

# Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)

Diagnóstico clínico com múltiplos informantes, diferenciais que não podem passar, tratamento comportamental e medicamentoso por idade, avaliação cardiovascular e quando encaminhar

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

**Referências:** SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

## CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

## EM RESUMO

O TDAH é o transtorno do neurodesenvolvimento mais frequente da idade escolar (7,6% dos 6 aos 17 anos no Brasil, segundo o PCDT do Ministério da Saúde de 2022). O diagnóstico é **clínico**: pelo menos 6 sintomas de desatenção e/ou de hiperatividade-impulsividade (5 a partir de 17 anos), por 6 meses ou mais, com início antes dos 12 anos, presentes em **dois ou mais ambientes** e com **prejuízo funcional** (DSM-5-TR). Escalas como o SNAP-IV, respondidas por pais e professores, apoiam, mas não fazem o diagnóstico sozinhas. Antes de rotular, afaste privação e distúrbios do sono (inclusive apneia e pernas inquietas), déficit auditivo ou visual, transtornos de aprendizagem, ansiedade, depressão e problemas de contexto. Aos 4–5 anos, o tratamento de primeira linha é o treinamento comportamental dos pais; **a partir de 6 anos**, medicação aprovada (metilfenidato; lisdexanfetamina como alternativa) associada a intervenção comportamental e apoio escolar (AAP 2019, NICE NG87). Antes do estimulante, faça história cardiovascular pessoal e familiar e meça PA e FC; ECG só se houver fator de risco. O TDAH é tratado no consultório (●/●); o ● fica para comorbidades graves (risco de suicídio, psicose) e eventos adversos cardiovasculares ou intoxicação por estimulante.

## 1. O que é e como se apresenta

- **Definição:** transtorno do neurodesenvolvimento com padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento. Três apresentações: predominantemente desatenta, predominantemente hiperativa-impulsiva e combinada.
- **Etiologia:** forte componente genético, somado a prematuridade, baixo peso ao nascer e exposição pré-natal ao álcool e ao tabaco.
- **Faixa etária:** a AAP orienta avaliar a partir de 4 anos; o diagnóstico antes disso é pouco confiável. A queixa surge em geral com as exigências escolares (6–8 anos). Na adolescência, a hiperatividade motora diminui e predominam desatenção, desorganização e impulsividade (acidentes, uso de substâncias, sexo sem proteção).
- **Quadro clínico:** não termina tarefas, perde objetos, parece não ouvir, esquece compromissos, erros por descuido; agitação, não para sentado, fala demais, interrompe, não espera a vez. Meninas tendem à forma desatenta e são subdiagnosticadas.
- **Comorbidades:** presentes em até 70% (SBP 2025): transtorno opositor desafiador, ansiedade, depressão, transtornos de aprendizagem e de linguagem, transtorno do espectro autista, tiques, distúrbios do sono.

## 2. Classificação de gravidade

| GRAVIDADE  | CRITÉRIOS CLÍNICOS                                                                                                                                                                                                                                             | CONDUTA                                                                                                                                                                                       |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ● Leve     | Poucos sintomas além do mínimo exigido; prejuízo discreto (escola ou convívio), sem comorbidade relevante; ou pré-escolar (4–5 anos) com sintomas iniciais                                                                                                     | Psicoeducação, treinamento comportamental dos pais, adaptações escolares; reavaliar em 1–3 meses; medicação a partir de 6 anos se o prejuízo persistir                                        |
| ● Moderada | Muitos sintomas, prejuízo evidente em dois ou mais ambientes (repetência, exclusão social, conflitos familiares, acidentes); comorbidade leve a moderada; pré-escolar sem resposta à terapia comportamental                                                    | A partir de 6 anos: medicação + intervenção comportamental e escolar; consultas a cada 2–4 semanas na titulação; encaminhar se comorbidade complexa ou pré-escolar com indicação de medicação |
| ● Grave    | Ideação suicida, autolesão grave, sintomas psicóticos ou maníacos; agressividade com risco a si ou a terceiros; ingestão excessiva de estimulante; dor torácica, síncope ao esforço, palpitações com instabilidade ou crise hipertensiva em uso de estimulante | Encaminhar ao pronto-socorro (psiquiátrico ou clínico, conforme o caso); suspender o estimulante até avaliação                                                                                |

O "grave" do DSM-5-TR (muitos sintomas e prejuízo acentuado) corresponde à faixa ● do semáforo: pede tratamento ativo, mas é conduzido no ambulatório. O ● é reservado às urgências.

**Fatores que agravam o prognóstico ou exigem cuidado adicional:** comorbidade psiquiátrica (depressão, bipolaridade, transtorno de conduta, uso de substâncias); deficiência intelectual, epilepsia, TEA; cardiopatia ou morte súbita na família antes dos 40 anos; negligência, violência ou pais com TDAH não tratado; adolescente que dirige.

## 3. Diagnóstico no consultório

### Crítérios (DSM-5-TR):

- **Desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade:** ≥ 6 de 9 sintomas em cada domínio (≥ 5 a partir de 17 anos), por ≥ 6 meses, inconsistentes com o nível de desenvolvimento.
- Vários sintomas presentes **antes dos 12 anos**.
- Vários sintomas presentes em **dois ou mais ambientes** (casa, escola, atividades).
- Evidência clara de **prejuízo** social, acadêmico ou ocupacional.
- Sintomas não explicados melhor por outro transtorno.

**Múltiplos informantes.** A AAP (2019) exige documentação de sintomas e prejuízo em mais de um ambiente, com informações de pais, professores e outros observadores. O **SNAP-IV** (18 itens do critério A, versão validada no Brasil por Mattos et al., 2006) deve ser respondido por pelo menos 3 observadores; 6 ou mais itens marcados como "bastante" ou "demais" em um domínio (itens 1–9 desatenção; 10–18 hiperatividade-impulsividade) sugerem mais sintomas que o esperado. O relatório escolar escrito é indispensável. O PCDT do Ministério da Saúde admite o SNAP-IV aplicado pela escola.

**Anamnese e exame:** gestação e parto, desenvolvimento, história escolar, rotina de sono e telas, cafeína, uso de medicamentos, história familiar (TDAH, transtornos do humor, morte súbita). Exame físico com PA, FC, peso, estatura e IMC, dismorfias, sinais neurológicos, tiques, acuidade visual e audição.

**Exames:** não há exame diagnóstico. Pedir conforme a clínica: audiometria, avaliação oftalmológica, TSH/T4 livre (o protocolo do Espírito Santo os pede antes do metilfenidato), ferritina se pernas inquietas, polissonografia se ronco habitual com pausas, EEG só na suspeita de ausências.

#### **Diagnóstico diferencial que não pode passar**

- **Sono:** privação crônica (telas à noite), apneia obstrutiva, síndrome das pernas inquietas (25% das crianças com TDAH têm SPI, segundo o DC SBP nº 61/2026). Veja também, nesta Biblioteca: Distúrbios do sono na infância.
- **Déficit auditivo ou visual.**
- **Transtornos de aprendizagem** (dislexia, discalculia) e de linguagem; deficiência intelectual.
- **Ansiedade e depressão** (desatenção por preocupação ou por anedonia); transtorno bipolar.
- **Transtorno do espectro autista** (pode coexistir).
- **Crises de ausência** (episódios breves, várias vezes ao dia, provocados por hiperventilação).
- **Tireoidopatia, anemia ferropriva, medicamentos** (anti-histamínicos sedativos, anticonvulsivantes, corticoides).
- **Contexto:** violência, abuso, negligência, luto, bullying.

## **4. Tratamento em casa**

---

**Medidas para todos:** psicoeducação da família e da criança; rotina previsível; tarefas divididas em etapas curtas; reforço positivo; sono adequado para a idade; telas conforme a SBP (< 2 anos nenhuma; 2–5 anos até 1 h/dia; 6–10 anos 1–2 h/dia; 11–18 anos 2–3 h/dia, nunca à noite; sem telas nas refeições e 1–2 h antes de dormir); atividade física diária; plano escolar (lugar próximo ao professor, tempo extra, instruções curtas).

#### **Por idade**

- **4–5 anos:** treinamento comportamental dos pais e/ou intervenção comportamental em sala de aula como **primeira linha** (AAP; NICE: programa de treinamento de pais em grupo; AEP). Metilfenidato só se não houver melhora significativa e o prejuízo for moderado a grave (AAP); o NICE exige segunda opinião de serviço especializado para medicar abaixo de 5 anos. As bulas brasileiras não recomendam metilfenidato nem lisdexanfetamina antes de 6 anos — nessa faixa, a decisão é do especialista.
- **6–11 anos:** medicação aprovada **associada** a treinamento de pais e/ou intervenção em sala de aula, de preferência ambos, mais apoio educacional (AAP). NICE: metilfenidato como primeira escolha farmacológica a partir de 5 anos.
- **12–18 anos:** medicação com o assentimento do adolescente, com intervenção comportamental e apoio escolar.

| MEDICAMENTO                                                                                | DOSE                                                                                                                                             | INTERVALO                                                                                                       | DURAÇÃO                                      | OBSERVAÇÃO                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Metilfenidato<br>liberação imediata<br>(Ritalina® 10 mg)                                   | Início 5 mg 1–2x/dia<br>(cerca de 0,3<br>mg/kg/dose); o<br>protocolo do ES<br>inicia com 10<br>mg/dia; aumentos<br>semanais conforme<br>resposta | Café da manhã e<br>almoço (efeito de<br>3–4 h); 3ª dose à<br>tarde se<br>necessário, longe<br>da hora de dormir | Contínuo,<br>com<br>reavaliação<br>periódica | ≥ 6 anos (bula);<br><b>máximo 60 mg/dia</b><br>(bula)                                                                                                                     |
| Metilfenidato<br>liberação modificada<br>— cápsulas (Ritalina<br>LA® 10, 20, 30, 40<br>mg) | Início 20 mg/dia;<br>aumentos semanais<br>de 10 mg (protocolo<br>ES)                                                                             | 1x/dia pela manhã<br>(efeito de 6–8 h)                                                                          | Contínuo                                     | Máximo 60 mg/dia                                                                                                                                                          |
| Metilfenidato OROS<br>(Concerta® 18, 36,<br>54 mg)                                         | Início 18 mg/dia;<br>aumentos de 18 mg<br>a cada semana<br>(protocolo ES)                                                                        | 1x/dia pela manhã<br>(efeito de 10–12<br>h)                                                                     | Contínuo                                     | Máximo 54 mg/dia de 6<br>a 12 anos (protocolo<br>ES); engolir inteiro                                                                                                     |
| Lisdexanfetamina<br>(Venvanse® 30, 50,<br>70 mg)                                           | 30 mg/dia; ajustes<br>semanais conforme<br>bula                                                                                                  | 1x/dia pela manhã                                                                                               | Contínuo                                     | ≥ 6 anos; <b>máximo 70<br/>mg/dia</b> (bula); SBP:<br>peso > 20 kg; 2ª linha<br>no NICE após 6<br>semanas de<br>metilfenidato sem<br>benefício                            |
| Atomoxetina (não<br>estimulante)                                                           | ≈ 0,5 mg/kg/dia;<br>após ≥ 3 dias, ≈ 1,2<br>mg/kg/dia (SBP<br>2025)                                                                              | 1x/dia                                                                                                          | Efeito pleno<br>em semanas                   | Opção se estimulante<br>contraindicado, ineficaz<br>ou não tolerado; em<br>geral prescrita pelo<br>especialista; <b>não<br/>comercializada no<br/>Brasil</b> (importação) |

- **Titulação:** a AAP recomenda titular até o máximo benefício com efeitos adversos toleráveis; reavaliar com nova escala de pais e professores a cada ajuste.
- **Efeitos adversos comuns:** perda de apetite, dor abdominal, cefaleia, insônia, irritabilidade no fim do efeito; aumento discreto de FC e PA; tiques podem surgir ou piorar. Oferecer o medicamento após o café da manhã e reforçar o lanche da tarde e o jantar.
- **Contraindicações (bula):** cardiopatia sintomática, hipertensão moderada a grave, hipertireoidismo, glaucoma, feocromocitoma, uso de IMAO nos últimos 14 dias, abuso de substâncias; tiques motores/síndrome de Tourette e ansiedade ou agitação acentuadas (bula do metilfenidato — avaliar com o especialista).

- **Avaliação cardiovascular antes do estimulante:** história de sintomas cardíacos (síncope, dor torácica ou palpitações ao esforço), história familiar de morte súbita, síndrome de Wolff-Parkinson-White, cardiomiopatia hipertrófica e QT longo (AAP); PA e FC basais com manguito adequado (NICE). **ECG não é rotina:** pedir, com ou sem cardiologista, se houver cardiopatia congênita, morte súbita cardíaca na família antes de 40 anos, sintomas ao esforço, sopro patológico ou PA elevada (NICE, AAP).
- **Monitorização (NICE):** estatura a cada 6 meses; peso a cada 3 meses até 10 anos e a cada 6 meses depois; FC e PA antes de cada ajuste de dose e a cada 6 meses. A AEP revê 1–2 meses após o início e depois a cada 6 meses.
- **SUS:** o metilfenidato e a lisdexanfetamina **não foram incorporados** (Conitec; PCDT, Portaria Conjunta nº 14/2022); o PCDT prevê intervenções não farmacológicas (terapia cognitivo-comportamental, psicoeducação, apoio escolar) na rede, incluindo os CAPS. Alguns estados têm protocolos próprios de dispensação (por exemplo, o Espírito Santo).
- **Não usar:** dietas restritivas sem indicação, suplementos "para foco", neurofeedback ou anti-histamínicos sedativos para "acalmar"; não iniciar estimulante sem avaliar sono, audição, visão e contexto.

## 5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

---

- Ideação suicida com plano, tentativa ou autolesão grave (ver Ansiedade e depressão na infância e adolescência).
- Sintomas psicóticos, maníacos ou agitação com risco a si ou a terceiros.
- Ingestão excessiva de estimulante: agitação, taquicardia, hipertensão, hipertermia, tremores, convulsão, alucinações.
- Dor torácica, síncope ou palpitações com mal-estar em uso de estimulante; PA muito elevada.

### Como encaminhar

1. Suspender o estimulante e levar a embalagem (hora e quantidade ingerida, se intoxicação).
2. Na agitação ou risco de suicídio: não deixar o paciente sozinho; retirar meios de lesão; acionar o SAMU (192) se houver risco imediato.
3. Na intoxicação com convulsão ou rebaixamento: posição lateral de segurança, oxigênio, SAMU (192); o Centro de Informação e Assistência Toxicológica da região pode orientar.
4. Contatar o serviço de destino e enviar relatório com diagnóstico, medicamentos, doses e últimas medidas de PA e FC.

**Encaminhamento ambulatorial (neuropediatria, psiquiatria da infância e adolescência, psicologia):** dúvida diagnóstica; pré-escolar com indicação de medicação; comorbidade complexa (TEA, deficiência intelectual, epilepsia, transtorno bipolar, transtorno de conduta, uso

de substâncias); falha de dois fármacos ou efeitos adversos que impedem o tratamento; necessidade de avaliação neuropsicológica ou psicopedagógica. A AEP mantém os casos leves na atenção primária e encaminha os moderados a graves ou com comorbidade.

## 6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

---

- "TDAH não é falta de educação nem preguiça. É uma condição do desenvolvimento, e há tratamento eficaz."
- "Rotina, sono adequado e combinados claros ajudam tanto quanto o remédio. Elogie o que deu certo."
- "O remédio não é calmante nem causa dependência quando usado como prescrito. Dê pela manhã, depois do café, e não mude a dose por conta própria."
- "Guarde o medicamento fora do alcance de irmãos e colegas; não compartilhe."
- Retorno em 2–4 semanas a cada ajuste de dose, com nova escala da escola; depois, a cada 3–6 meses.
- Voltar antes se: perda de peso, insônia persistente, tristeza ou irritabilidade intensas, tiques novos.
- Ir ao pronto-socorro se: dor no peito, desmaio, coração disparado com mal-estar; falar em se matar; tomar muitos comprimidos de uma vez.

## 7. Comparação com as referências

| ITEM                   | SBP / MS                                                               | AAP                                                                   | NICE                                                                | OXFORD / CAMBRIDGE | AEP                                                 |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------|
| Diagnóstico            | DSM-5-TR; SNAP-IV; relato escolar (SBP 2025; PCDT 2022)                | DSM-5; informações de pais, professores e outros; 4–18 anos           | Clínico por especialista treinado                                   | Segue o NICE       | DSM-5; escalas (SNAP-IV, Conners, EDAH)             |
| Pré-escolar            | Intervenção não farmacológica (PCDT)                                   | Terapia comportamental 1ª linha aos 4–5 anos; metilfenidato se falhar | Treinamento de pais; medicação só com segunda opinião especializada | Segue o NICE       | Psicoeducação e terapia comportamental < 6 anos     |
| ≥ 6 anos               | SBP: metilfenidato, lisdexanfetamina, atomoxetina; SUS sem estimulante | Medicação aprovada + comportamental/escolar                           | Metilfenidato 1ª linha (≥ 5 anos); lisdexanfetamina 2ª              | Segue o NICE       | Farmacoterapia a partir de 6 anos                   |
| Triagem cardiovascular | Não detalhada no DC SBP 2025                                           | História pessoal e familiar; ECG se fatores de risco                  | História, PA, FC; ECG só se fatores de risco                        | Segue o NICE       | Não especificada                                    |
| Quem prescreve         | Pediatra, neurologista ou psiquiatra (protocolo ES)                    | Pediatra da atenção primária                                          | Especialista inicia; manutenção compartilhada                       | Segue o NICE       | Pediatra (leves); especialista (moderados a graves) |
| Monitorização          | PA e FC a cada consulta (protocolo ES)                                 | Titular até benefício máximo                                          | Estatura 6/6 meses; peso 3/3 meses (≤ 10 anos); PA e FC             | Segue o NICE       | 1–2 meses, depois 6/6 meses                         |

**Leitura:** há convergência sobre o diagnóstico clínico pelos critérios do DSM-5, com informantes de mais de um ambiente, sobre a terapia comportamental como primeira linha no pré-escolar e sobre o metilfenidato como estimulante de primeira escolha a partir da idade escolar, associado a medidas comportamentais e escolares. As divergências estão em quem inicia a medicação (o pediatra da atenção primária na AAP; o especialista no NICE, com cuidado compartilhado depois), na idade mínima para medicar (5 anos no NICE, 6 anos nas bulas brasileiras e na AEP, 4–5 anos em casos selecionados na AAP) e no acesso: o SUS não fornece estimulantes, e o PCDT baseia o cuidado em intervenções não farmacológicas. Todas dispensam o ECG de rotina.

## PONTOS PRÁTICOS

1. Sem sintomas em dois ambientes e prejuízo funcional documentados não há diagnóstico de TDAH; peça o SNAP-IV a pais e professores.
2. Antes de rotular, avalie sono (ronco, pernas inquietas, telas), audição, visão, aprendizagem, humor e contexto familiar.
3. Aos 4–5 anos, comece pelo treinamento comportamental dos pais; medicação no pré-escolar é decisão especializada.
4. A partir de 6 anos, metilfenidato em dose baixa (5 mg 1–2x/dia), titulado semanalmente até o máximo de 60 mg/dia, sempre com medidas comportamentais e escolares.
5. História cardiovascular pessoal e familiar, PA e FC antes do estimulante; ECG só se houver fator de risco.
6. Monitore peso, estatura, PA e FC; reavalie a necessidade do tratamento periodicamente.

Veja também, nesta Biblioteca: Consulta de puericultura — 8 anos; Distúrbios de movimento relacionados ao sono (SBP 2026); Uso de cafeína por crianças e adolescentes (SBP 2026); Tela, Educação e Responsabilidade.

## 8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, DC de Medicina do Adolescente e GT Saúde Mental. Documento Científico nº 203 — TDAH na adolescência, 2025. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do TDAH (Portaria Conjunta nº 14), 2022. [gov.br](#)
- Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Protocolo estadual de metilfenidato para TDAH (Portaria 099-R), 2025. [PDF](#)
- Escala SNAP-IV (versão brasileira). [PDF](#)
- Bula de Ritalina® (metilfenidato). [Panvel](#); bula de Venvanse® (lisdexanfetamina). [Consulta Remédios](#)
- American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of ADHD in Children and Adolescents (Wolraich et al.), 2019. [PMC](#)
- NICE. NG87 — Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management, 2018, atualizada em 2019. [NCBI Bookshelf](#)
- EMA. Informação do medicamento — metilfenidato de liberação modificada (Tuzulby). [PDF](#)

- AEP. Protocolos de Neurología Pediátrica — Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Escofet Soterias et al.), 2022. [PDF](#)

## **Dr. José Roberto Stefani**

Pediatra e Neonatologista · 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](mailto:pediatra.stefani@gmail.com) · [www.neonatologia.com.br](http://www.neonatologia.com.br)

---

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.