

TDAH (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade)

Como é feito o diagnóstico, como ajudar em casa e na escola e como usar o tratamento com segurança

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Baseado em: SBP, Ministério da Saúde e AAP · Revisão: setembro de 2026

Conteúdo informativo, em linguagem acessível, para orientar o cuidado do seu filho. Use o semáforo: ● cuidar em casa · ● procure o pediatra · ● pronto-socorro agora. Não substitui a consulta nem a orientação do seu pediatra.  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

- | | |
|--|---|
| 1. O que é | 5. Remédios: o que ajuda e o que evitar |
| 2. Como aparece (sinais e sintomas) | 6. Quando ir ao pronto-socorro |
| 3. Semáforo: quando cuidar em casa, quando procurar o pediatra e quando ir ao pronto-socorro | 7. Como prevenir |
| 4. Como cuidar em casa | 8. Dúvidas e mitos comuns |
| | 9. Veja também |
| | 10. Fontes |

EM POUCAS PALAVRAS

O TDAH é uma condição do desenvolvimento do cérebro, **não é falta de educação nem preguiça**. A criança tem dificuldade de manter a atenção, de controlar os impulsos e, muitas vezes, de ficar parada — **em mais de um lugar** (casa e escola) e a ponto de **atrapalhar** a vida dela. O diagnóstico é feito pelo médico com base na história e em questionários respondidos **pelos pais e pelos professores**; nenhum exame confirma o TDAH. Antes, é preciso afastar problemas de sono, audição, visão, aprendizagem, ansiedade e situações difíceis em casa ou na escola. O tratamento combina **rotina, orientação aos pais, apoio da escola** e, a partir dos 6 anos, quando indicado, **remédio**. Vá ao pronto-socorro se houver dor no peito, desmaio, falas sobre se matar ou ingestão de muitos comprimidos.

1. O que é

- O TDAH é um **transtorno do neurodesenvolvimento**, com forte influência genética. Prematuridade, baixo peso ao nascer e exposição a álcool e cigarro na gestação aumentam o risco.
- Há três apresentações: **predominantemente desatenta, predominantemente hiperativa-impulsiva e combinada**.
- É comum: afeta cerca de 7 a 8 em cada 100 crianças e adolescentes de 6 a 17 anos no Brasil.
- **Meninas** tendem a ter a forma desatenta, mais "quieta", e são diagnosticadas mais tarde.
- Pode vir junto com outras condições: comportamento desafiador, ansiedade, depressão, dificuldades de aprendizagem (como dislexia), autismo, tiques e problemas de sono.
- O diagnóstico só costuma ser feito a partir dos **4 anos**; antes disso, agitação e impulsividade fazem parte do desenvolvimento normal.

2. Como aparece (sinais e sintomas)

Desatenção: não termina tarefas, perde objetos, parece não ouvir quando falam com ela, esquece compromissos, erra por descuido, se distrai com qualquer coisa, evita tarefas que exigem concentração.

Hiperatividade e impulsividade: não para sentada, mexe mãos e pés, corre e sobe em tudo, fala demais, interrompe, responde antes de a pergunta terminar, tem dificuldade para esperar a vez.

- Os sinais estão presentes **por pelo menos 6 meses**, começam **antes dos 12 anos**, aparecem **em mais de um ambiente** e causam **prejuízo** (notas, amizades, convivência em casa, acidentes).
- A queixa costuma surgir quando aumentam as exigências da escola (6 a 8 anos).
- **Na adolescência**, a agitação diminui e aparecem mais desorganização, esquecimentos e impulsividade (acidentes, uso de álcool e drogas, sexo sem proteção).

3. Semáforo: quando cuidar em casa, quando procurar o pediatra e quando ir ao pronto-socorro

Neste tema, o semáforo indica **quando buscar avaliação**:

COR	O QUE VOCÊ OBSERVA	O QUE FAZER
 Cuidar em casa e acompanhar	Poucos sinais, com prejuízo pequeno, sem outros problemas; criança de 4–5 anos com sinais iniciais; ou criança já diagnosticada e bem com o tratamento	Rotina, sono, orientação aos pais e combinados com a escola; conversar com o pediatra na consulta, com reavaliação em 1 a 3 meses
 Procure o pediatra	Muitos sinais, com prejuízo claro em casa e na escola (notas baixas, repetência, exclusão, brigas, acidentes); a escola relata dificuldades persistentes; criança pequena que não melhora com a orientação aos pais; tristeza, ansiedade ou suspeita de outras condições; em tratamento: perda de peso, insônia persistente, tristeza ou irritabilidade intensas, tiques novos	Consulta nas próximas semanas (antes, se houver efeito colateral importante). Leve os questionários e o relatório da escola. O pediatra avalia, trata e encaminha ao neuropediatra, psiquiatra infantil ou psicólogo quando necessário
 Pronto-socorro agora	Falas sobre se matar , tentativa ou autolesão grave; agitação intensa, confusão, ver ou ouvir coisas que não existem; agressividade com risco para si ou para outros; ingestão de muitos comprimidos ; em uso do remédio: dor no peito, desmaio , coração disparado com mal-estar, pressão muito alta	Pronto-socorro agora ; SAMU 192 se houver risco imediato, convulsão ou desmaio. Suspenda o remédio até a avaliação

Crianças que merecem mais atenção

- Com depressão, ansiedade, transtorno bipolar, problemas de conduta ou uso de substâncias.
- Com deficiência intelectual, epilepsia ou autismo.
- Com doença do coração, ou família com **morte súbita antes dos 40 anos** — o médico precisa saber antes de começar o remédio.
- Crianças expostas a violência ou negligência; pais com TDAH sem tratamento.

- Adolescentes que já dirigem.

4. Como cuidar em casa

- **Entenda e explique:** TDAH não é má vontade. Converse com a criança sobre como o cérebro dela funciona, sem rótulos.
- **Rotina previsível:** horários fixos para acordar, comer, estudar, brincar e dormir; quadro visual com as tarefas.
- **Tarefas em etapas curtas**, uma instrução de cada vez, olhando nos olhos; pausas planejadas.
- **Elogie o que deu certo**, logo em seguida; combinados claros, com consequências previsíveis e sem gritos ou castigos físicos.
- **Sono adequado para a idade:** a falta de sono piora muito a atenção. Ronco com pausas na respiração e pernas inquietas à noite devem ser contados ao pediatra.
- **Telas (SBP):** de 6 a 10 anos, 1 a 2 horas por dia; de 11 a 18 anos, 2 a 3 horas por dia, nunca à noite; sem telas nas refeições e **desligadas 1 a 2 horas antes de dormir**.
- **Atividade física todos os dias.**
- Evite **caféina e energéticos**.
- **Parceria com a escola:** sentar perto do professor, instruções curtas, tempo extra nas provas, agenda conferida.
- **Programas de orientação para pais** (em grupo ou individuais) são o **primeiro tratamento aos 4–5 anos** e ajudam em todas as idades.

5. Remédios: o que ajuda e o que evitar

- **Quando se usa:** a partir de **6 anos**, quando os sinais atrapalham a vida, **sempre junto** com as medidas em casa e na escola. Aos 4–5 anos, o tratamento começa pela orientação aos pais; remédio nessa idade é decisão do especialista.
- **Quais são:** o **metilfenidato** é a primeira escolha; a **lisdexanfetamina** é alternativa. Há outras opções para casos específicos, indicadas pelo especialista. **Todos só com receita**, e a dose é ajustada pelo médico aos poucos.
- **Antes de começar:** o médico pergunta sobre desmaios, dor no peito ou palpitações durante esforço e sobre morte súbita na família, e mede pressão e frequência cardíaca. Eletrocardiograma só é pedido quando há algum risco.
- **Como usar:** dê pela manhã, **depois do café da manhã**; não mude a dose por conta própria; não compartilhe com irmãos ou colegas; **guarde fora do alcance** das crianças.

- **Efeitos colaterais comuns:** perda de apetite (reforce o lanche da tarde e o jantar), dor de barriga, dor de cabeça, dificuldade para dormir, irritação no fim do efeito; tiques podem aparecer ou piorar. Conte ao pediatra.
- **Acompanhamento:** retornos a cada 2–4 semanas durante os ajustes de dose, com novo questionário da escola; depois, a cada 3–6 meses, com medida de peso, altura, pressão e frequência cardíaca.
- O remédio **não é calmante** e **não causa dependência** quando usado como receitado.
- **No SUS:** o metilfenidato e a lisdexanfetamina **não são fornecidos** pela rede nacional (alguns estados têm programas próprios); a rede oferece psicoeducação, terapia e apoio escolar, inclusive nos **CAPS/CAPSi**.

O que não usar: dietas restritivas sem indicação, suplementos "para foco", remédios para "acalmar" (como antialérgicos que dão sono) e remédios de outras pessoas.

6. Quando ir ao pronto-socorro

- Falas sobre se matar, tentativa ou autolesão grave.
- Agitação intensa, confusão, alucinações, agressividade com risco.
- Ingestão de muitos comprimidos (agitação, coração acelerado, tremores, febre, convulsão).
- Dor no peito, desmaio ou coração disparado com mal-estar em uso do remédio.

Como levar

- Suspenda o remédio e leve a **embalagem**, anotando a hora e a quantidade tomada.
- No risco de suicídio: **não deixe a criança ou o adolescente sozinho**, retire remédios e objetos perigosos e acompanhe até o atendimento. O CVV atende pelo 188.
- Convulsão ou desmaio: deite de lado e ligue para o **SAMU 192**. O Disque-Intoxicação (0800-722-6001) orienta em casos de ingestão.
- Leve a lista de remédios e doses.

7. Como prevenir

- Gestação sem álcool e sem cigarro.
- Não é possível prevenir o TDAH, mas reconhecer e tratar cedo evita repetência, baixa autoestima, acidentes e uso de substâncias.

8. Dúvidas e mitos comuns

TDAH é invenção ou falta de limites? Não. É uma condição reconhecida, com base no desenvolvimento do cérebro.

Toda criança agitada tem TDAH? Não. Para o diagnóstico, os sinais precisam aparecer em mais de um ambiente e atrapalhar a vida, e outras causas precisam ser afastadas.

O remédio vicia ou "dopa" a criança? Usado como receitado, não vicia e não é calmante. Se a criança ficar "apagada", a dose precisa ser revista.

Precisa de eletroencefalograma ou ressonância? Não. Exames só quando há outra suspeita.

LEMBRE-SE

1. TDAH não é preguiça nem falta de educação; tem tratamento.
2. O diagnóstico usa informações de casa e da escola; leve o relatório escolar.
3. Rotina, sono, elogios e parceria com a escola fazem parte do tratamento.
4. Remédio só com receita, pela manhã, sem mudar a dose e guardado com segurança.
5. Dor no peito, desmaio, falas sobre morte ou muitos comprimidos: pronto-socorro.

9. Veja também

Veja também, nesta Biblioteca:

- Transtorno do espectro autista (autismo)
- Atraso de fala e do desenvolvimento
- Distúrbios do sono na infância
- Ansiedade e depressão na infância e adolescência
- Tela, Educação e Responsabilidade
- Orientações: 6 a 9 Anos

Versão para profissionais: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) (Patologias do consultório).

10. Fontes

Baseado no documento profissional Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) desta Biblioteca e nas referências nele citadas:

- Sociedade Brasileira de Pediatria. TDAH na adolescência (Documento Científico nº 203), 2025.
- Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do TDAH, 2022.
- American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of ADHD, 2019.
- NICE. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management (NG87), 2018.

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo informativo para famílias. Não substitui a consulta com o pediatra. Em caso de dúvida ou sinal de gravidade, procure atendimento — em emergência, ligue 192 (SAMU).