao-e-hiperatividade-tdah>. Acesso em: 18 jun. 2025.

SULTAN, R. S.; LEVIN, F. R.; LIU, S.-M.; HACKER, K. A.; OLFSON, M. Adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: adverse behaviors and comorbidity. **Journal of Adolescent Health**, [s. l.], v. 68, n. 2, p. 284-291, 2021. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2020.09.036. Disponível em: <https://www.jahonline.org/action/showPdf?pii=S1054-139X%2820%2930589-9>. Acesso em: 6 jun. 2025.

TDAH DESCOMPLICADO. **O que acontece se parar de tomar Ritalina?**. Youtube, 25 de julho de 2023. 9min23s. Disponível em: <https://youtu.be/97XeYMQrVdo?si=43h8hPSkmc68ue9->. Acesso em: 17 de junho de 2025.

TUMARKIN, Sivan. Is ADHD a disability in Canada? A disability lawyer explains. **Global News**, 19 ago. 2024. Disponível em: <https://globalnews.ca/content/10696109/is-adhd-a-disability-in-canada-a-disability-lawyer-explains>. Acesso em: 17 jun. 2025.

VENVANSE: Cápsulas. Responsável técnico Alex Bernacchi. Jaguariúna: Takeda, 2023. Bula de remédio. Disponível em:

https://uploads.consultaremedios.com.br/drug_leaflet/Bula-Venvanse-Paciente-Consulta-Remedios.pdf. Acesso em: 11 jun. 2025.

WORLD FEDERATION OF ADHD. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder.

Neuroscience & Biobehavioral Reviews, v. 128, p. 789-818, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>. Acesso em: 2 jun. 2025.

YELLIN, Susan. ADHD Accommodations at Work: Your Rights to Disability Protections. **Additude Magazine**, 5 mai. 2025. Disponível em:

<https://www.additudemag.com/adhd-law-americans-with-disabilities-act/>. Acesso em: 17 jun. 2025.