

Terapias complementares para o manejo do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão de escopo

Lara Freire Szychta¹

 <https://orcid.org/0009-0005-9021-6634>

Sara Emilly Lima Sombra^{1,2}

 <https://orcid.org/0009-0002-6033-2114>

Glaubervania Alves Lima^{1,3}

 <https://orcid.org/0000-0001-7210-4368>

Maria Williany Silva Ventura^{1,3}

 <https://orcid.org/0000-0003-3702-0788>

Brena Shellem Bessa de Oliveira¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6142-1421>

Francisca Elisângela Teixeira Lima^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-7543-6947>

Destaques: **(1)** Diversas terapias complementares são utilizadas no controle do TDAH em crianças. **(2)** Essas terapias podem contribuir para a melhora dos sintomas centrais do transtorno. **(3)** É necessário realizar mais pesquisas para comprovar a eficácia dessas abordagens. **(4)** O cuidado profissional voltado ao TDAH deve ser individualizado e integral. **(5)** O profissional de saúde é responsável pela educação em saúde e pelo acompanhamento do TDAH.

Objetivo: mapear a literatura científica referente as terapias complementares empregadas por profissionais de saúde para crianças com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Método:** esta revisão de escopo seguiu as recomendações propostas pelo JBI. Foram consultadas cinco bases de dados. Os critérios de inclusão abarcaram artigos publicados em inglês, espanhol e português; estudos com crianças de um a nove anos diagnosticadas com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, independentemente de incluírem outras faixas etárias; e ausência de restrições quanto à data de publicação, desenho do estudo ou tipo de documento. As terapias foram organizadas em quatro categorias: terapias mente-corpo, suplementação, fitoterapia e terapia dietética. **Resultados:** foram identificadas 1.444 publicações, das quais 133 artigos revisados por pares foram selecionados para análise. No total, foram identificadas 65 terapias complementares, sendo o *neurofeedback* (n=38) a terapia mente-corpo mais frequentemente citada. Outras intervenções incluíram a suplementação com ácidos graxos poli-insaturados (n=14), o uso de *Ginkgo biloba* (n=6) na fitoterapia e a dieta oligoantigênica (n=5) no contexto da terapia dietética. **Conclusão:** as terapias complementares mostram potencial na redução dos sintomas do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade na infância. No entanto, algumas dessas abordagens ainda carecem de validação científica, o que reforça a necessidade de estudos experimentais direcionados que garantam seu uso seguro e eficaz.

Descritores: Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade; Terapias Complementares; Criança; Lactentes; Saúde da Criança; Profissional de Saúde.

Como citar este artigo

Szychta LF, Sombra SEL, Lima GA, Ventura MWS, Oliveira BSB, Lima FET. Complementary therapies for the management of attention deficit hyperactivity disorder in children: a scoping review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4701 [cited ____]. Available from: _____. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7915.4701>

ano mês dia URL

¹ Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

² Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

³ Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

Introdução

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por sintomas persistentes de desatenção, hiperatividade e impulsividade, que comprometem o desenvolvimento infantil⁽¹⁻²⁾. Estima-se que o TDAH afete entre 3% e 8% das crianças nas diversas regiões analisadas mundialmente, sendo que, em mais da metade dos casos, o transtorno persiste na vida adulta⁽³⁻⁵⁾. Nos Estados Unidos da América (EUA) a taxa de diagnóstico entre crianças chegou a 9,4%⁽⁶⁾. De modo geral, o transtorno é mais prevalente no sexo masculino, com uma proporção aproximada de 2:1 na infância e 1,6:1 na vida adulta. Além disso, meninas tendem a apresentar mais frequentemente o subtipo predominantemente desatento⁽⁷⁻⁸⁾, manifestando dificuldade para manter o foco, tendência à distração e dificuldade para concluir tarefas⁽⁹⁾.

O TDAH compromete o funcionamento pessoal, social e emocional na infância, além de impactar negativamente as relações familiares, em virtude dos desafios comportamentais, do desempenho acadêmico e da constante necessidade de apoio especializado⁽¹⁰⁻¹²⁾. O tratamento do TDAH é multimodal, incluindo intervenções farmacológicas e psicológicas⁽¹³⁾. O tratamento medicamentoso de primeira linha envolve o uso de estimulantes como a anfetamina (AMP) e o metilfenidato (MPH), ambos com eficácia semelhante⁽¹⁴⁾. No entanto, o uso desses medicamentos em crianças pode ocasionar efeitos adversos, como distúrbios do sono, redução do apetite, cefaleia, irritabilidade e dor abdominal⁽¹⁵⁾.

Ademais, barreiras econômicas dentro do sistema de saúde dificultam a adesão ao tratamento farmacológico. No Brasil, por exemplo, a ausência desses medicamentos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) impede sua distribuição gratuita, limitando o acesso dos pacientes ao tratamento⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Diante desse cenário, famílias e profissionais de saúde têm buscado abordagens alternativas que complementem o cuidado prestado a crianças com TDAH⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Nesse contexto, as terapias complementares — definidas pelo *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH), dos EUA, como abordagens não convencionais utilizadas em conjunto com a medicina tradicional para potencializar o tratamento — vêm sendo discutidas como estratégias auxiliares na gestão dos sintomas do TDAH⁽²⁰⁻²¹⁾.

Essas terapias incluem práticas como acupuntura, meditação, fitoterapia e ioga, entre outras, e estão previstas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), implementada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2006. A partir dessa política, o uso de terapias complementares no Brasil cresceu

70% em 2024, em comparação com 2022, especialmente na atenção primária e em serviços especializados mediante encaminhamento profissional⁽²²⁻²³⁾.

Embora essas abordagens ainda enfrentem desafios relacionados à aceitação, à prescrição e à efetivação nos serviços de saúde, estudos têm apontado benefícios significativos, sobretudo no tratamento de crianças com TDAH. Entre os principais resultados observam-se a redução de movimentos excessivos⁽²⁴⁾, a melhora da atenção seletiva e sustentada⁽²⁵⁾, o aumento da concentração, o desenvolvimento de habilidades motoras⁽²⁶⁾ e o aprimoramento da memória⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Com relação aos profissionais de saúde, obstáculos como a ausência de capacitação específica nessas práticas, a falta de apoio das equipes, a falta de protocolos clínicos padronizados e a resistência institucional a abordagens não convencionais dificultam a aplicação efetiva das terapias complementares no manejo de crianças com TDAH, mesmo diante do interesse dos usuários ou da existência de evidências favoráveis⁽²⁹⁻³¹⁾.

Torna-se, portanto, fundamental compreender quais terapias complementares têm sido promovidas pelas equipes de saúde como parte do cuidado integral a crianças com TDAH. Diante do crescente interesse por abordagens não farmacológicas e da necessidade de ampliar o conhecimento profissional sobre essas práticas, a integração de um cuidado multidimensional aos serviços de saúde mostra-se cada vez mais relevante. Entretanto, as evidências sobre o tema ainda são limitadas, o que ressalta a importância de novos estudos. Assim, este estudo teve como objetivo mapear na literatura científica as terapias complementares empregadas por profissionais de saúde para crianças com TDAH.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão de escopo realizada com base nas diretrizes recomendadas pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI)⁽³²⁾ e pela *PRISMA Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR)⁽³³⁾. O protocolo do estudo foi registrado na plataforma *Open Science Framework* (OSF), disponível em osf.io/twdrh.

Localização

A busca bibliográfica foi realizada nas seguintes fontes de informações: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMed), *Excerpta Medica Database* (EMBASE), *Scopus*, *Web of Science* (WoS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em

Ciências da Saúde (LILACS). Além disso, foi feita uma busca secundária no *Google Scholar* e uma pesquisa manual reversa nas referências dos estudos primários incluídos, com o objetivo de ampliar o mapeamento.

Período do estudo

A pesquisa foi conduzida entre maio e junho de 2023. Uma atualização da busca foi realizada em abril de 2025, a fim de garantir a atualidade da revisão.

População

Foi utilizado o mnemônico PCC, que representa população (P), conceito (C) e contexto (C), para definir o título e estruturar a pergunta da revisão, conforme recomendação do JBI para revisões de escopo⁽³²⁾. Neste estudo, a população foi composta por crianças com idade entre um e nove anos, de acordo com a classificação etária da Organização Mundial da Saúde⁽³⁴⁾; o conceito abrangeu as terapias complementares realizadas por profissionais de saúde; e o contexto foi centrado no diagnóstico de TDAH. A partir disso, a pergunta norteadora foi formulada da seguinte forma: quais terapias complementares são empregadas pela equipe de saúde para o controle do TDAH em crianças?

Critérios de seleção

Foram incluídos estudos que respondessem à pergunta norteadora; que envolvessem crianças com idade entre um e nove anos, ainda que outras faixas etárias também fossem contempladas; publicados em português, inglês e espanhol; sem restrições quanto ao ano de publicação; e de qualquer delineamento metodológico ou tipo de material bibliográfico. Estudos que abordassem a faixa etária estabelecida em conjunto com outras idades também foram considerados.

Os critérios de exclusão foram: resumos publicados em anais de eventos científicos; participantes com suspeita ou diagnóstico de transtornos psiquiátricos comórbidos, como ansiedade, depressão, transtorno oppositor desafiante, transtorno do espectro autista, entre outros; comparação entre terapia complementar e tratamento farmacológico; avaliação da viabilidade de plano de recrutamento; e foco exclusivo nos mecanismos técnicos da terapia. Esses critérios estão numerados de 1 a 10 no fluxograma PRISMA (Figura 1).

Definição da amostra

As estratégias de busca incluíram descritores com truncamentos apropriados, adaptados a cada

base de dados, relacionados à população, às terapias complementares e ao diagnóstico de TDAH. Entre os descritores utilizados, destacam-se: "child", "children", "complementary therapies", "alternative medicine", "alternative therapies", "complementary medicine", "attention deficit disorder with hyperactivity", "ADHD", "attention deficit hyperactivity disorder", entre outros termos alternativos. A estratégia completa está disponível no Apêndice Suplementar 1 (em <https://doi.org/10.48331/scielodata.8ZOILU>).

Coleta de dados

Os resultados das buscas foram inseridos no *software Rayyan*, sendo posteriormente eliminadas as duplicatas. A triagem dos títulos e resumos foi realizada por dois revisores de forma independente, seguida da leitura dos textos completos. Divergências foram resolvidas por um terceiro revisor. Ao final desse processo, 108 estudos foram incluídos na revisão. Com a atualização realizada em abril de 2025, foram adicionados mais 25 estudos, totalizando 133 publicações incluídas na análise.

Variáveis do estudo

As variáveis analisadas foram: autor(es), ano de publicação, país, idioma, objetivo(s), tipo de estudo, população, terapia complementar, duração da intervenção e principais resultados.

Processamento e análise de dados

Para a descrição das características quantitativas dos estudos, foram utilizadas estatísticas descritivas (frequências e percentuais). Os desfechos primários foram agrupados e apresentados em tabelas, gráficos e figuras, sendo posteriormente discutidos à luz das referências identificadas.

Aspectos éticos

Este estudo não exigiu aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Na busca nas fontes de informações foram identificados 1.444 estudos, dos quais 415 eram duplicados e 72 estavam em idiomas não elegíveis, reduzindo o total para 957 artigos. Desses, 786 estudos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. Os 171 artigos restantes passaram por leitura na íntegra, o que resultou na exclusão de mais 85, restando uma amostra final de 86 estudos para a revisão.

Adicionalmente, buscas na literatura cinzenta utilizando o *Google Scholar* e o rastreamento de citações dos estudos incluídos identificaram 414 documentos,

dos quais 47 foram incorporados à amostra final. Assim, esta revisão incluiu um total de 133 estudos, conforme ilustrado no fluxograma PRISMA (Figura 1).

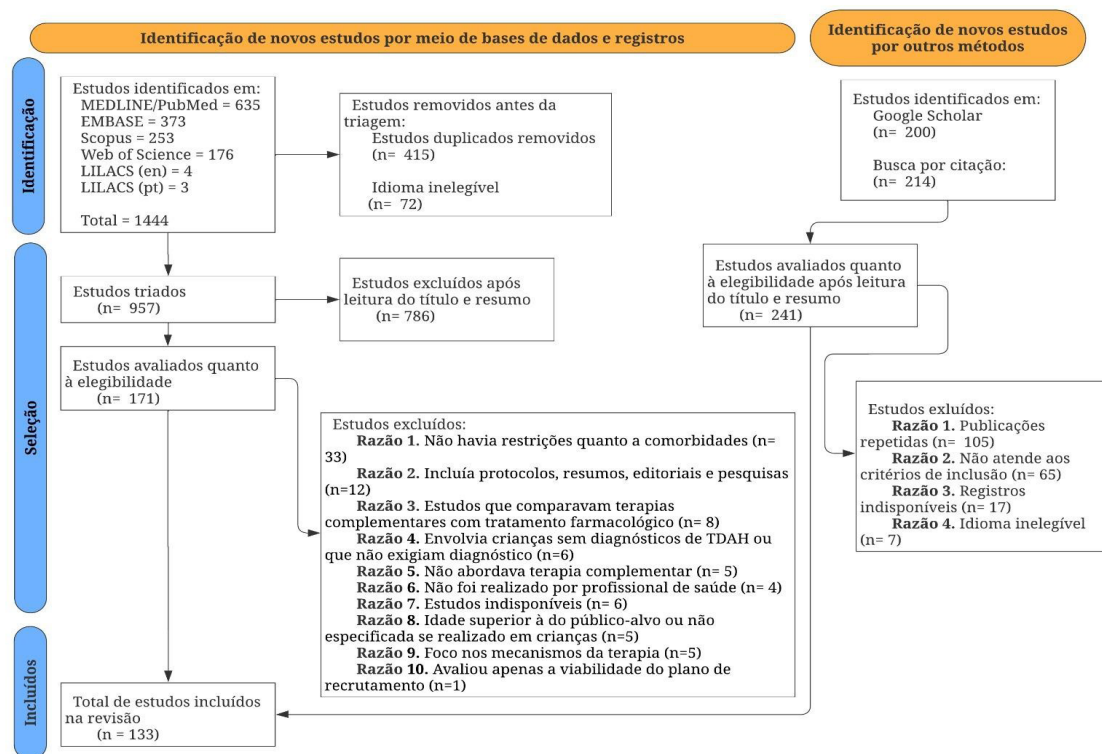


Figura 1 – Fluxograma da busca na literatura e dos critérios de seleção dos estudos adaptado do PRISMA. Fortaleza, CE, Brasil, 2025

Em relação às características dos estudos, conforme Tabela 1, os anos de publicação variaram de 1979 a 2024, sendo que 72,2% dos estudos foram publicados entre 2010 e 2024. Observou-se maior número de publicações nos anos de 2024 (n=16), 2014 (n=14) e 2022 (n=10). Os estudos estavam concentrados, majoritariamente, na Ásia (37,6%), América do Norte (30,9%) e Europa (26,3%). A estratégia de busca utilizada nesta revisão não identificou publicações provenientes da América Central. A revisão incluiu um total de 8.798 crianças diagnosticadas com TDAH, sendo que

51,1% dos estudos (n=68) apresentaram entre 10 e 100 participantes. O idioma predominante das publicações foi o inglês (97,8%). Quanto ao delineamento metodológico, 45 publicações eram ensaios clínicos randomizados, 39 eram revisões (incluindo 11 metanálises), 11 eram estudos experimentais e 6 eram revisões sistemáticas. Vale destacar que os estudos classificados como experimentais não detalharam o desenho metodológico utilizado. Em 46,6% dos artigos, o tempo de intervenção relatado variou de um a seis meses.

Tabela 1 – Características dos estudos incluídos (n = 133). Fortaleza, CE, Brasil, 2025

Características	Número (%)
Ano	
< 2000	7 (5,2%)
2000-2009	30 (22,6%)
2010-2024	96 (72,2%)
Região	
Ásia	50 (37,6%)
América do Norte	41 (30,9%)
Europa	35 (26,3%)
Oceania	2 (1,5%)
América do Sul	2 (1,5%)
África	3 (2,2%)
Idioma	
Inglês	130 (97,8%)
Espanhol	2 (1,5%)
Português	1 (0,7%)

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Características	Número (%)
Delineamento do estudo	
Ensaio clínico randomizado	45 (33,8%)
Revisão	39 (29,3%)
Estudo experimental	11 (8,3%)
Estudo-piloto	6 (4,5%)
Estudo qualitativo	4 (3%)
Estudo caso-controle	3 (2,3%)
Outros	25 (18,8%)
Número de participantes	
< 10	8 (6%)
10-100	68 (51,1%)
100-500	18 (13,6%)
> 500	4 (3%)
Não informado	35 (26,3%)
Duração das terapias complementares	
≤ 1 mês	17 (12,8%)
1 a 6 meses	62 (46,6%)
≥ 6 meses	12 (9%)
Não especificado	42 (31,6%)

Foram identificadas 65 terapias complementares, agrupadas em quatro categorias: terapias mente-corpo (n=158), intervenções suplementares (n=60), fitoterapia (n=24) e terapia alimentar (n=24), conforme Figura 2. Dentre as terapias mente-corpo, a mais relatada foi o *neurofeedback* (n=38), seguida por atividade física (n=20) e yoga (n=13). A intervenção suplementar mais mencionada foi a suplementação com ácidos graxos poli-insaturados (n=14), seguida por zinco (n=10) e ferro (n=9). Outros suplementos incluíram aminoácidos, gliconutrientes, ácido gama-aminobutírico, glicina, L-teanina, L-tirosina, taurina,

5-hidroxitriptofano, S-adenosil-L-metionina (SAME), fosfatidilserina, fosfatidilcolina e probióticos. Entre as terapias fitoterápicas, destacaram-se o *Ginkgo biloba* (n=6), o *Hypericum perforatum* (n=5) e o Pycnogenol (n=4). Em relação às terapias alimentares, ressaltaram-se a dieta oligoantigênica (n=5) e a dieta com restrição de açúcar (n=4).

Uma tabela contendo as características dos artigos incluídos na revisão e suas referências está disponível como Apêndice Suplementar 2 (em <https://doi.org/10.48331/scielodata.WMW6W7>).

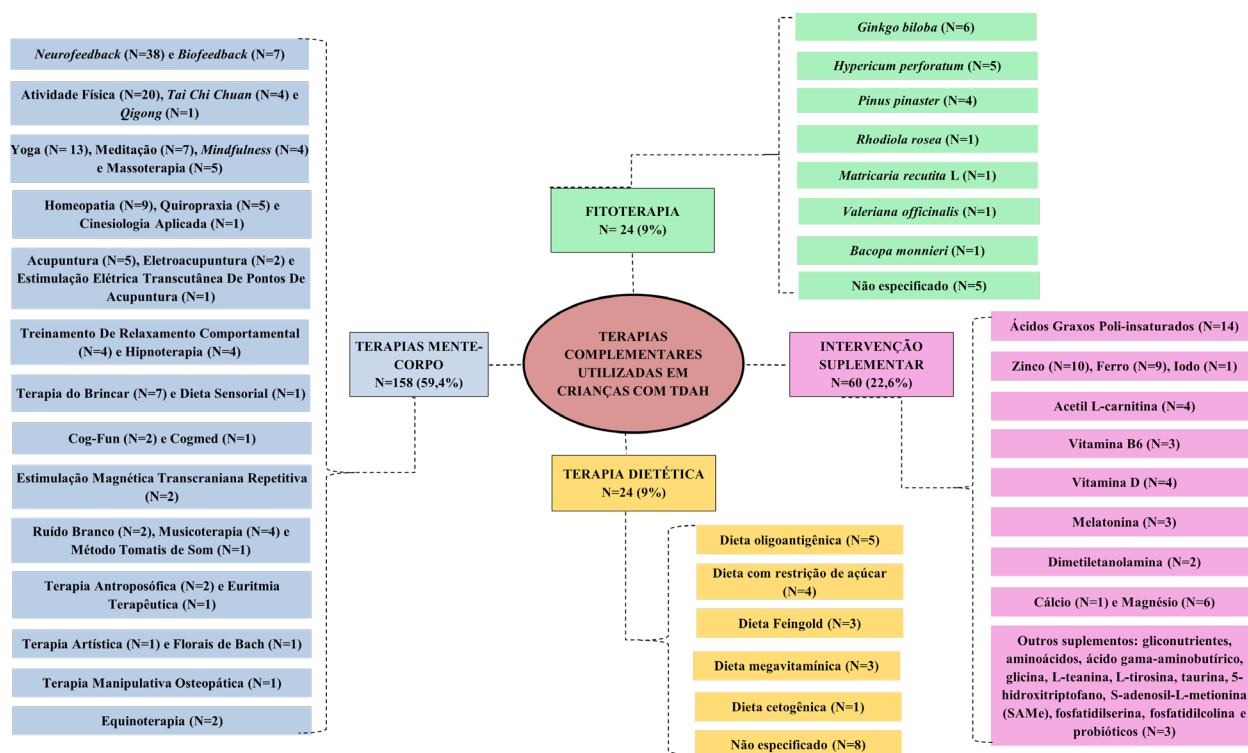


Figura 2 - Terapias complementares identificadas nos estudos e número de artigos por tipo de terapia. Fortaleza, CE, Brasil, 2025

Discussão

Esta revisão de escopo identificou 65 modalidades de terapias complementares empregadas por profissionais da saúde no tratamento de crianças com diagnóstico de TDAH, categorizadas em quatro abordagens: terapias mente-corpo, intervenções suplementares, fitoterapia e terapia dietética.

Entre as terapias mente-corpo, destacaram-se o *biofeedback*, o *neurofeedback*, a atividade física e a yoga. O *biofeedback* é uma técnica terapêutica que regula a resposta do sistema nervoso autônomo, promovendo o equilíbrio entre as funções simpáticas e parassimpáticas. Essa terapia busca capacitar o paciente ao autocontrole psicofisiológico⁽³⁵⁾.

O *neurofeedback* é uma subcategoria da técnica terapêutica do *biofeedback* que atua no sistema nervoso central, treinando o paciente a autorregular suas ondas cerebrais por meio da estimulação e observação da atividade cerebral⁽³⁶⁻³⁷⁾. Os achados sugerem uma eficácia aparente do *biofeedback* em crianças com TDAH, resultando em melhora da atenção⁽³⁸⁻⁴⁰⁾.

No entanto, uma metanálise recente não confirmou a efetividade do *neurofeedback* como tratamento para o TDAH⁽⁴¹⁾. Em nova revisão, relatou-se que metanálises concluíram que o *neurofeedback* apresenta eficácia no curto prazo para sintomas do TDAH⁽⁴²⁾.

Reconhece-se que atividade física é uma prática que proporciona benefícios múltiplos à saúde física e mental⁽⁴³⁾. O exercício aeróbico tem sido avaliado como intervenção terapêutica capaz de aliviar sintomas do TDAH e promover melhorias na memória e nas funções executivas^(27,44). Exercícios aeróbicos, como dança, natação, caminhada e corrida, parecem reduzir desatenção, impulsividade e hiperatividade em crianças com TDAH⁽²⁸⁾.

Uma metanálise recente mostrou que a atividade física melhora a concentração e favorece o desenvolvimento de habilidades motoras⁽⁴⁵⁾. Notavelmente, a atividade física apresenta efeito mais expressivo quando comparada a outras modalidades de tratamento não farmacológico⁽²⁶⁾. Os achados reforçam a atividade física como estratégia complementar eficaz para o manejo dos sintomas do TDAH em populações pediátricas.

Outra terapia amplamente abordada na literatura é a yoga, que se baseia em uma série de exercícios voltados ao equilíbrio físico e mental, representando um conjunto de técnicas e saberes voltados ao desenvolvimento pessoal, crescimento psicológico e bem-estar espiritual⁽⁴⁶⁾. Um estudo experimental com avaliação pré e pós-intervenção sobre a prática de yoga em crianças com TDAH relatou efeitos positivos, incluindo redução de movimentos como balançar mãos e/ou pés e melhora de comportamentos disruptivos e intrusivos durante outras atividades⁽⁴⁷⁾.

Melhoras perceptíveis na atenção seletiva e sustentada, assim como nas habilidades de discriminação, foram observadas após a prática de yoga em crianças com TDAH⁽²⁴⁾. Assim, estudos recentes indicam uma atitude positiva frente ao uso da yoga como terapia complementar para o TDAH.

Outras práticas complementares como meditação, homeopatia, quiropraxia, acupuntura, massoterapia, *Tai Chi Chuan*, hipnoterapia, ludoterapia, *mindfulness*, treinamento em relaxamento comportamental, treinamento de funções cognitivas, eletroacupuntura, estimulação magnética transcraniana repetitiva, ruído branco, terapia antroposófica, arteterapia, cinesiologia aplicada, Cogmed, *Qigong*, eurtmia terapêutica, florais de Bach, método Tomatis de treinamento sonoro, musicoterapia, terapia manipulativa osteopática, equoterapia, dieta sensorial e estimulação elétrica transcutânea de pontos de acupuntura apresentaram evidências inconclusivas na população pediátrica. Isso ressalta a necessidade de mais pesquisas para comprovar sua eficácia.

Em relação a intervenções suplementares identificadas, destaca-se o uso de ácidos graxos poli-insaturados, compostos por cadeias longas com múltiplas ligações duplas, sendo os principais representantes os ômega-3 e ômega-6. As principais fontes desses suplementos incluem salmão, óleo de primula e óleos vegetais como o óleo de milho^(25,48-49).

Um ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado por placebo realizado no Canadá demonstrou que os ácidos graxos ômega-3 apresentaram tendência estatisticamente significativa na redução dos sintomas centrais do TDAH em crianças diagnosticadas com o transtorno⁽⁵⁰⁾. De forma semelhante, outro estudo observou melhorias graduais no desempenho escolar das crianças⁽⁵¹⁾. Entretanto, um ensaio clínico placebo-controlado com crianças italianas diagnosticadas com TDAH não encontrou diferença significativa na aprendizagem ou na redução da desatenção entre os grupos que receberam suplementação com ômega-3 e ômega-6 em comparação ao placebo⁽⁵²⁾. Assim, verifica-se que não há evidência científica suficiente para sustentar o uso dos ômega-3 e ômega-6 como terapia isolada para o TDAH.

Outros componentes descritos na literatura incluem o zinco e o ferro, minerais diretamente associados ao desenvolvimento físico e neurológico. Esses minerais exercem diversas funções, sendo o zinco essencial para processos celulares como a síntese de proteínas e DNA, e o ferro fundamental para a produção de hormônios como a dopamina e a norepinefrina⁽⁵³⁾.

A suplementação com zinco contribui para a redução da hiperatividade e impulsividade em crianças⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾.

No entanto, sua eficácia parece estar relacionada à dosagem, exigindo maior investigação científica⁽⁵⁷⁻⁵⁸⁾. Um ensaio clínico randomizado com 60 crianças asiáticas mostrou que a suplementação com zinco não resultou em diferenças significativas entre os grupos antes e depois da intervenção, sugerindo ainda que a sua eficácia precisa de comprovação científica⁽⁵⁹⁾.

Em relação à suplementação com ferro, um ensaio clínico randomizado mostrou que crianças que receberam essa intervenção apresentaram avanços no tratamento do TDAH, especialmente nas subescalas de hiperatividade, impulsividade e desatenção⁽⁶⁰⁾. Contudo, outra revisão indicou que não há evidência científica suficiente para recomendar a suplementação com ferro em crianças com TDAH que não apresentam deficiência desse mineral⁽⁶¹⁾. Apesar da diversidade da literatura sobre suplementação, ainda falta comprovação da eficácia desses minerais como terapias com impacto positivo no tratamento do TDAH.

Intervenções suplementares apresentaram resultados variados com o uso de magnésio, acetil L-carnitina, vitamina B6, melatonina, vitamina D, dimetilaminoetanol, cálcio e magnésio, iodo, gliconutrientes, ácido gama-aminobutírico, glicina, L-teanina, L-tirosina, taurina, 5-hidroxitriptofano, S-adenosil-L-metionina (SAME), fosfatidilserina e fosfatidilcolina. Embora alguns estudos tenham relatado benefícios na redução dos sintomas do TDAH, as evidências ainda são insuficientes para sua utilização rotineira na prática clínica, sendo necessários mais estudos controlados. Destaca-se que não foi encontrado suporte científico para justificar o uso de gliconutrientes no tratamento do TDAH.

Quanto aos fitoterápicos, o *Ginkgo biloba* possui propriedades antioxidantes e anti-inflamatórias, semelhante à classe farmacológica dos nootrópicos, substâncias que atuam no sistema nervoso central para aprimorar as funções cognitivas⁽⁶²⁾. É utilizado no tratamento de disfunções cognitivas diversas, como demência, insuficiência vascular cerebral, perda recente de memória, cefaleia, tontura e zumbido⁽⁶³⁾.

A utilização do *Ginkgo biloba* mostrou melhora na resposta ao tratamento clínico, embora seus efeitos tenham se limitado a sintomas de desatenção em um estudo de seis semanas⁽⁶⁴⁾. No entanto, apesar dos efeitos promissores sobre os sintomas do TDAH, os resultados foram inconclusivos em outro estudo⁽⁶⁵⁾.

Na área da fitoterapia, outras plantas como *Hypericum perforatum*, *Pinus pinaster*, *Rhodiola rosea*, *Matricaria recutita* L., *Valeriana officinalis* e *Bacopa monnieri* também foram identificadas. Atualmente, não há evidência científica suficiente para recomendar essas plantas como terapias complementares eficazes para o TDAH, sendo necessárias novas pesquisas.

No que se refere à terapia dietética, a dieta oligoantigênica consiste no consumo de alimentos sem aditivos químicos, como corantes e conservantes, que podem desencadear sintomas do TDAH ao atuarem como potenciais antígenos ou alérgenos alimentares. Alimentos frequentemente associados a reações alérgicas incluem leite de vaca, queijo, ovos, chocolate e oleaginosas⁽⁶⁶⁾.

As evidências relacionadas à restrição de corantes alimentares artificiais avançaram a ponto de serem consideradas uma prática baseada em evidências⁽⁶⁷⁾. Os resultados sugerem que essa dieta, aplicada por quatro semanas, gerou melhorias duradouras nos sintomas do TDAH, sendo considerada uma terapia complementar válida quando reavaliada aproximadamente três anos após a intervenção⁽⁶⁸⁾. Essa terapia pode servir como recurso auxiliar na melhora dos sintomas em crianças com TDAH.

Outras quatro práticas dietéticas foram mencionadas: a dieta com restrição de açúcar, a dieta Feingold, a dieta com megavitaminas e a dieta cetogênica. Estudos relataram resultados conflitantes e inconclusivos para as dietas Feingold e cetogênica. Notavelmente, os estudos não recomendaram a terapia com megavitaminas devido aos potenciais efeitos adversos associados a essa abordagem dietética.

Assim, o TDAH impõe desafios significativos relacionados a alterações motoras, perceptivas, cognitivas e comportamentais. Por isso, abordagens específicas para cada faixa etária devem ser adotadas para garantir um manejo e cuidado apropriados⁽⁶⁹⁾.

Na primeira infância, especialmente por volta dos 12 meses de idade, tornam-se evidentes mudanças na atividade motora, na expressividade emocional e no desenvolvimento da linguagem⁽⁷⁰⁾. Entre três e sete anos, surgem os primeiros sinais indicativos do TDAH, embora o diagnóstico formal ocorra posteriormente. Nessa fase, é comum a manifestação de comportamentos hiperativos. As estratégias recomendadas para esse estágio incluem o estabelecimento de rotinas consistentes e a adoção de métodos de ensino mais estruturados⁽¹¹⁾.

O diagnóstico do TDAH ocorre, geralmente, por volta dos sete anos, em função de dificuldades escolares ou comportamentais. Estudos comparativos demonstraram que crianças com TDAH apresentam desempenho inferior aos seus pares nos domínios social, emocional e acadêmico⁽¹¹⁾.

Durante o desenvolvimento deste estudo, diversas limitações foram identificadas, como a restrição linguística na seleção das fontes, ausência de dados relevantes em alguns estudos e artigos ilegíveis. Tais limitações impediram uma análise mais aprofundada das evidências.

O papel da enfermagem nas unidades de atenção primária à saúde pode interferir positivamente na efetividade

das terapias complementares por meio da educação em saúde direcionada a pais e crianças com TDAH. Esse processo educativo, aliado a consultas que incentivam a participação ativa da família na definição de expectativas, contribui para uma maior adesão ao tratamento e fortalecimento do vínculo terapêutico com o paciente⁽⁷¹⁾.

Além disso, esse papel estende-se ao ambiente escolar, onde os profissionais de enfermagem acompanham a criança, considerando aspectos comportamentais, psicossociais e pedagógicos⁽⁷²⁻⁷³⁾.

Espera-se que enfermeiros, em conjunto com os demais profissionais da saúde, sejam capazes de incorporar essas práticas em suas consultas como recurso complementar ao tratamento farmacológico. Essas abordagens podem ser adaptadas às necessidades individuais de cada paciente, com o objetivo de proporcionar um cuidado integral e melhorar a qualidade de vida ao longo do tratamento.

Conclusão

O uso de terapias complementares apresenta potencial promissor para a melhora dos sintomas do TDAH infantil, com destaque especial para as terapias mente-corpo, como o *neurofeedback*; no campo da suplementação, o uso de ácidos graxos poli-insaturados, zinco e ferro; na fitoterapia, a utilização de *Ginkgo biloba*; e, entre as terapias dietéticas, a dieta oligoantigênica.

Essas intervenções podem contribuir para a melhora da atenção, da regulação comportamental, das habilidades motoras e do desempenho acadêmico em crianças diagnosticadas com TDAH, abordando aspectos relacionados à hiperatividade, impulsividade e desatenção. Entretanto, devido ao número limitado de estudos e à ausência de pesquisas recentes sobre determinadas terapias, as evidências quanto à eficácia de algumas dessas práticas ainda são inconclusivas.

O desenvolvimento de estudos experimentais, especialmente voltados para terapias menos utilizadas, pode oferecer base teórica para o uso seguro e a recomendação dessas práticas na atuação clínica. Além disso, tais estudos podem contribuir para melhores desfechos no tratamento do TDAH infantil.

Referências

1. Pires SMAM, Pontes FAR, Pereira BLS, Amoras JDF, Silva SSC. Impacts of ADHD on Adolescence: Systematic Literature Review. *Rev Bras Educ Espec*. 2024;30:e0174. <https://doi.org/10.1590/1980-54702024v30e0174>
2. Sulkes SB. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) [Internet]. [s.l.]; [s.e.]: 2024 [cited 2025

Apr 15]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/pediatria/dist%C3%BArbios-de-aprendizagem-e-desenvolvimento/transtorno-de-deficit-de-aten%C3%A7%C3%A3o-hiperatividade-tdah>

3. Ministério da Saúde (BR). Portaria Conjunta nº 14, de 29 de julho de 2022. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2025 Apr 15]. Available from: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/portariaconjuntan14pcdttranstornododeficitdeatencaocomhiperatividade-tdah.pdf>

4. Ayano G, Demelash S, Gizachew Y, Tsegay L, Alati R. The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *J Affect Disord*. 2023;339:860-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.071>

5. Santos ML, Cruz PHC, Barbosa CR, Lima DP, Otutumi LK, Alves G. Music therapy in children with attention deficit disorder and hyperactivity. *Arq Cien Saude Unipar* [Internet]. 2022 [cited 2023 mar 29];26(3):782-93. Available from: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/8217>

6. Ashraf I, Jung S, Hur S, Park Y. A systematic literature review of neuroimaging coupled with machine learning approaches for diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder. *J Big Data*. 2024;11(1):140. <https://doi.org/10.1186/s40537-024-00998-3>

7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.

8. De Rossi P, Pretelli I, Menghini D, D'Aiello B, Di Vara S, Vicari S. Gender-Related Clinical Characteristics in Children and Adolescents with ADHD. *J Clin Med*. 2022;11(2):385. <https://doi.org/10.3390/jcm11020385>

9. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr*. 2023;49:48. <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1>

10. Jorge MAC. ADHD: disorder or symptom?. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2020;23(1):157-60. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n1p157.10>

11. Dona SWA, Badloe N, Sciberras E, Gold L, Coghill D, Le HND. The impact of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on children's health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *J Atten Disord*. 2023;27(6):598-611. <https://doi.org/10.1177/10870547231155438>

12. De Rossi P, D'Aiello B, Pretelli I, Menghini D, Di Vara DS, Vicari S. Age-related clinical characteristics of children and adolescents with ADHD. *Front*

- Psychiatry. 2023;14:1069934. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1069934>
13. Galvez-Contreras AY, Vargas-de la Cruz I, Beltran-Navarro B, Gonzalez-Castaneda RE, Gonzalez-Perez O. Therapeutic Approaches for ADHD by Developmental Stage and Clinical Presentation. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19):12880. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912880>
 14. Bernardes EG, Siqueira EC. A general approach to Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a literature review. *Rev Electronica Acervo Saude*. 2022;15(8):e10864. <https://doi.org/10.25248/reas.e10864.2022>
 15. Mechler K, Banaschewski T, Hohmann S, Häge A. Evidence-based pharmacological treatment options for ADHD in children and adolescents. *Pharmacol Ther*. 2022;230:107940. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2021.107940>
 16. Soutullo CA, Are F, Schield-Grant S. Factors associated with adherence to pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): preliminary review. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 16];83(2):27-31. Available from: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802023000300027&script=sci_abstract&tlng=en
 17. Ministério da Saúde (BR). Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [cited 2025 Apr 15]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/renome>
 18. Bader A, Adesman A. Complementary and alternative therapies for children and adolescents with ADHD. *Curr Opin Pediatr*. 2012;24(6):760-9. <https://doi.org/10.1097/mop.0b013e32835a1a5f>
 19. Shanjuvigasini FNU, Pitchai S, Staten BH. Complementary and Alternative Medicines (CAM) for Attention-deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children: A Review. *Int J Health Sci*. 2022;6(S4):8958-8967. <https://doi.org/10.53730/ijhs.v6nS4.10685>
 20. Ng JY, Dhawan T, Dogadova E, Taghi-Zada Z, Vacca A, Wieland LS, et al. Operational definition of complementary, alternative, and integrative medicine derived from a systematic search. *BMC Complement Med Ther*. 2022;22:104. <https://doi.org/10.1186/s12906-022-03556-7>
 21. National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary, alternative, or integrative health: what's in a name? [Internet]. Bethesda, MD: NCCIH; 2021 [cited 2025 Apr 15]. Available from: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>
 22. Ministério da Saúde (BR). National Policy of Integrative and Complementary Practices in the Unified Health System – SUS: a strategy to expand access [Internet]. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2025 Apr 15]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf
 23. Ministério da Saúde (BR). Práticas integrativas e complementares em saúde crescem 70% e ampliam o acesso ao cuidado integral no SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025 [cited 2025 Apr 15]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/marco/praticas-integrativas-e-complementares-em-saude-crescem-70-e-ampliam-o-acesso-ao-cuidado-integral-no-sus>
 24. Abadi MS, Madgaonkar J. Effect of yoga on children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychol Studies* [Internet]. 2008 [cited 2023 Oct 29];53(2):154-9. Available from: https://www.researchgate.net/publication/258517947_Effect_of_yoga_on_children_with_attention_deficithyperactivity_disorder
 25. Chou CC, Huang CJ. Effects of an 8-week yoga program on sustained attention and discrimination function in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Peerj*. 2017;5:e2883. <https://doi.org/10.7717/peerj.2883>
 26. Sun W, Yu M, Zhou X. Effects of physical exercise on attention deficit and other major symptoms in children with ADHD: a meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2022;311:114509. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114509>
 27. Chan YS, Jang JT, Ho CS. Effects of physical exercise on children with attention deficit hyperactivity disorder. *Biomed J*. 2022;45(2):265-70. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2021.11.011>
 28. Hoza B, Smith AL, Shoulberg EK, Linnea KS, Dorsch TE, Blazo JA, et al. A Randomized Trial Examining the Effects of Aerobic Physical Activity on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Young Children. *J Abnorm Child Psychol*. 2015;43(4):655-67. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9929-y>
 29. Ignatti C, Nakamura E. Monitoring the implementation of a Municipal Policy on Complementary and Integrative Practices: the main challenges. *Physis*. 2021;31(1):e310107. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310107>
 30. Nagai SC, Queiroz MS. Alternative and complementary medicine in the basic health system network in Brazil: a qualitative approach. *Cien Saude Colet*. 2011;16(3):1793-800. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300015>
 31. Ruela LO, Moura CC, Gradim CVC, Stefanello J, Iunes DH, Prado RR. Implementation, access and use of integrative and complementary practices in the unified health system: a literature review. *Cien Saude Colet*.

- 2019;24(11):4239-50. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.06132018>
32. Aromataris E, Munn Z. JBI Manual for Evidence Synthesis. Adelaide: JBI; 2020.
33. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
34. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2025 Apr 16]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>
35. Kouzak V, Paz AC Neto, Donner I. Biofeedback in Clinical Psychology: Modalities and Perspectives. In: Liao EDY, editor. *Smart Biofeedback - Perspectives and Applications*. London: IntechOpen; 2020. <https://doi.org/10.5772/intechopen.92490>
36. Carrijo BV, Ferreira AF, Parreira AM, Tolini GM, Bravo KFOR, Barbosa LC, et al. Neurofeedback as a therapeutic option in the management of fibromyalgia. *Braz J Health Rev*. 2022;5(3):9602-10. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n3-135>
37. Monteiro GT, Adamatti DF. Development of a Serious Game controlled by Neurofeedback to support the treatment of people with ADHD. In: XX Brazilian Symposium on Games and Digital Entertainment (SBGames); 2021 Nov 8-10. Porto Alegre: Brazilian Computing Society; 2021 [cited 2025 Feb 12]. p. 867-76. Available from: https://doi.org/10.5753/sbgames_estendido.2021.19725
38. Eisenberg J, Ben-Daniel N, Mei-Tal G, Wertman E. An autonomic nervous system biofeedback modality for the treatment of attention deficit hyperactivity. *Isr J Psychiatry Relat Sci* [Internet]. 2004 [cited 2023 Sept 17];41(1):45-53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15160655/>
39. Monastra VJ, Monastra DM, George S. The Effects of Stimulant Therapy, EEG Biofeedback, and Parenting Style on the Primary Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Appl Psychophysiology Biofeedback*. 2002;27(4):231-49. <https://doi.org/10.1023/a:1021018700609>
40. Zhonggui X, Shuhua S, Haiqing X. A controlled study of the effectiveness of EEG biofeedback training on children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Huazhong Univ Sci Technol Med Sci*. 2005;25(3):368-70. <https://doi.org/10.1007/bf02828171>
41. Rahmani E, Mahvelati A, Alizadeh A, Mokhayeri Y, Rahmani M, Zarabi H, et al. Is neurofeedback effective in children with ADHD? A systematic review and meta-analysis. *Neurocase*. 2022;28(1):84-95. <https://doi.org/10.1080/13554794.2022.2027456>
42. Sibley MH, Bruton AM, Zhao X, Johnstone JM, Mitchell J, Hatsu I, et al. Non-pharmacological interventions for attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Lancet Child Adolesc Health*. 2023;7(6):415-28. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(22\)00381-9](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(22)00381-9)
43. An HY, Chen W, Wang CW, Yang HF, Huang WT, Fan SY. The Relationships between Physical Activity and Life Satisfaction and Happiness among Young, Middle-Aged, and Older Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13):4817. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134817>
44. Cerrillo-Urbina AJ, García-Hermoso A, Sánchez-López M, Pardo-Guijarro MJ, Santos Gómez JL, Martínez-Vizcaíno V. The effects of physical exercise in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *Child*. 2015;41(6):779-88. <https://doi.org/10.1111/cch.12255>
45. Lambez B, Harwood-Gross A, Golumbic EZ, Rassovsky Y. Non-pharmacological interventions for cognitive difficulties in ADHD: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2020;120:40-55. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.10.007>
46. Pereira LF, Tesser CD. Future suffering can be avoided: yoga as a strategy in the primary prevention of cardiovascular diseases. *Physis*. 2023;33:33049. <https://doi.org/10.1590/s0103-7331202333049>
47. Bremner JD, Moazzami K, Wittbrodt MT, Nye JA, Lima BB, Gillespie CF, et al. Diet, Stress and Mental Health. *Nutrients*. 2020;12(8):2428. <https://doi.org/10.3390/nu12082428>
48. Rebello CJ. Polyunsaturated Fatty Acid Intake and Brain Health: balance is the key. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2022;30(7):774-6. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2022.01.009>
49. Yamashima T, Ota T, Mizukoshi E, Nakamura H, Yamamoto Y, Kikuchi M, et al. Intake of ω -6 Polyunsaturated Fatty Acid-Rich Vegetable Oils and Risk of Lifestyle Diseases. *Adv Nutr*. 2020;11(6):1489-509. <https://doi.org/10.1093/advances/nmaa072>
50. Bélanger SA., Vanasse M, Spahis S, Sylvestre MP, Lippe S, L'Heureux F, et al. Omega-3 fatty acid treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Paediatr Child Health*. 2009;14(2):89-98. <https://doi.org/10.1093/pch/14.2.89>
51. Millichap JG, Yee MM. The Diet Factor in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*.

- 2012;129(2):330-7. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2199>
52. Carucci S, Romaniello R, Demuru G, Curatolo P, Grelloni C, Masi G, et al. Omega-3/6 supplementation for mild to moderate inattentive ADHD: a randomised, double-blind, placebo-controlled efficacy study in Italian children. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2022;272(8):1453-67. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01428-2>
53. Granero R, Pardo-Garrido A, Carpio-Toro IL, Ramírez-Coronel AA, Martínez-Suárez PD, Reivan-Ortiz GG. The Role of Iron and Zinc in the Treatment of ADHD among Children and Adolescents: a systematic review of randomized clinical trials. *Nutrients*. 2021;13(11):4059. <https://doi.org/10.3390/nu13114059>
54. Bilici M, Yildirim F, Kandil S, Bekaroğlu M, Yildirmiş S, Deger O, et al. Double-blind, placebo-controlled study of zinc sulfate in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Prog Neuro Psychopharmacol Biol Psychiatry*. 2004;28(1):181-90. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2003.09.034>
55. Salehi B, Dorreh F, Mohammadbeigi A, Sheykholeslam H, Moshiri E. Omega-3 and Zinc supplementation as complementary therapies in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Res Pharm Pract*. 2016;5(1):22-6. <https://doi.org/10.4103/2279-042x.176561>
56. Searight HR, Robertson K, Smith T, Perkins S, Searight BK. Complementary and Alternative Therapies for Pediatric Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a descriptive review. *ISRN Psychiatry*. 2012;2012:1-8. <https://doi.org/10.5402/2012/804127>
57. Akhondzadeh S, Mohammadi MR, Khademi M. Zinc sulfate as an adjunct to methylphenidate for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children: a double blind and randomized trial. *BMC Psychiatry*. 2004;4(1):1-6. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-4-9>
58. Zamora J, Velásquez A, Troncoso L, Barra, P, Guajardo K, Castillo-Duran C. Zinc in the therapy of the attention-deficit/hyperactivity disorder in children: a preliminar randomized controlled trial. *ALAN [Internet]*. 2011 [cited 2023 Nov 14];61(3):242-6. Available from: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222011000300002&lng=es
59. Noorazar SG, Malek A, Aghaei SM, Yasamineh N, Kalejahi P. The efficacy of zinc augmentation in children with attention deficit hyperactivity disorder under treatment with methylphenidate: a randomized controlled trial. *Asian J Psychiatry*. 2020;48:101868. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101868>
60. Konofal E, Lecendreux M, Deron J, Marchand M, Cortese S, Zaim M, et al. Effects of Iron Supplementation on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children. *Pediatr Neurol*. 2008;38(1):20-6. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2007.08.014>
61. Robberecht H, Verlaet AAJ, Breynaert A, De Bruyne T, Hermans N. Magnesium, Iron, Zinc, Copper and Selenium Status in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Molecules*. 2020;25(19):4440. <https://doi.org/10.3390/molecules25194440>
62. Valente C. Ginkgo biloba: plant applications for memory disorders. *Acta Elit Salutis*. 2021;5(1). <https://doi.org/10.48075/aes.v5i1.28555>
63. Radunz CL, Okuyama CE, Branco-Barreiro FCA, Pereira RMS, Diniz SN. Clinical randomized trial study of hearing aids effectiveness in association with Ginkgo biloba extract (EGb 761) on tinnitus improvement. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2020;86(6):734-42. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2019.05.003>
64. Shakibaei F, Radmanesh M, Salari E, Mahaki B. Ginkgo biloba in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. A randomized, placebo-controlled, trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2015;21(2):61-7. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2015.04.001>
65. Golsorkhi H, Qorbani M, Sabbaghzadegan S, Dadmehr M. Herbal medicines in the treatment of children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): an updated systematic review of clinical trials. *Avicenna J Phytomed*. 2023;13(4):338-53. <https://doi.org/10.22038/ajp.2022.21115>
66. Ferrin M, Sonuga-Barke E, Daley D, Danckaerts M, van der Oord SV, Buitelaar JK. Non-pharmacologic treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health [Internet]*. Geneva: IACAPAP; 2016 [cited 2023 Dec 17]. Available from: https://iacapap.org/_Resources/Persistent/59eb6381de4a279b84838d2fc367fe701b0c50ea/D.1.1-ADHD-NON-PHARMA-2016.pdf
67. Russell D, Arnold LE. Complementary and Integrative Treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*. 2023;32(2):173-92. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2022.08.005>
68. Magalhães JM, Silva CO, Sousa JVB, Bonfim RMG, Carvalho CMS, Oliveira AC, et al. Nursing care provided to children with attention deficit hyperactivity disorder. *Arq Cienc Saude Unipar*. 2024;28(3):697-712. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v28i3.2024-10950>
69. Miller M, Iosif AM, Bell LJ, Farquhar-Leicester A, Hatch B, Hill A, et al. Can familial risk for ADHD be detected in the first two years of life? *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2021;50(5):619-31. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1709196>

70. Costa CR, Moreira JCC, Seabra MO Júnior. Teaching Strategies and Pedagogical Resources for Teaching Students with ADHD in Physical Education Classes. *Rev Bras Educ Espec.* 2015;21(1):111-26. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382115000100008>
71. Machado BKRMRD, Dias GMC, Félix VC, Fiedler E, Carvalho SMA, Lima LS, et al. Nurse's activity towards people with Attention Deficit and Hiperactivity Disorder (ADHD): a bibliographical review. *Contrib Soc Sci.* 2024;17(8):e10056. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.8-551>
72. Pereira JSR. Atuação do enfermeiro na promoção da saúde de crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): Uma revisão de escopo [Undergraduate Thesis]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2022 [cited 2025 Apr 16]; Available from: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/72081>
73. Heuer B, Williams S. Collaboration Between PNPs and School Nurses: Meeting the Complex Medical and Academic Needs of the Child With ADHD. *J Pediatr Health Care.* 2016;30(1):88-93. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.09.001>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Lara Freire Szychta, Sara Emilly Lima Sombra, Glauberania Alves Lima, Maria Williany Silva Ventura, Brena Shellem Bessa de Oliveira, Francisca Elisângela Teixeira Lima. **Obtenção de dados:** Lara Freire Szychta, Sara Emilly Lima Sombra. **Análise e interpretação dos dados:** Lara Freire Szychta, Sara Emilly Lima Sombra, Glauberania Alves Lima, Maria Williany Silva Ventura, Brena Shellem Bessa de Oliveira, Francisca Elisângela Teixeira Lima. **Análise estatística:** Lara Freire Szychta, Sara Emilly Lima Sombra. **Redação do manuscrito:** Lara Freire Szychta, Sara Emilly Lima Sombra, Glauberania Alves Lima, Maria Williany Silva Ventura, Brena Shellem Bessa de Oliveira, Francisca Elisângela Teixeira Lima. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Glauberania Alves Lima, Maria Williany Silva Ventura, Brena Shellem Bessa de Oliveira, Francisca Elisângela Teixeira Lima.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Declaração de Disponibilidade de Dados

O conjunto de dados deste artigo está disponível na página da RLAE no repositório SciELO Data, nos links <https://doi.org/10.48331/SCIELODATA.8ZOILU> e <https://doi.org/10.48331/SCIELODATA.WMW6W7>.

Recebido: 12.02.2025
Aceito: 27.05.2025

Editora Associada:
Maria Lúcia Zanetti

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Lara Freire Szychta

E-mail: laraszy@alu.ufc.br

 <https://orcid.org/0009-0005-9021-6634>