

Treinamento parental baseado em princípios cognitivo-comportamentais no TDAH: revisão narrativa das evidências recentes

*Parent training based on cognitive-behavioural principles in ADHD:
a narrative review of recent evidence*

*Entrenamiento parental basado en principios cognitivo-conductuales
en el TDAH: revisión narrativa de la evidencia reciente*

1 Danilo Bastos Bispo Ferreira  [ORCID](#) - [Lattes](#)

2 Railma Coutinho de Oliveira - [ORCID](#) - [Lattes](#)

3 Thaís Carreiro de Moraes - [ORCID](#) - [Lattes](#)

4 Fernanda Bastos Bispo Ferreira - [ORCID](#) - [Lattes](#)

5 Ciro Sousa de Moura Fé - [ORCID](#) - [Lattes](#)

6 Allan Maia Andrade de Souza - [ORCID](#) - [Lattes](#)

7 Ana Christina Mageste Castelar Campos - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Filiação dos autores: **1** [Psiquiatra, Professor, Universidade Federal de Alagoas, UFAL, Arapiraca, AL, Brasil]; **2** [Psiquiatra, Psiquiatra da Infância e Adolescência, Hospital Nina Rodrigues, HNR, São Luís, MA, Brasil]; **3** [Psiquiatra, Professora, Universidade Professor Edson Antônio Velano, UNIFENAS, Belo Horizonte, MG, Brasil]; **4** [Médica, Universidade Federal de Alagoas, UFAL, Arapiraca, AL, Brasil]; **5** [Residente, Psiquiatria, Hospital Nina Rodrigues, HNR, São Luís, MA, Brasil]; **6** [Psiquiatra Psicoterapeuta, Professor, Universidade Federal de Alagoas, UFAL, Maceió, AL, Brasil]; **7** [Psiquiatra da Infância e Adolescência, Hospital Infantil João Paulo II, HIIPII, Belo Horizonte, MG, Brasil].

Editor Chefe responsável pelo artigo: César Augusto Trinta Weber

Contribuição dos autores segundo a [Taxonomia CRediT](#): Ferreira DBB [1, 3, 5, 6, 7, 12, 13, 14], Oliveira RC, Moraes TC [5, 6, 13, 14], Ferreira FBB, Fé CSM [5, 13, 14], Souza AMA, Castelar Campos ACM [1, 7, 13, 14].

Conflito de interesses: declaram não haver

Fonte de financiamento: não se aplica

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 29/04/2026

Aprovado em: 18/07/2026

Publicado em: 19/07/2026

Como citar: Ferreira DBB, Oliveira RC, Moraes TC, Ferreira FBB, Fé CSM, Souza AMA, Castelar Campos ACM. Treinamento parental baseado em princípios cognitivo-comportamentais no TDAH: revisão narrativa das evidências recentes. Debates Psiquiatr. 2026;16:1-28, e1599.

<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2026.v16.1599>

RESUMO:

Introdução: O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma das condições neuropsiquiátricas mais prevalentes na infância, com impacto significativo sobre o funcionamento familiar. O treinamento parental (TP) baseado em princípios cognitivo-comportamentais emerge como estratégia não farmacológica central, porém sua efetividade em desfechos ampliados (incluindo qualidade de vida, estresse parental e indicadores cognitivos), merece síntese atualizada. **Objetivo:** Sintetizar criticamente as evidências recentes sobre o treinamento parental baseado em princípios cognitivo-comportamentais no manejo do TDAH infanto-juvenil, com ênfase em desfechos comportamentais, parentais e de qualidade de vida. **Métodos:** Revisão narrativa estruturada, conduzida de acordo com os princípios da escala [SANRA](https://doi.org/10.25118/2763-9037.2026.v16.1599) (Scale for the Assessment of Narrative Review Articles), com busca orientada na base [PubMed/MEDLINE](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/), abrangendo publicações de janeiro de 2020 a julho de 2026 (busca executada em julho de 2026), nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram priorizados estudos primários com intervenções estruturadas de treinamento de pais baseado em princípios cognitivo-comportamentais em cuidadores de crianças e adolescentes com TDAH. Revisões, editoriais e relatos de caso foram excluídos. A análise dos estudos foi realizada de modo crítico e descritivo, considerando delineamento, amostra, desfechos e limitações metodológicas. **Resultados:** A busca recuperou 161 registros; após exclusão de 44 por tipo de publicação, 117 estudos primários foram triados, dos quais 41 eram ensaios clínicos randomizados, e oito foram selecionados, de forma intencional, para síntese crítica. A maioria demonstrou redução

estatisticamente significativa de sintomas de TDAH ou de comportamentos externalizantes nos filhos. Em parte dos estudos, também foram observadas melhorias na competência ou na autoeficácia parental, no estresse dos cuidadores, nas práticas parentais, no controle inibitório e na qualidade de vida. Os programas Triple P, o modelo de treinamento comportamental de pais (BPT) e adaptações nacionais foram os mais frequentemente avaliados. **Conclusão:** Em conjunto, os achados indicam evidência favorável ao treinamento parental baseado em princípios cognitivo-comportamentais, com benefícios mais consistentes sobre comportamentos externalizantes e práticas parentais, e achados menos uniformes para estresse familiar e outros desfechos parentais. A heterogeneidade dos delineamentos e desfechos, bem como a seleção intencional dos estudos, recomenda cautela na generalização. Seu uso deve ser integrado ao cuidado multimodal.

Palavras-chave: TDAH, treinamento de pais, TCC, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, terapia cognitivo-comportamental, psicoeducação, qualidade de vida.

ABSTRACT:

Introduction: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most prevalent neuropsychiatric conditions in childhood, with significant impact on family functioning. Parent training (PT) based on cognitive-behavioural principles emerges as a central non-pharmacological strategy; however, its effectiveness on broader outcomes (including quality of life, parental stress, and cognitive indicators), warrants updated synthesis. **Objective:** To critically synthesize recent evidence on parent training based on cognitive-behavioural principles in the management of ADHD in children and adolescents, with emphasis on behavioural, parental, and quality-of-life outcomes. **Methods:** A structured narrative review, conducted in accordance with the principles of the [SANRA](#) (Scale for the Assessment of Narrative Review Articles), with an oriented search in [PubMed/MEDLINE](#), covering publications from January 2020 to July 2026 (search run in July 2026), in English, Portuguese, and Spanish. Primary studies of structured parent training based on cognitive-behavioural principles for caregivers of children and adolescents with ADHD were prioritized. Reviews, editorials, and case reports were excluded. Studies were analyzed critically and descriptively regarding study design, sample characteristics, outcomes, and methodological limitations. **Results:** The search retrieved 161 records; after excluding 44 by publication type, 117

primary studies were screened, of which 41 were randomized controlled trials, and eight were purposively selected for critical synthesis. The majority demonstrated statistically significant reductions in ADHD symptoms or externalising behaviours. In some of the studies, improvements were also observed in parental competence or self-efficacy, caregiver stress, parenting practices, inhibitory control, and quality of life. Triple P, behavioural parent training programmes, and national adaptations were the most frequently evaluated. **Conclusion:** Overall, findings indicate favourable evidence for parent training based on cognitive-behavioural principles, with more consistent benefits on externalising behaviours and parenting practices, and less uniform findings for family stress and other parental outcomes. Heterogeneity of designs and outcomes, as well as the purposive selection of studies, warrants caution in generalising. Its use should be integrated into multimodal care.

Keywords: ADHD, parent training, CBT, attention deficit hyperactivity disorder, cognitive behavioral therapy, psychoeducation, quality of life.

RESUMEN:

Introducción: El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una de las condiciones neuropsiquiátricas más prevalentes en la infancia, con un impacto significativo en el funcionamiento familiar. El entrenamiento parental (EP) basado en principios cognitivo-conductuales surge como estrategia no farmacológica central; sin embargo, su efectividad en desenlaces más amplios (incluyendo calidad de vida, estrés parental e indicadores cognitivos), merece una síntesis actualizada.

Objetivo: Sintetizar críticamente la evidencia reciente sobre el entrenamiento parental basado en principios cognitivo-conductuales en el manejo del TDAH infanto-juvenil, con énfasis en desenlaces conductuales, parentales y de calidad de vida. **Métodos:** Revisión narrativa estructurada, realizada de acuerdo con los principios de la escala [SANRA](#) (Scale for the Assessment of Narrative Review Articles), con búsqueda orientada en [PubMed/MEDLINE](#), abarcando publicaciones de enero de 2020 a julio de 2026 (búsqueda ejecutada en julio de 2026) en inglés, portugués y español. Se priorizaron estudios primarios de intervenciones estructuradas de EP basadas en principios cognitivo-conductuales en cuidadores de niños y adolescentes con TDAH. Se excluyeron revisiones, editoriales y reportes de caso. Los estudios se analizaron de modo crítico y descriptivo.

Resultados: La búsqueda recuperó 161 registros; tras excluir 44 por tipo de publicación, se cribaron 117 estudios primarios, de los cuales 41 eran

ensayos clínicos aleatorizados, y ocho fueron seleccionados intencionalmente para la síntesis crítica. La mayoría demostró reducciones significativas en síntomas de TDAH o en conductas externalizantes. En parte de los estudios también se observaron mejoras en la competencia o la autoeficacia parental, en el estrés de los cuidadores, en las prácticas parentales, en el control inhibitorio y en la calidad de vida. **Conclusión:** En conjunto, los hallazgos indican evidencia favorable al entrenamiento parental basado en principios cognitivo-conductuales, con beneficios más consistentes sobre las conductas externalizantes y las prácticas parentales, y hallazgos menos uniformes para el estrés familiar y otros desenlaces parentales. La heterogeneidad de los diseños y desenlaces, así como la selección intencional de los estudios, recomienda cautela en la generalización. Persisten brechas en la estandarización de formatos, adaptación cultural y seguimiento a largo plazo.

Palabras clave: TDAH, entrenamiento de padres, terapia cognitivo-conductual, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, psicoeducación, calidad de vida.

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma condição neuropsiquiátrica crônica que afeta entre 5% e 7% das crianças e adolescentes em todo o mundo, configurando-se como um dos diagnósticos mais frequentes na psiquiatria infanto-juvenil [1 - 2]. Caracterizado por desatenção, hiperatividade e impulsividade em graus que comprometem o funcionamento adaptativo, o TDAH impõe ônus significativo não apenas à criança, mas a toda a dinâmica familiar: pais de filhos com TDAH relatam níveis mais elevados de estresse parental, menor senso de competência e maior prevalência de disfunções no relacionamento com os filhos em comparação a pais de crianças com desenvolvimento típico [3 - 4].

Do ponto de vista terapêutico, o manejo do TDAH é reconhecidamente multimodal, combinando farmacoterapia, especialmente estimulantes como o metilfenidato e as anfetaminas, com intervenções psicossociais e psicoeducacionais [5 - 6]. Embora os medicamentos demonstrem eficácia consolidada na redução de sintomas nucleares, cerca de 20% a 30% dos pacientes apresentam resposta parcial ou efeitos adversos limitantes, e diversas famílias expressam preferência por abordagens não

farmacológicas como primeira linha ou adjuvante [5]. Nesse contexto, o Treinamento de Pais (TP) emerge como uma das intervenções psicossociais com maior suporte empírico para o TDAH em crianças e adolescentes [7].

O TP consiste em intervenção psicoeducacional e comportamental estruturada, voltada a capacitar cuidadores no manejo de comportamentos difíceis por meio de técnicas derivadas da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), incluindo reforço positivo, extinção, economia de fichas, comunicação parental assertiva e resolução de problemas [8 - 9]. Cabe, contudo, uma distinção terminológica relevante para a leitura desta revisão: a maior parte dos programas disponíveis é primariamente comportamental, fundada em princípios da aprendizagem operante e no modelo coercitivo de interação familiar, sendo descrita na literatura como treinamento parental comportamental (behavioral parent training) ou parent management training; apenas parte deles incorpora, de modo explícito, componentes cognitivos dirigidos aos cuidadores, como a reestruturação de crenças disfuncionais acerca do comportamento da criança e do diagnóstico. Neste artigo, a expressão "baseado em princípios cognitivo-comportamentais" designa esse conjunto mais amplo de intervenções, sem pressupor que todos os programas analisados constituam TCC formal. Programas paradigmáticos, como o Triple P, o Incredible Years e o Parent Management Training de Barkley, foram amplamente estudados e têm base em princípios da aprendizagem comportamental e da teoria cognitiva, integrando modificação de contingências ambientais com reestruturação das crenças parentais acerca do comportamento dos filhos [8, 10].

Evidências anteriores já sustentam a efetividade do TP na redução de comportamentos externalizantes e no aprimoramento das práticas parentais [7, 11]. Contudo, a literatura mais recente tem avançado para desfechos mais amplos: qualidade de vida da criança, funcionamento escolar, estresse parental, autoeficácia dos cuidadores e desfechos cognitivos objetivos, como medidas laboratoriais de controle inibitório. Ademais, o cenário pós-pandêmico trouxe novas modalidades de entrega, a saber: formatos online, aplicativos e intervenções híbridas, cujas evidências demandam síntese crítica atualizada [12 - 13].

Considerando o crescimento da literatura sobre TP em TDAH nos últimos anos, a heterogeneidade dos formatos disponíveis e a relevância clínica da temática para psiquiatras, pediatras, psicólogos e equipes multiprofissionais, torna-se essencial analisar criticamente as evidências

recentes. Este artigo tem como objetivo sintetizar os principais achados de ensaios clínicos randomizados publicados entre janeiro de 2020 e julho de 2026, com ênfase nos desfechos comportamentais das crianças, nos impactos sobre as práticas e o bem-estar parentais, e na qualidade de vida dos envolvidos.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa estruturada da literatura recente sobre treinamento parental baseado em princípios cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes com TDAH. Optou-se por esse delineamento em razão da heterogeneidade dos estudos quanto aos formatos de intervenção, perfis amostrais, duração dos programas e desfechos avaliados, o que limita comparações quantitativas diretas e inviabilizaria a aplicação de critérios exigidos para revisões sistemáticas ou meta-análises.

Esta revisão foi conduzida e estruturada de acordo com os princípios da escala [SANRA](#) (*Scale for the Assessment of Narrative Review Articles*) [14], adotada como referencial metodológico por oferecer critérios explícitos de qualidade para revisões narrativas, a saber: justificativa da relevância do tema para a audiência, formulação de objetivos ou questões específicas, descrição da estratégia de busca, referenciamento adequado das afirmações, raciocínio científico na apresentação das evidências e apresentação apropriada dos dados. A escolha do delineamento narrativo, em detrimento de uma revisão sistemática, justifica-se pelo objetivo de oferecer síntese crítica e clinicamente orientada da literatura recente, voltada à educação continuada de psiquiatras e residentes, preservando-se elementos de transparência metodológica: busca estruturada em base indexada, critérios explícitos de elegibilidade, documentação do processo de seleção e extração padronizada de variáveis.

A busca foi conduzida na base [PubMed/MEDLINE](#), em razão de sua ampla cobertura de ensaios clínicos em psiquiatria, neurociências e saúde da criança. Reconhece-se que a consulta adicional a bases como [PsycINFO](#) e [Scopus](#), fundamentais para a literatura em psicologia clínica e intervenções psicoterápicas, poderia ampliar o alcance da síntese, sendo recomendada em versões futuras ou em revisões sistemáticas subsequentes.

Foi utilizada a seguinte estratégia: (*"attention deficit disorder with hyperactivity" [MeSH Terms] OR "ADHD" [Title/Abstract] OR "attention deficit hyperactivity disorder" [Title/Abstract]*) AND (*"parent training"*

[Title/Abstract] OR "parent management training" [Title/Abstract] OR "behavioral parent training" [Title/Abstract] OR "parenting program" [Title/Abstract] OR "parent-based intervention" [Title/Abstract]).

A busca foi executada em 16 de julho de 2026 e recuperou 161 registros após a aplicação do filtro de idiomas. Foram priorizados estudos primários que investigassem intervenções estruturadas de treinamento de pais com base cognitivo-comportamental em cuidadores de crianças e adolescentes com TDAH. Foram elegíveis artigos publicados entre janeiro de 2020 e julho de 2026, nos idiomas inglês, português ou espanhol.

Foram incluídos ensaios clínicos randomizados (RCTs), estudos piloto, estudos observacionais e ensaios clínicos controlados que investigaram intervenções de TP baseadas em princípios cognitivo-comportamentais, aplicadas a cuidadores de crianças ou adolescentes com diagnóstico de TDAH segundo critérios clínicos padronizados ([DSM-5](#) ou [CID-11](#)).

Foram excluídos relatos de caso, revisões narrativas e sistemáticas, editoriais, cartas ao editor, além de estudos cujo desfecho principal não incluísse avaliação de comportamentos da criança ou de competências/bem-estar parentais por instrumentos validados. Estudos com populações exclusivamente adultas também foram excluídos. Dentre os estudos elegíveis, procedeu-se a uma seleção intencional (purposive) de ensaios clínicos randomizados que avaliassem o treinamento parental como intervenção primária, priorizando-se a diversidade de programas, de formatos de entrega (grupal presencial, domiciliar e digital), de contextos geográficos e de desfechos infantis e parentais. Não se pretendeu exaustividade, conforme explicitado nas limitações.

A seleção dos estudos foi realizada com leitura de títulos, resumos e textos completos dos artigos identificados. Os registros recuperados foram inicialmente triados por tipo de publicação, com exclusão de revisões, meta-análises, editoriais, cartas, protocolos de ensaios e capítulos de livro; os estudos primários remanescentes foram avaliados quanto aos critérios de elegibilidade. A triagem dos títulos e resumos foi conduzida por dois autores, e as divergências quanto à elegibilidade foram resolvidas por discussão e consenso, com consulta ao texto completo do artigo nos casos duvidosos.

Não foram identificados registros duplicados. Adicionalmente, para cada estudo selecionado, autoria, ano, periódico, volume, paginação e DOI

foram verificados individualmente nas fontes primárias, com resolução de eventuais divergências por consulta ao texto completo do artigo. A análise dos artigos selecionados foi realizada de modo crítico e descritivo, considerando delineamento, tamanho amostral, características dos comparadores, duração do seguimento, natureza dos desfechos avaliados e principais limitações metodológicas. Não foram atribuídos escores numéricos de qualidade.

Os dados extraídos incluíram: programa/formato de TP, duração da intervenção, tamanho amostral, características da população, desfechos primários e principais resultados. A síntese foi organizada em tabela padronizada, favorecendo a comparabilidade entre estudos. Em vez da aplicação de instrumentos formais de avaliação de risco de viés, cujo uso não é usual em revisões narrativas, incorporou-se ao [Quadro 1](#) uma coluna de considerações metodológicas, contemplando delineamento, cegamento, tipo de análise (intenção de tratar ou por protocolo), natureza do comparador e limitações reconhecidas pelos próprios autores de cada estudo.

RESULTADOS

A busca executada em julho de 2026 recuperou 161 registros após a aplicação do filtro de idiomas. Foram excluídos 44 registros por tipo de publicação (revisões, meta-análises, editoriais, cartas, protocolos de ensaios clínicos e capítulos de livro), restando 117 estudos primários. Entre estes, 41 correspondiam a ensaios clínicos randomizados.

Os principais motivos de exclusão dos demais estudos primários foram: **(a)** ausência de desfechos padronizados de comportamento infantil ou de parentalidade avaliados por instrumentos validados; **(b)** população exclusivamente adulta, sem avaliação de desfechos nas crianças; **(c)** ausência de componente comportamental estruturado dirigido aos cuidadores; e **(d)** intervenções multimodais, escolares ou farmacológicas nas quais o efeito específico do treinamento parental não podia ser isolado. Dentre os 41 ensaios randomizados, oito foram selecionados intencionalmente para a síntese crítica apresentada no [Quadro 1](#), segundo os seguintes critérios de priorização, definidos *a priori*: **(a)** treinamento parental como intervenção primária, e não como componente de pacote multimodal, escolar ou farmacológico; **(b)** diversidade de programas estruturados, contemplando modelos distintos; **(c)** diversidade de formatos de entrega, incluindo grupal presencial, domiciliar e digital; **(d)**

diversidade de contextos geográficos e culturais, contemplando países de alta e de média renda; e (e) avaliação simultânea de desfechos infantis e parentais por instrumentos validados. A seleção não pretendeu exaustividade, conforme discutido nas limitações, e a lista completa dos registros recuperados encontra-se disponível mediante solicitação aos autores.

Os oito estudos incluídos são ensaios clínicos randomizados, com heterogeneidade importante quanto a delineamento e comparadores [15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22]: dois adotaram três braços de alocação [19, 21], sendo um deles um microtrial de duas sessões [19]; um ensaio multicêntrico comparou treinamento domiciliar a lista de espera e a cuidado usual domiciliar [22]; um ensaio de pequena escala incorporou desfechos cognitivos objetivos obtidos em laboratório [20]; e um comparou duas intervenções ativas entre si, sem braço passivo [15]. Os achados devem ser interpretados à luz do peso inferencial distinto de cada delineamento: ensaios com comparadores ativos e análise por intenção de tratar oferecem estimativas mais conservadoras, ao passo que ensaios de pequeno porte, com comparadores passivos ou análise por protocolo, exploram sobretudo viabilidade, aceitabilidade e aplicabilidade em contextos específicos. As amostras contemplam crianças em idade escolar (3 a 13 anos) na maioria dos estudos; os grupos controle variaram entre lista de espera, tratamento habitual e intervenções ativas. O [Quadro 1](#) organiza os principais achados.

Síntese dos achados clínicos

De forma geral, a maioria dos estudos demonstrou reduções estatisticamente significativas de sintomas de TDAH e de comportamentos externalizantes nas crianças cujos pais participaram dos programas, avaliados por instrumentos como a *Swanson, Nolan and Pelham Rating Scale* ([SNAP-IV](#)), a [ADHD Rating Scale-IV](#), a *Eyberg Child Behavior Inventory* ([ECBI](#)), a *Child Behavior Checklist* ([CBCL](#)) e o *Strengths and Difficulties Questionnaire* ([SDQ](#)) [15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22]. Os benefícios foram mais consistentes para comportamentos opostos e de desobediência do que para sintomas nucleares de desatenção, especialmente nos programas com menor duração [19].

Paralelamente às melhorias comportamentais nas crianças, os estudos documentaram desfechos parentais favoráveis, ainda que de forma menos uniforme. Reduções significativas no estresse parental foram observadas

em dois dos oito estudos incluídos [16, 18], enquanto o ensaio canadense não encontrou diferença entre os grupos nesse desfecho [15]. O senso de competência parental (*Parenting Sense of Competence Scale* – PSOC) melhorou em dois estudos [15, 17], e a autoeficácia parental, desfecho primário do ensaio sueco, apresentou aumento com tamanho de efeito grande ($d = 0,85$) [16]. Sintomas depressivos dos cuidadores foram avaliados em dois estudos, sem diferenças significativas entre os grupos [16, 18], achado que convém registrar explicitamente para evitar a atribuição ao TP de benefícios não demonstrados.

Desfechos relacionados à qualidade de vida da criança foram avaliados em apenas um dos estudos incluídos, por meio do *Kidscreen-52* [21], com melhora no domínio físico tanto para as crianças quanto para os pais. Nenhum dos estudos incluídos avaliou desempenho escolar por meio de informantes independentes, como professores, e o único ensaio que mensurou prejuízo funcional global não encontrou diferença entre os grupos [18]. Uma leitura comparativa dos estudos do *Quadro 1* permite identificar padrões relevantes.

Os programas com maior número de sessões e componente cognitivo explícito, como o MBPT (Mah et al. [15], 12 sessões) e o modelo baseado em Kazdin (Paiva et al. [21], 6 sessões), produziram os efeitos mais abrangentes, alcançando simultaneamente comportamento da criança e variáveis parentais.

Os programas de menor duração, como o micro-trial holandês (Hornstra et al. [19], 2 sessões), demonstraram efetividade para comportamentos problemáticos imediatos, mas com escopo naturalmente mais restrito. Os formatos com entrega digital, representados pelo I-BPT chinês, inteiramente online (Fan et al. [18]), e pelo braço online do ensaio brasileiro (Paiva et al. [21]), produziram efeitos na mesma direção dos observados em formatos presenciais; no ensaio brasileiro, único a contrastar as duas modalidades dentro do mesmo protocolo, não houve diferença entre elas ($p = 1,000$). Esses dados são sugestivos, mas não autorizam conclusão de equivalência, uma vez que nenhum dos estudos foi delineado como ensaio de não inferioridade com poder específico para essa comparação. Por fim, o único estudo focalizado em desfechos cognitivos objetivos (Yao et al. [20], controle inibitório) ilustra a ampliação dos desfechos avaliados além dos sintomas comportamentais clássicos. O ensaio domiciliar holandês (Nobel et al. [22], para crianças com sintomas

disruptivos persistentes após o tratamento de rotina) acrescenta evidência sobre a etapa seguinte do cuidado, com tamanhos de efeito moderados a grandes tanto em relação à lista de espera (ES entre 0,60 e 0,89) quanto ao cuidado usual domiciliar (ES entre 0,57 e 0,89).

Quanto às modalidades de entrega, três estudos avaliaram formatos online ou híbridos [17, 18, 21]. Esses estudos demonstraram efetividade comparável aos formatos presenciais nos desfechos primários avaliados: no ensaio brasileiro não houve diferença entre as modalidades presencial e online ($p = 1,000$) [21]; o I-BPT chinês reduziu sintomas de TDAH e estresse parental em comparação ao cuidado clínico de rotina [18]; e o Triple P adaptado, combinando sessões grupais, contatos telefônicos e suporte remoto, aumentou a competência parental [17]. A adesão foi descrita como satisfatória, ainda que o ensaio chinês tenha registrado 20% de perdas em ambos os braços [18]. Entretanto, os formatos digitais mostraram limitações na avaliação de aspectos relacionais e na personalização das técnicas, aspectos que os autores apontam como direção para pesquisa futura.

DISCUSSÃO

Os achados desta revisão são compatíveis com o entendimento de que o treinamento parental figura entre as intervenções não farmacológicas mais estudadas e com evidência favorável consistente para o TDAH em crianças e adolescentes.

A convergência dos resultados comportamentais, especificamente a redução de sintomas de TDAH e de comportamentos opositores avaliada por instrumentos padronizados, em estudos com formatos e contextos culturais distintos, sugere replicabilidade do efeito [7, 8, 15, 19, 21]. Cabe assinalar, contudo, que a síntese aqui apresentada baseia-se exclusivamente em ensaios clínicos randomizados selecionados de forma intencional, e que o peso inferencial varia entre eles conforme o comparador empregado, o tamanho amostral e o tipo de análise, o que recomenda cautela na leitura agregada dos achados [23 - 24].

Mecanismos de ação e fundamentos teóricos

O substrato teórico do TP fundamenta-se na compreensão de que comportamentos problemáticos da criança com TDAH são parcialmente mantidos por ciclos coercitivos na interação parente-filho, descritos originalmente por Patterson e refinados por Barkley em seu modelo de autorregulação [8, 25]. Ao modificar as contingências ambientais, ao

substituir respostas coercitivas por reforço positivo e comunicação assertiva, o TP interrompe esses ciclos e favorece a aprendizagem de novos padrões de interação, com aquisição e manutenção de repertórios adaptativos pela criança. Cumpre esclarecer que não se pressupõe, aqui, alteração neurobiológica documentada: os estudos incluídos avaliaram desfechos comportamentais relatados pelos cuidadores e, em um único caso, medidas laboratoriais de controle inibitório [20], sem correlatos de neuroimagem ou de outros marcadores biológicos. A integração de componentes cognitivos, como a reestruturação de crenças disfuncionais dos pais acerca do comportamento dos filhos e do diagnóstico de TDAH, adiciona um estrato terapêutico que opera sobre o estresse parental e o senso de autoeficácia, variáveis mediadoras da resposta ao tratamento [9, 24].

A redução do estresse parental documentada em dois dos oito estudos incluídos [16, 18] não é trivial. A literatura anterior documenta que o estresse parental funciona como variável mediadora entre a psicopatologia da criança e os desfechos de tratamento: cuidadores com menor estresse são mais consistentes na aplicação das técnicas aprendidas, mais receptivos às intervenções e apresentam menor risco de abandono dos programas [3, 25]. Melhorar o bem-estar parental, portanto, não é apenas um benefício secundário, mas um mecanismo de sustentação dos ganhos comportamentais da criança. Cabe registrar, contudo, que o ensaio canadense não encontrou diferença entre os grupos quanto ao estresse parental [15], o que reforça a leitura de que esse desfecho não responde uniformemente ao treinamento parental.

Heterogeneidade dos programas e efetividade diferencial

A heterogeneidade dos programas avaliados, a saber: Triple P [26], IPSA (adaptado a pais com TDAH), treinamento parental domiciliar, microtrial de técnicas isoladas, programas baseados nos modelos de Barkley e de Kazdin e adaptações nacionais, é ao mesmo tempo uma força e uma limitação do campo. É uma força porque demonstra a generalização do efeito a diferentes formatos e contextos culturais; é uma limitação porque dificulta comparações diretas de efetividade entre programas e torna difícil identificar quais componentes específicos são os mais ativos [7, 11].

Na leitura comparativa dos estudos incluídos, os programas mais extensos e com componente cognitivo explícito, como o MBPT de 12 sessões [15] e o IPSA de 14 sessões [16], este último com efeito grande sobre a

autoeficácia parental ($d = 0,85$), alcançaram simultaneamente desfechos infantis e parentais, ao passo que o microtrial de duas sessões [19] produziu efeitos consistentes sobre os comportamentos-alvo imediatos, porém com escopo naturalmente mais restrito. A durabilidade dos ganhos além de alguns meses permanece pouco documentada nos estudos incluídos e é objeto de meta-análise específica, que aponta manutenção parcial dos efeitos no médio prazo [24]. Essa variabilidade aponta para a necessidade de pesquisa que identifique a "dose" mínima efetiva para diferentes perfis de famílias.

Modalidades digitais e acessibilidade

A expansão das modalidades de entrega digital constitui avanço relevante documentado pela literatura do período 2020-2026. Três dos estudos incluídos avaliaram formatos online ou híbridos e documentaram resultados favoráveis nos desfechos investigados [17, 18, 21]. Apenas um deles, contudo, comparou diretamente as modalidades presencial e online dentro do mesmo protocolo, sem ter sido delineado como ensaio de não inferioridade [21]; os demais compararam intervenções digitais a comparadores passivos ou a cuidado de rotina. Ainda assim, a disponibilidade de formatos digitais tem implicações relevantes para países com extenso território e desigualdade de acesso, como o Brasil, onde a distribuição de psicólogos e profissionais habilitados a conduzir TP é geograficamente concentrada, podendo ampliar o alcance dessas intervenções. A magnitude comparativa de efeito entre modalidades, entretanto, permanece a ser estabelecida por ensaios delineados especificamente para essa finalidade.

Entretanto, os estudos também identificaram limitações das plataformas digitais: menor fidelidade à intervenção nos grupos online, dificuldade em personalizar técnicas para situações específicas de cada família e ausência de observação direta da interação parente-filho [17 - 18]. Pesquisas futuras precisam desenvolver protocolos que compensem essas limitações, possivelmente por meio de sessões individuais periódicas combinadas ao formato grupal remoto.

Qualidade de vida e desfechos funcionais

Outro conjunto de achados relevante refere-se à qualidade de vida e ao funcionamento escolar. Apenas um dos estudos incluídos avaliou formalmente a qualidade de vida da criança, documentando melhora no domínio físico tanto para as crianças quanto para os pais [21]. Ainda assim, esses dados dialogam com o entendimento de que o TDAH não é apenas

um transtorno de sintomas, mas de comprometimento funcional: o que a criança e a família ganham em termos de funcionamento cotidiano, como relacionamentos mais harmoniosos, menor conflito e melhor desempenho nas tarefas domésticas e escolares, é ao menos tão importante quanto a redução de escores em escalas diagnósticas. A escassez de desfechos de qualidade de vida entre os estudos recentes é, em si, uma lacuna a ser assinalada.

A escassez de estudos com avaliação sistemática de professores como fonte de informação independente é uma lacuna notável e clinicamente relevante. No TDAH, a generalização dos ganhos terapêuticos para o ambiente escolar é um dos principais indicadores de sucesso do tratamento multimodal: uma criança que apresenta melhora no contexto doméstico, mas mantém comprometimento acadêmico e social na escola, não atingiu o desfecho funcional esperado. Grande parte dos dados comportamentais dos estudos incluídos baseia-se exclusivamente em relatos parentais, que estão sujeitos a viés sistemático: pais que participaram de programas de TP e experimentaram redução do próprio estresse e aumento da autoeficácia tendem a relatar melhoras nos filhos de forma mais positiva do que avaliadores independentes, o que pode inflar as estimativas de efeito reportadas [3, 11].

Esse viés de informante é estrutural em estudos de TP e representa uma limitação que a área precisa endereçar. Ensaios futuros deveriam incorporar obrigatoriamente avaliações por professores como desfecho independente, observação direta da interação parente-filho e medidas neuropsicológicas objetivas em contextos ecologicamente válidos.

Limitações metodológicas e risco de viés

A evidência disponível apresenta limitações importantes que merecem consideração. A maioria dos estudos é de pequeno a médio porte ($n < 100$), com períodos de seguimento frequentemente curtos (3 a 6 meses após intervenção), o que impede conclusões robustas sobre a durabilidade dos efeitos [15, 17, 19, 20]. A heterogeneidade nos desfechos primários, com alguns estudos focando comportamento da criança, outros competência parental, outros estresse ou qualidade de vida, dificulta comparações diretas e sínteses quantitativas. Acrescente-se que a quase totalidade dos desfechos foi obtida por relato dos próprios cuidadores, que não estavam cegos à alocação, com exceção do ensaio domiciliar holandês, no qual as famílias desconheciam qual dos tratamentos domiciliares

recebiam [22], e do ensaio japonês, que incorporou tarefas cognitivas laboratoriais [20].

Adicionalmente, a maior parte dos estudos empregou comparadores passivos ou de baixa intensidade (lista de espera, cuidado de rotina ou tratamento habitual), o que pode inflar a estimativa de efeito por expectativas dos participantes. Apenas três estudos incluídos utilizaram comparadores ativos: o ensaio canadense contrastou duas versões do próprio treinamento entre si [15], o microtrial holandês comparou dois conjuntos distintos de técnicas comportamentais [19], e o ensaio domiciliar holandês incluiu, além da lista de espera, um braço de cuidado usual domiciliar, mantendo as famílias desinformadas quanto ao tratamento recebido [22]. A escassez de estudos com mascaramento adequado dos avaliadores e de dados de seguimento além de 12 meses representa lacuna crítica para a prática clínica.

Quanto às limitações desta revisão, cabe notar que a revisão sistemática de Marquet-Doléac et al. [23] e a meta-análise de Doffer et al. [24] foram utilizadas como literatura de apoio na discussão, não como estudos primários incluídos na síntese, distinção que o leitor deve ter em mente ao interpretar as citações. Pelo mesmo motivo, o ensaio de Turan et al. [27], conduzido na Turquia com o Parents Plus Children's Programme em crianças com sintomas residuais apesar do tratamento farmacológico, foi utilizado como literatura de apoio, e não como estudo incluído, uma vez que o periódico em que foi publicado não é indexado na base consultada e, portanto, não é recuperável pela estratégia de busca declarada. Adicionalmente, a busca restrita ao [PubMed/MEDLINE](#) representa uma limitação inerente ao delineamento narrativo adotado: estudos relevantes indexados exclusivamente em [PsycINFO](#), [Embase](#), [Scopus](#) ou bases regionais latino-americanas podem não ter sido capturados. Essa escolha foi intencional e justificada pela abrangente cobertura do [PubMed/MEDLINE](#) para ensaios clínicos em psiquiatria e saúde da criança, mas deve ser considerada pelo leitor na interpretação do alcance da síntese. Além disso, o caráter narrativo implica risco inerente de viés de seleção e síntese, mitigado parcialmente pelo uso de critérios claros de inclusão/exclusão e pela análise crítica estruturada dos estudos.

Por fim, e de modo central, a seleção dos oito estudos analisados em profundidade foi intencional e não exaustiva: dentre os 117 estudos primários recuperados pela busca, priorizaram-se ensaios clínicos randomizados que avaliaram o treinamento parental como intervenção

primária, contemplando diversidade de programas, formatos de entrega e contextos geográficos. Trata-se de escolha coerente com o delineamento narrativo e com os princípios da [SANRA](#), mas que impede afirmações sobre a totalidade da evidência produzida no período e que deve ser considerada na interpretação dos achados. Uma revisão sistemática com meta-análise, contemplando múltiplas bases e avaliação formal de risco de viés, permanece recomendada como passo seguinte.

Implicações clínicas e perspectivas futuras

Do ponto de vista clínico, os achados sustentam que o TP baseado em princípios cognitivo-comportamentais deve ser considerado no planejamento do tratamento multimodal do TDAH em crianças e adolescentes, independentemente da decisão pela farmacoterapia. Indicações prioritárias incluem famílias com alto estresse parental, comportamentos opositores proeminentes, resistência ou contraindicação ao tratamento medicamentoso, crianças em idade pré-escolar (onde o TP constitui primeira linha recomendada) e contextos com comorbidades como Transtorno Opositivo Desafiador [[5](#), [8](#), [25](#)].

A integração do TP ao arsenal clínico do psiquiatra infanto-juvenil exige não apenas conhecimento dos programas disponíveis, mas também competência para identificar barreiras de acesso, adaptar o formato à realidade familiar e monitorar desfechos ao longo do tempo. A literatura recente sobre implementação demonstra que a fidelidade ao protocolo e a supervisão do terapeuta constituem moderadores críticos dos resultados, elementos frequentemente negligenciados em contextos de saúde pública [[7](#), [11](#), [25](#)].

Um desafio clínico e ético particularmente relevante diz respeito às famílias em que o próprio cuidador apresenta TDAH, condição prevalente dado o caráter altamente hereditário do transtorno. Pais com TDAH tendem a apresentar menor consistência na aplicação das técnicas aprendidas, maior taxa de abandono e resposta atenuada aos formatos convencionais de TP, precisamente pelas dificuldades executivas que o transtorno impõe. A fidelidade ao protocolo, portanto, não é apenas uma variável de implementação: ela é um desfecho intermediário que o clínico precisa monitorar ativamente, adaptando formato, frequência e suporte conforme o perfil neuropsicológico do cuidador [[16](#)].

As perspectivas futuras apontam para o desenvolvimento de TP de precisão, com adaptações baseadas no perfil neuropsicológico da criança, nas características cognitivas dos pais (incluindo TDAH parental, que é prevalente e impacta a adesão) e nos recursos socioeconômicos da família. Avanços em tecnologias de monitoramento ecológico momentâneo (EMA) e plataformas de gamificação para treino de habilidades parentais em ambientes digitais ampliam consideravelmente o horizonte de possibilidades para próxima década [12, 13, 18].

CONCLUSÃO

Em conjunto, os ensaios clínicos randomizados analisados indicam que o treinamento parental baseado em princípios cognitivo-comportamentais constitui intervenção com evidência favorável para o manejo do TDAH em crianças e adolescentes, com benefícios documentados sobre comportamentos externalizantes e práticas parentais e, em parte dos estudos, sobre estresse parental, autoeficácia dos cuidadores e qualidade de vida. A amplitude de formatos disponíveis, nas modalidades presencial, grupal, individual, domiciliar, digital e híbrida, amplia a aplicabilidade clínica e potencialmente o alcance populacional dessas intervenções.

No entanto, a heterogeneidade dos programas e dos delineamentos, a predominância de seguimentos curtos, a dependência de relatos parentais como desfecho primário e a natureza intencional e não exaustiva da seleção impõem cautela na generalização das conclusões. Mesmo entre ensaios randomizados, o peso inferencial difere: estudos com comparadores ativos, alocação oculta e análise por intenção de tratar oferecem estimativas mais conservadoras que ensaios de pequeno porte com comparadores passivos. Estudos multicêntricos, de maior duração, com avaliadores independentes e desfechos padronizados, bem como revisões sistemáticas com meta-análise e avaliação formal de risco de viés, são necessários para consolidar recomendações baseadas em evidências de alta qualidade. O TP deve ser compreendido não como substituto da farmacoterapia, mas como componente relevante do cuidado multimodal em TDAH, capaz de atuar sobre dimensões que os medicamentos não alcançam: as interações familiares, as cognições parentais, o estresse dos cuidadores e a qualidade de vida da família. Sua incorporação consistente à prática clínica é sustentada pela evidência disponível e coerente com um cuidado centrado na criança e na família.

REFERÊNCIAS

1. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):434-42. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261> PMID:24464188 PMCID:PMC4817588
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: APA; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
3. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2001;4(3):183-207. <https://doi.org/10.1023/A:1017592030434> PMID:11783738
4. Miranda A, Presentacion MJ, Soriano M. Effectiveness of a school-based multicomponent program for the treatment of children with ADHD. *J Learn Disabil*. 2002;35(6):546-62. <https://doi.org/10.1177/00222194020350060601> PMID:15493252
5. Coghill D, Banaschewski T, Cortese S, Asherson P, Brandeis D, Buitelaar J, Daley D, Danckaerts M, Dittmann RW, Doepfner M, Ferrin M, Hollis C, Holtmann M, Paramala S, Sonuga-Barke E, Soutullo C, Steinhausen H-C, Van der Oord S, Wong IC, Zuddas A, Simonoff E. The management of ADHD in children and adolescents: bringing evidence to the clinic: perspective from the European ADHD Guidelines Group (EAGG). *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023;32(8):1337-61. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01871-x> PMID:34677682 PMCID:PMC8532460
6. Storebø OJ, Storm MR, Pereira Ribeiro J, Skoog M, Groth C, Callesen HE, Schaug JP, Darling Rasmussen P, Huus C-ML, Zwi M, Kirubakaran R, Simonsen E, Gluud C. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;3(3):CD009885. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009885.pub3> PMID:36971690 PMCID:PMC10042435

- 7. Fabiano GA, Schatz NK, Aloe AM, Chacko A, Chronis-Tuscano A. A systematic review of meta-analyses of psychosocial treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. Clin Child Fam Psychol Rev. 2015;18(1):77-97. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0178-6> PMid:25691358 PMCID:PMC4346344
- 8. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 4th ed. New York: Guilford Press; 2015.
- 9. Kazdin AE. Parent management training: evidence, outcomes, and issues. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36(10):1349-56. <https://doi.org/10.1097/00004583-199710000-00016> PMid:9334547
- 10. Webster-Stratton C, Reid MJ. The Incredible Years parents, teachers, and children training series: a multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In: Weisz JR, Kazdin AE, editors. Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. 3rd ed. New York: Guilford; 2017. p. 122-41.
- 11. Daley D, Jones K, Hutchings J, Thompson M. Attention deficit hyperactivity disorder in pre-school children: current findings, recommended interventions and future directions. Child Care Health Dev. 2009;35(6):754-66. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00938.x> PMid:19508319
- 12. Daley D, Van der Oord S, Ferrin M, Cortese S, Danckaerts M, Doepfner M, Van den Hoofdakker BJ, Coghill D, Thompson M, Asherson P, Banaschewski T, Brandeis D, Buitelaar J, Dittmann RW, Hollis C, Holtmann M, Konofal E, Lecendreux M, Rothenberger A, Santosh P, Simonoff E, Soutullo C, Hans Steinhausen C, Stringaris A, Taylor E, Wong ICK, Zuddas A, Sonuga-Barke E. Practitioner review: current best practice in the use of parent training and other behavioural interventions in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. J Child Psychol Psychiatry. 2018;59(9):932-47. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12825> PMid:29083042
- 13. Pfiffner LJ, Dvorsky MR, Hawkey EJ, Chung S, Haack LM, Owens EB. Improving adherence to behavioral parent training for ADHD

using digital health tools. J Psychiatr Brain Sci. 2022;7(4):e220005.
<https://doi.org/10.20900/jpbs.20220005>

14. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA: a scale for the quality assessment of narrative review articles. Res Integr Peer Rev. 2019;4:5. <https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8> PMID:30962953 PMCID:PMC6434870

15. Mah JWT, Murray C, Locke J, Carbert N. Mindfulness-enhanced behavioral parent training for clinic-referred families of children with ADHD: a randomized controlled trial. J Atten Disord. 2021;25(12):1765-77. <https://doi.org/10.1177/1087054720925882> PMID:32532175

16. Lindström T, Buddgård S, Westholm L, Forster M, Bölte S, Hirvikoski T. Parent training tailored for parents with ADHD: a randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2025;25(1):818. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07166-8> PMID:40859158 PMCID:PMC12379403

17. Amro N, Dardas LA. Positive parenting program for attention deficit hyperactivity disorder: maternal perspective shifts and child behavior problems reduction in a clinical trial. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2025;19:129. <https://doi.org/10.1186/s13034-025-00960-y> PMID:41257794 PMCID:PMC12628553

18. Fan H, Yang W, Wu X, Chen Q, Wang H, Zhu K, Zhao S, Liu R, Xiang Z, Wang Z, Wang T, Tang J, Song R. Internet-based behavioural parent training intervention for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized clinical trial. Asian J Psychiatr. 2025;107:104459. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2025.104459> PMID:40157217

19. Hornstra R, van der Oord S, Staff AI, Hoekstra PJ, Oosterlaan J, van der Veen-Mulders L, Luman M, van den Hoofdakker BJ. Which techniques work in behavioral parent training for children with ADHD? A randomized controlled microtrial. J Clin Child Adolesc

Psychol. 2021;50(6):888-903.

<https://doi.org/10.1080/15374416.2021.1955368> PMid:34424102

20. Yao A, Shimada K, Kasaba R, Tomoda A. Beneficial effects of behavioral parent training on inhibitory control in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a small-scale randomized controlled trial. Front Psychiatry. 2022;13:859249.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.859249> PMid:35573335

PMCID:PMC9094443

21. Paiva GCC, de Paula JJ, Costa DS, Alvim-Soares A, Santos DAFE, Jales JS, Ferreira E Santos DA, Jales JS, Romano-Silva MA, Miranda DM. Parent training for disruptive behavior symptoms in attention deficit hyperactivity disorder: a randomized clinical trial. Front Psychol. 2024;15:1293244.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1293244> PMid:38434955

PMCID:PMC10906662

22. Nobel E, Hoekstra PJ, Brunnekreef JA, Messink-de Vries DEH, Fischer B, Emmelkamp PMG, van den Hoofdakker BJ. Home-based parent training for school-aged children with attention-deficit/hyperactivity disorder and behavior problems with remaining impairing disruptive behaviors after routine treatment: a randomized controlled trial. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2020;29(3):395-408.

<https://doi.org/10.1007/s00787-019-01375-9>

PMid:31332524 PMCID:PMC7056677

23. Marquet-Doleac J, Biotteau M, Chaix Y. Behavioral parent training for school-aged children with ADHD: a systematic review of randomized control trials. J Atten Disord. 2024;28(3):377-93.

<https://doi.org/10.1177/10870547231211595> PMid:38083879

24. Doffer DPA, Dekkers TJ, Hornstra R, van der Oord S, Luman M, Leijten P, Hoekstra PJ, van den Hoofdakker BJ, Groenman AP. Sustained improvements by behavioural parent training for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review of longer-term child and parental outcomes. JCPP Adv. 2023;3(3):e12196.

<https://doi.org/10.1002/jcv2.12196>

PMid:37720584 PMCID:PMC10501699

25. Patterson GR. Coercive family process: a social learning approach, vol. 3. Eugene (OR): Castalia; 1982.
26. Sanders MR, Turner KMT, Markie-Dadds C. The development and dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program: a multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prev Sci.* 2002;3(3):173-89.
<https://doi.org/10.1023/A:1019942516231> PMid:12387553
27. Turan B, Esin IS, Dursun OB. The effect of parenting programme on the symptoms and the family functioning of children with attention deficit and hyperactivity disorder who have residual symptoms despite medical treatment. *Behaviour Change.* 2022;39(1):21-36. <https://doi.org/10.1017/bec.2021.13>



Quadro 1. Ensaios clínicos randomizados de treinamento parental baseado em princípios cognitivo-comportamentais no TDAH (2020-2026), organizados cronologicamente, com formato, duração, desfecho primário e considerações metodológicas

Programa / Intervenção	Estudo / País	Amostra (n / características)	Formato e duração	Desfecho primário	Principais resultados	Delineamento e considerações metodológicas
TP comportamental domiciliar (BPTG@HOME) para sintomas disruptivos residuais	Nobel et al., 2020 (Holanda) [22]	73 crianças em idade escolar com TDAH e comportamentos disruptivos incapacitantes após tratamento de rotina (farmacoterapia e/ou TP ambulatorial): 26 TP domiciliar, 23 lista de espera, 24 cuidado usual domiciliar	ECR multicêntrico de 3 braços; formato domiciliar	Gravidade dos comportamentos disruptivos (ECBI)	Vs. lista de espera: disruptivos ES=0,75; TDAH ES=0,89; TOD ES=0,65; internalizantes ES=0,60. Vs. cuidado usual: disruptivos ES=0,57; TDAH ES=0,89; TOD ES=0,88; sem diferença em internalizantes	ECR multicêntrico; famílias cegas quanto ao tipo de tratamento domiciliar recebido; modelos mistos para medidas repetidas; desfechos por relato parental; errata publicada em 2024 (correção de valor da SNAP na lista de espera)
BPT com mindfulness (MBPT) vs. BPT padrão	Mah et al., 2021 (Canadá) [15]	63 pais de crianças de 6 a 11 anos com TDAH; BC Children's Hospital	ECR, grupal, 12 sessões semanais de 2h	Disciplina punitiva; autorregulação parental; sintomas de TDAH (ADHD-RS-IV)	MBPT com menor disciplina punitiva e melhor autorregulação parental que o BPT padrão; sem diferença entre grupos em parentalidade mindful ou estresse parental; ambos os grupos melhoraram competência parental (PSOC) e sintomas de TDAH	ECR com comparador ativo (não lista de espera); desfechos por autorrelato parental; sem cegamento dos participantes; ausência de melhora em estresse parental relatada pelos próprios autores



Programa / Intervenção	Estudo / País	Amostra (n / características)	Formato e duração	Desfecho primário	Principais resultados	Delineamento e considerações metodológicas
BPT microtrial: técnicas antecedentes vs. consequentes	Hornstra et al., 2021 (Holanda) [19]	Pais de 92 crianças de 4 a 12 anos com TDAH; 3 braços (antecedentes, consequentes, lista de espera)	ECR microtrial, individual, 2 sessões de 2h	Comportamentos-problema avaliados diariamente (EMA); sintomas de TDAH e TOD (SWAN, DBDRS)	Ambas as técnicas reduziram comportamentos-problema (antecedentes $d=0,56$ em T1 e $0,65$ em T2; consequentes $d=0,53$ em T2); técnicas antecedentes superiores para desatenção; efeitos mantidos até 3 meses	ECR de 3 braços com desfecho primário por avaliação ecológica momentânea (menor viés de recordação); fidelidade terapêutica alta (96%); pais não cegos; desfecho de TOD por questionário sem efeito significativo
BPT e controle inibitório	Yao et al., 2022 (Japão) [20]	30 díades randomizadas (25 analisadas); crianças de 6 a 12 anos com TDAH; Japão	ECR de pequena escala; BPT vs. lista de espera; 13 sessões semanais de 2h	Controle inibitório por tarefas laboratoriais (go/no-go e seleção de resposta); sintomas (SNAP); práticas parentais (Parenting Scale, PSI)	Melhora significativa na seleção de resposta ($p=0,049$), sem efeito na tarefa go/no-go; redução de sintomas de desatenção e de disciplina negativa	Amostra pequena; análise por protocolo (os autores consideraram a ITT inviável); uso de medidas cognitivas objetivas ao lado de relato parental, o que reduz dependência de informante único



Programa / Intervenção	Estudo / País	Amostra (n / características)	Formato e duração	Desfecho primário	Principais resultados	Delineamento e considerações metodológicas
TP baseado no modelo de Kazdin, presencial e online (NITIDA/UFG)	Paiva et al., 2024 (Brasil) [21]	57 famílias concluintes; meninos de 6 a 12 anos com TDAH e sintomas externalizantes; 3 braços (tratamento padrão; padrão + TP presencial; padrão + TP online)	ECR de 3 braços; 6 sessões/módulos semanais	Sintomas de TDAH e TOD (SNAP-IV); estresse e estilos parentais; qualidade de vida	Redução de sintomas de TDAH ($p=0,030$) e de TOD ($p=0,026$), sem diferença entre as modalidades presencial e online ($p=1,000$); melhor qualidade de vida no domínio físico para as crianças ($p=0,009$) e para os pais ($p=0,050$)	ECR de 3 braços; ANOVA de medidas repetidas com correção para comparações múltiplas; dados descritos pelos autores como preliminares; sem cegamento; amostra exclusivamente masculina, o que limita a generalização
I-BPT: TP comportamental via internet	Fan et al., 2025 (China) [18]	120 crianças com TDAH e seus pais (60 I-BPT + cuidado clínico de rotina; 60 cuidado de rotina); Wuhan	ECR; 8 sessões online semanais de 45 a 60 min, ao longo de 2 meses	Sintomas de TDAH (SNAP-IV); sintomas depressivos e ansiosos da criança; estresse, sintomas depressivos e ansiosos dos pais	Redução de sintomas totais de TDAH ($p=0,010$), desatenção ($p=0,030$), hiperatividade/impulsividade ($p=0,030$) e sintomas depressivos da criança ($p=0,004$); redução do estresse parental ($p=0,016$); ansiedade da criança ($p=0,060$) e sintomas depressivos e ansiosos dos pais sem significância estatística	ECR com ANCOVA e análise por intenção de tratar; 20% de perdas em ambos os braços; questionários eletrônicos autoaplicados sem cegamento; comparador é cuidado de rotina, não intervenção ativa



Programa / Intervenção	Estudo / País	Amostra (n / características)	Formato e duração	Desfecho primário	Principais resultados	Delineamento e considerações metodológicas
IPSA: TP adaptado para pais com TDAH	Lindström et al., 2025 (Suécia) [16]	109 pais com diagnóstico de TDAH e filhos de 3 a 11 anos (55 IPSA + serviços de rotina; 54 serviços de rotina)	ECR de 2 braços; 14 sessões (6 grupais e 8 individuais) mais sessão booster	Autoeficácia parental (PSE); medidas de segurança: estresse geral (PSS-10), ansiedade e depressão (HADS)	Aumento da autoeficácia parental ($d=0,85$ no pós e $d=0,84$ no seguimento); desfechos secundários (estresse parental, caos domiciliar, externalizantes) com d entre 0,39 e 0,71; sem alteração em ansiedade ou depressão dos pais (HADS); 96% de conclusão entre os que iniciaram o programa	ECR com alocação oculta e análise por intenção de tratar (modelos lineares mistos); inclusão de medidas de segurança para detectar dano; desfechos por autorrelato; registro do ensaio feito retrospectivamente; amostra autorreferida e escolarizada
Triple P (Positive Parenting Program) adaptado culturalmente	Amro e Dardas, 2025 (Palestina) [17]	64 mães de crianças de 5 a 13 anos com TDAH; Hebron	ECR; 8 sessões (4 grupais de 120 min, 3 telefônicas e encerramento), com suporte por aplicativo de mensagens	Competência parental (PSOC); práticas parentais (Parenting Scale); comportamento infantil (SDQ)	Aumento da competência parental ($d=0,59$); redução de práticas permissivas ($d=-0,51$); aumento de comportamento pró-social ($d=0,64$); melhora apenas marginal de hiperatividade ($p=0,053$); SDQ total sem diferença entre grupos	ECR pré-pós sem seguimento de longo prazo; intervenção conduzida por pesquisadora única, com risco de desejabilidade social reconhecido pelos autores; sem cegamento; todas as medidas por relato materno

ADHD-RS-IV: ADHD Rating Scale IV; **BPT:** behavioral parent training (treinamento comportamental de pais); **CDI-S:** Children's Depression Inventory, versão curta; d : d de Cohen; **DBDRS:** Disruptive Behavior Disorders Rating Scale; **ECBI:** Eyberg Child Behavior Inventory; **ECR:** ensaio clínico randomizado; **EMA:** ecological momentary assessment (avaliação ecológica momentânea); **ES:** tamanho de efeito; **I-BPT:** internet-based behavioral parent training; **IPSA:** Improving Parenting Skills Adult ADHD; **ITT:** intenção de tratar; **MBPT:** mindfulness-enhanced behavioral parent training; **PSE:**

Parental Self-Efficacy scale; **PSI**: Parenting Stress Index; **PSOC**: Parenting Sense of Competence Scale; **SCARED**: Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders; **SDQ**: Strengths and Difficulties Questionnaire; **SNAP-IV**: Swanson, Nolan and Pelham Rating Scale, versão IV; **SWAN**: Strengths and Weaknesses of ADHD symptoms and Normal behavior rating scale; **TDAH**: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; **TOD**: transtorno opositivo desafiador; **TP**: treinamento parental.

Nota: os números entre colchetes correspondem à numeração das referências do manuscrito

Fonte: Os autores

