

GUIA PRÁTICO PARA PAIS E CUIDADORES

Como lidar *com o TDAH*

Do diagnóstico ao dia a dia

Rotina, comunicação, crises, escola e tratamento — o que as melhores pesquisas mostram, em linguagem simples.

DR. JOSÉ GUILHERME GIOCONDO · CRM-SP 175925 · RQE 92799

EDIÇÃO 2026

INTRODUÇÃO

Menos culpa, *mais estratégia*

O TDAH é uma das condições mais estudadas da psiquiatria — e, ao mesmo tempo, uma das mais cercadas de mitos.

Este guia reúne, em linguagem simples, o que as melhores pesquisas mostram e transforma esse conhecimento em estratégias para o dia a dia: rotina, comunicação, momentos de crise, escola e tratamento. Ao final, você encontra os mitos mais comuns confrontados com a ciência e as dúvidas que as famílias mais trazem ao consultório.

COMO LER AS ETIQUETAS DE EVIDÊNCIA

● ROBUSTA
Muitos estudos de boa qualidade, com resultados consistentes.

◖ MODERADA
Bons estudos, porém menos numerosos ou mais variáveis.

○ PROMISSORA
Resultados favoráveis, mas evidência de baixa qualidade.

◇ BOA PRÁTICA
Recomendada por diretrizes, sem ensaios específicos.

× SEM SUPORTE
Estudos bem conduzidos não mostram benefício.

Os números entre colchetes, como [2], remetem às referências no fim do guia. Material informativo, que não substitui a avaliação individual.

SUMÁRIO

O que há *neste guia*

PARTE 1 · ENTENDENDO O TDAH

O que é o TDAH? 4
O TDAH em números 5
Como aparece em cada fase 6
Como se faz o diagnóstico 7

PARTE 2 · NO DIA A DIA

Prevenir é mais fácil do que remediar 9
Como falar para ser ouvido 9
Sono, telas, movimento e alimentação 10
Casa e escola no mesmo time 12

PARTE 3 · CRISES E EMOÇÕES

Entendendo as explosões 14
Durante a crise 15
Depois da tempestade 16

PARTE 4 · TRATAMENTO

O que funciona — e o que não funciona 18
Medicação: dúvidas frequentes 20

PARTE 5 · MITOS E VERDADES

Mitos e verdades 21

PARTE 6 · DÚVIDAS FREQUENTES

Dúvidas frequentes e respostas 24

PARA QUEM CUIDA

E você, como está? 27
Conclusão 28
Referências 29

PARTE 1 · ENTENDENDO O TDAH

O que é o TDAH?

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade é uma condição do neurodesenvolvimento. Começa na infância, envolve diferenças no funcionamento de redes cerebrais ligadas à atenção, ao controle dos impulsos e à autorregulação, e causa prejuízo real em mais de um ambiente — em casa, na escola, com os amigos. [1, 2]

DESATENÇÃO

Dificuldade de manter o foco em tarefas longas ou pouco interessantes, perder objetos, esquecer combinados, deixar coisas pela metade, parecer não ouvir quando chamado.

HIPERATIVIDADE

Agitação, dificuldade de permanecer sentado, falar muito, sensação de "motor ligado". Na adolescência, costuma se transformar em inquietação interna.

IMPULSIVIDADE

Agir antes de pensar, interromper, responder antes do fim da pergunta, ter dificuldade de esperar a vez, tomar decisões precipitadas.

Conforme os sintomas que predominam, o quadro é descrito como **desatento**, **hiperativo-impulsivo** ou **combinado** — e a apresentação pode mudar com a idade. [1]

E AS EMOÇÕES?

Explosões de raiva, baixa tolerância à frustração e dificuldade de se acalmar são muito frequentes no TDAH. Não constam dos critérios formais, mas a pesquisa mostra que acompanham boa parte das crianças — e muitas vezes são o que mais pesa no dia a dia da família. A Parte 3 deste guia é dedicada a elas. [3, 4]

Não é falta de limite, preguiça ou má-criação. Em geral, a criança com TDAH sabe o que deveria fazer — a dificuldade está em conseguir fazer, na hora certa.

PARTE 1 · ENTENDENDO O TDAH

O TDAH *em números*

Dados de grandes estudos internacionais ajudam a dimensionar o TDAH — e desfazem a ideia de que ele seria uma "moda" recente.

≈ 6 em cada 100

crianças e adolescentes têm TDAH — cerca de 5,9%, segundo as metanálises reunidas no consenso internacional. [2]

≈ 2,5%

dos adultos também convivem com o transtorno — ele não "some" com a infância. [2, 6]

≈ 74% de herdabilidade [5]



Em estudos com gêmeos, cerca de 74% das diferenças de risco entre as pessoas se explicam por fatores genéticos — o TDAH está entre as condições psiquiátricas mais herdáveis. Por isso, é comum que outro familiar, inclusive um dos pais, se reconheça nos sintomas.

≈ 2 : 1

meninos : meninas. Nas meninas predominam sintomas desatentos, mais silenciosos — e o diagnóstico tende a chegar mais tarde. [2]

208

conclusões científicas reunidas no consenso internacional da World Federation of ADHD (2021), apoiadas em dados de milhões de pessoas. [2]

Ambiente

também conta. Prematuridade, baixo peso ao nascer e exposição pré-natal a álcool e tabaco se associam a maior risco. [2]

PARTE 1 · ENTENDENDO O TDAH

Como aparece *em cada fase*

Na essência, as dificuldades são as mesmas — mas mudam de "roupa" conforme a idade e as exigências de cada etapa.

3–5

Pré-escola

3 a 5 anos

Agitação intensa, acidentes frequentes, birras muito fortes e difíceis de acalmar. Vários desses sinais são comuns na idade — o que chama atenção é a intensidade, a persistência e o prejuízo.

6–12

Idade escolar

6 a 12 anos

Esquecimentos, cadernos incompletos, "vive no mundo da lua", dificuldade com regras de jogos e com amizades, lição de casa que vira batalha. Com a exigência escolar, as dificuldades costumam ficar mais evidentes.

13–18

Adolescência

13 a 18 anos

A agitação diminui e dá lugar à inquietação interna. Ganham destaque a desorganização, a procrastinação e a impulsividade diante de riscos — no trânsito, com substâncias, nas redes sociais.

18+

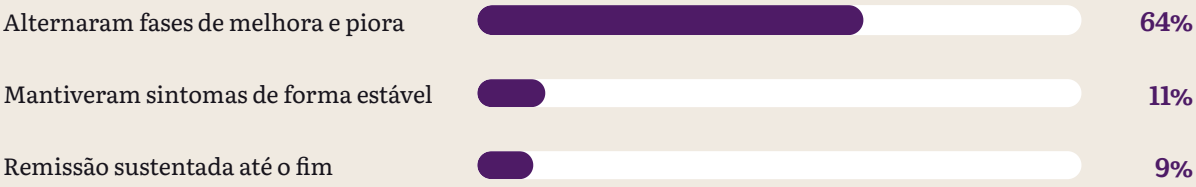
Vida adulta

quando as exigências crescem

Dificuldades com tempo, prazos, finanças e relacionamentos. Muitos adultos só reconhecem o próprio TDAH quando um filho recebe o diagnóstico.

OS CAMINHOS VARIAM DE PESSOA PARA PESSOA

O estudo MTA acompanhou 558 crianças com TDAH por 16 anos, até o início da vida adulta. Poucas seguiram um caminho "em linha reta": [7]



Na prática: fases boas são comuns, mas não significam que o TDAH "acabou". Manter o acompanhamento ajuda a agir cedo quando as exigências da vida aumentam.

PARTE 1 · ENTENDENDO O TDAH

Como se faz *o diagnóstico*

Não existe um exame que "dá" TDAH. O diagnóstico é clínico: feito por um médico experiente a partir da história de vida, de informações dos pais e da escola e de escalas padronizadas. Quatro condições precisam estar presentes: [1, 2]

1 Sintomas

6 ou mais sintomas de desatenção e/ou de hiperatividade-impulsividade (5 a partir dos 17 anos), há pelo menos 6 meses.

2 Início na infância

Vários sintomas já estavam presentes antes dos 12 anos — mesmo que o diagnóstico venha depois.

3 Mais de um ambiente

Aparecem em dois ou mais contextos: casa, escola, atividades, trabalho.

4 Prejuízo real

Interferem claramente na vida e não são mais bem explicados por outra condição.

QUANDO PROCURAR AVALIAÇÃO

- ✓ As dificuldades aparecem em casa e na escola
- ✓ Duram mais de 6 meses
- ✓ Atrapalham o aprendizado, as amizades ou a convivência familiar
- ✓ A escola repete as mesmas queixas ano após ano
- ✓ A criança sofre: diz que é "burra", "má" ou diferente dos colegas

NÃO FAZEM O DIAGNÓSTICO SOZINHOS

- ✗ Exames de sangue
- ✗ Eletroencefalograma ou "mapeamento cerebral"
- ✗ Ressonância ou tomografia
- ✗ Testes on-line e de redes sociais
- ✗ Avaliação neuropsicológica isolada: ajuda a mapear forças e fragilidades, mas não confirma nem exclui o TDAH por si só [2]

A AVALIAÇÃO TAMBÉM INVESTIGA O QUE IMITA OU ACOMPANHA O TDAH

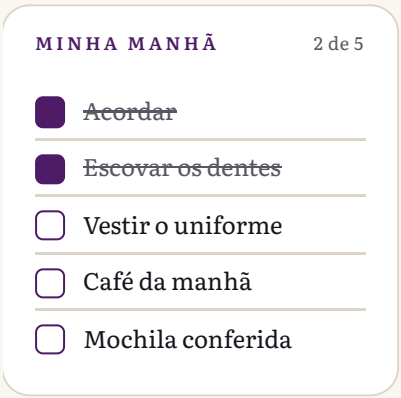
Ansiedade, depressão, transtornos de aprendizagem (como a dislexia), autismo, problemas de sono, de audição ou de visão e, em adolescentes, uso de substâncias. Ter mais de uma condição ao mesmo tempo é comum — e muda o plano de tratamento. [2]

PARTE 2 · NO DIA A DIA

Prevenir é mais fácil *do que remediar*

Crianças com TDAH não precisam de mais broncas — precisam de mais estrutura. O cérebro com TDAH lida mal com o que é invisível: o tempo, as regras, os planos. A estratégia central é tornar tudo **visível, previsível e imediato**.

◇ BOA PRÁTICA Ajustes no ambiente são recomendados por diretrizes como primeiro passo. [12]



Rotina à vista
Quadro com figuras ou fotos para manhã, tarde e noite. Checklist da mochila colado na porta de saída.

Tempo à vista
Timer visual ou ampulheta para lição, banho e telas. Avise as transições: “faltam 5 minutos”.

Espaço de foco
Lugar fixo para as tarefas, mesa sem excesso de objetos, longe da TV. Blocos curtos com pausas para se mexer.

Tudo tem um lugar
Caixas e gavetas etiquetadas com figuras; um ponto fixo para chaves, tênis e material.

Monte junto
Quando a criança ajuda a criar o quadro e escolhe as figuras, ele vira “dela” — e é mais usado.

Antecipe o dia
Mudanças de plano são gatilhos. Conte na véspera o que vai ser diferente amanhã.

Seja consistente
A mesma rotina e as mesmas regras entre os adultos da casa valem mais do que qualquer quadro bonito.

PARTE 2 · NO DIA A DIA

Como falar *para ser ouvido*

Pequenas mudanças no jeito de pedir, elogiar e combinar regras reduzem conflitos — e são o coração dos programas de orientação para pais.

EM VEZ DE…	EXPERIMENTE…
“Arruma esse quarto!” — gritado da cozinha	Chegue perto, olhe nos olhos e peça uma coisa: “Guarde os carrinhos na caixa azul.”
“Quantas vezes vou ter que repetir?”	Peça que a criança repita o combinado: “O que você vai fazer agora?”
“Se não fizer a lição, fica sem nada!”	Use “quando… então”: “Quando a lição terminar, então você pode jogar.”
“Muito bem.” — genérico, horas depois	Elogio específico e na hora: “Você guardou o material sem eu pedir — mandou bem!”
Ameaças grandes que não se cumprem	Consequência curta, previsível e aplicada com calma — sempre a mesma para o mesmo comportamento.

TEMPO ESPECIAL

10 a 15 minutos por dia de brincadeira escolhida pela criança, sem celular, sem críticas e sem perguntas de “teste”. Você narra e elogia o que ela faz. O vínculo fortalecido deixa os limites mais efetivos.

QUADRO DE PONTOS

	S	T	Q	Q	S
Guardar o prato	●	●	○	●	
Agenda na mochila	●	○	●	●	

2 ou 3 metas descritas no positivo, recompensas pequenas e frequentes, trocadas por privilégios combinados.

• ROBUSTA Programas de treinamento parental melhoram as práticas dos pais e reduzem problemas de comportamento. Antes dos 5 anos, são o tratamento de primeira linha. [12, 13]

PARTE 2 · NO DIA A DIA

Sono, telas, movimento *e alimentação*

Não tratam o TDAH sozinhos, mas sustentam todo o resto: uma criança cansada, sedentária ou com fome tem menos recursos para se concentrar e se regular.

Sono

◇ BOA PRÁTICA

Problemas de sono são bem mais frequentes no TDAH — e dormir mal piora atenção, humor e impulsividade. [14]

- Horários regulares, inclusive no fim de semana
- Rotina calma de 30 a 60 minutos antes de deitar
- Quarto escuro, silencioso e sem telas
- Ronco ou sono muito agitado? Conte ao médico

Telas

◇ BOA PRÁTICA

A associação com sintomas é modesta, mas o excesso rouba sono, movimento e convivência. [9]

- Regras claras: onde, quando e por quanto tempo
- Desligar com aviso prévio e timer à vista
- Telas fora do quarto à noite
- Combine antes — nunca no meio da partida

Movimento

○ PROMISSORA

Melhora humor, sono e saúde. Estudos sugerem benefício nos sintomas, mas a evidência ainda é de baixa qualidade. [15, 16]

- Atividade física todos os dias, se possível ao ar livre
- Um esporte de que a criança goste: prazer garante constância
- Pausas de movimento entre as tarefas

Alimentação

◇ BOA PRÁTICA

Ômega-3 tem efeito pequeno; dietas de exclusão e retirada de corantes têm resultados pequenos e inconsistentes. [17]

- Refeições em horários regulares
- Café da manhã reforçado, sobretudo se a medicação reduz o apetite
- Dietas restritivas só com orientação profissional

Cuidado com promessas de "cura natural": suplementos e dietas sem evidência podem atrasar o tratamento que funciona — e pesar no bolso.

PARTE 2 · NO DIA A DIA

Casa e escola *no mesmo time*

A escola é onde o TDAH mais aparece — e também onde ajustes simples fazem grande diferença. O segredo é comunicação frequente e metas combinadas.

LEI Nº 14.254/2021 [18]

Garante a estudantes com TDAH ou dislexia acompanhamento integral: identificação precoce, encaminhamento para diagnóstico, apoio educacional na escola e apoio terapêutico na rede de saúde, além de formação continuada para professores. Vale para escolas públicas e privadas da educação básica.

AJUSTES QUE COSTUMAM AJUDAR EM SALA

MODERADA [20]

1. Sentar perto do professor, longe de portas e janelas
2. Instruções curtas, também por escrito no quadro
3. Tarefas longas divididas em etapas, com checagens
4. Pausas de movimento combinadas (levar um recado, distribuir material)
5. Provas em ambiente com menos distrações
6. Agenda conferida pelo professor no fim do dia

Boletim do dia

QUARTA-FEIRA

META	SIM	NÃO
Começou a tarefa após 1 pedido	☑	☐
Levantou só com permissão	☐	☑
Anotou a lição na agenda	☑	☐

2 de 3 metas → 15 min extras de brincadeira

Boletim diário casa–escola

MODERADA

O professor marca de 2 a 4 metas por dia; em casa, as metas cumpridas viram pontos ou pequenos privilégios. É simples, barato e mostrou bons resultados em estudos com crianças com TDAH. [19] Comece com metas fáceis de atingir e vá subindo a exigência aos poucos.

Reunião cedo
No início do ano, antes que os problemas apareçam.

Conte o que funciona
Estratégias de casa ajudam o professor.

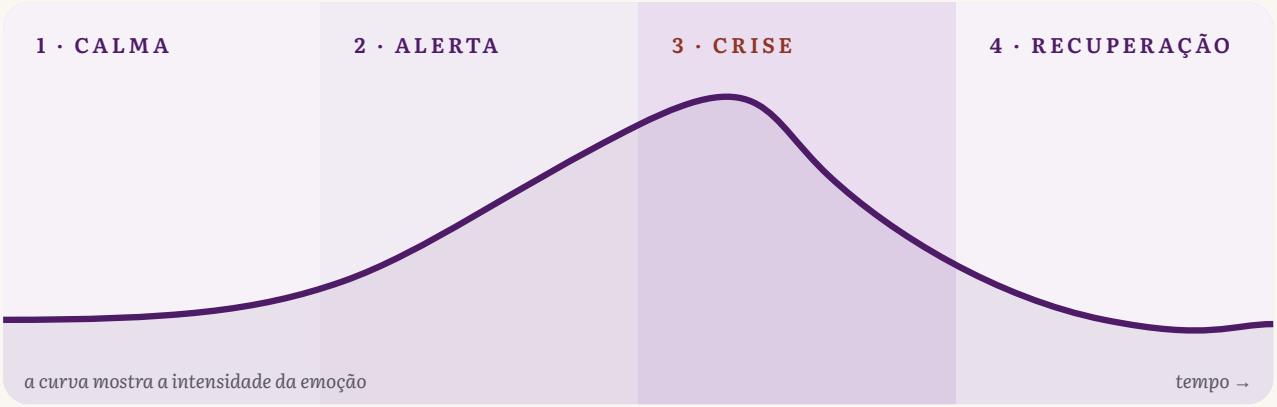
Canal fixo
Um contato semanal combinado, breve.

Elogie o avanço
Da criança — e também da escola.

PARTE 3 · CRISES E EMOÇÕES

Entendendo *as explosões*

Frustração, espera e mudanças de plano podem disparar emoções muito intensas, muito rápido. A crise não é uma escolha calculada: é o "freio" emocional que falhou. Conhecer suas fases ajuda a agir no momento certo. [3, 4]



FASE	O QUE SE VÊ	O QUE FAZER
Calma	Rotina fluindo, criança disponível para a conversa.	**Prevenir:** rotina visível, avisos de transição, elogios, pausas antes do cansaço.
Sinais de alerta	Resmungos, corpo tenso, voz mais alta, recusa, andar de um lado para o outro.	**Agir cedo:** reduzir exigências, oferecer duas opções, propor pausa ou o cantinho da calma.
Crise	Choro intenso, gritos, objetos arremessados, agressão a si ou aos outros.	**Proteger:** segurança primeiro, poucas palavras, sem sermão e sem negociar.
Recuperação	Cansaço, choro baixo, às vezes vergonha ou tristeza.	**Acolher:** água, descanso, presença. A conversa sobre o que aconteceu fica para depois.

GATILHOS COMUNS

- Fome
- Sono
- Fim de dia
- Desligar a tela
- Esperar a vez
- Tarefa difícil
- Barulho e agitação
- Mudança de planos
- Perder no jogo

DIÁRIO DA CRISE

Por alguns dias, anote o que aconteceu antes, o que a criança fez e o que veio depois. Os padrões mostram onde é possível prevenir.

PARTE 3 · CRISES E EMOÇÕES

Durante a crise: *estratégias práticas*

FAÇA

1. **Mantenha a calma.** Você é o termostato, não o termômetro: voz baixa, fala lenta, corpo relaxado.
2. **Segurança primeiro.** Afaste objetos perigosos, irmãos e plateia.
3. **Poucas palavras.** “Estou aqui. Você está seguro. Vamos respirar.”
4. **Espaço com presença.** Fique por perto; toque ou abraço só se a criança aceitar.
5. **Valide a emoção, não o comportamento.** “Você está muito bravo porque o jogo acabou. Não vou deixar você bater.”

EVITE

- ✕ **Sermões e perguntas** como “por que você fez isso?” — no pico da emoção, o cérebro não processa explicações.
- ✕ **Gritar, ameaçar ou bater** — aumenta a escalada e ensina o oposto do que você quer.
- ✕ **Ceder ao que disparou a crise** só para ela acabar — a criança aprende que explodir funciona.
- ✕ **Contenção física**, exceto diante de risco imediato para a criança ou para outras pessoas.

QUANDO BUSCAR AJUDA PROFISSIONAL

Se as crises são frequentes ou estão piorando, se há agressão grave ou autoagressão, ou se a criança fala em morrer ou em não querer viver. Diante de risco imediato, procure um pronto-socorro ou ligue para o **SAMU 192**.

PARTE 3 · CRISES E EMOÇÕES

Depois da tempestade: *retomando a calma e a rotina*

RESTABELECENDO A CALMA

- Ambiente tranquilo: luz baixa, menos barulho e tempo para o corpo desacelerar.
- Água, colo ou abraço — se a criança quiser.
- Uma atividade calmante juntos: a respiração da "bexiga" (encher a barriga de ar pelo nariz e soltar bem devagar pela boca), música suave, desenhar.

RETOMADA DA ROTINA

- Volte aos poucos à atividade — se preciso, numa versão mais curta.
- Conversa de reparo só quando todos estiverem calmos: o que aconteceu? o que você sentiu? o que tentamos da próxima vez?
- Reparar sem humilhar: ajudar a arrumar o que foi jogado, pedir desculpas.
- Reconheça o esforço: "Você conseguiu respirar e voltar. Isso é difícil."

Toda crise que termina com reconexão ensina à criança que a relação continua firme — mesmo nos piores momentos.

Meu plano da calma

PREENCHA JUNTO COM A CRIANÇA, NUM MOMENTO TRANQUILO

GIOCONDO
PSIQUIATRIA

QUANDO FICO COM MUITA RAIVA, MEU CORPO AVISA ASSIM:

_____

_____

O QUE ME AJUDA A VOLTAR AO NORMAL:

☐ Respirar fundo	☐ Meu cantinho	☐ Abraço	☐ Apertar almofada
☐ Desenhar	☐ Ouvir música	☐ Beber água	☐ _____

MEU ADULTO DE CONFIANÇA:

_____

UMA FRASE QUE ME ACALMA:

_____

PARTE 4 · TRATAMENTO BASEADO EM EVIDÊNCIAS

O que funciona — *e o que não funciona*

O tratamento é multimodal: informação para a família, estratégias em casa e na escola e, quando indicado, medicação. A combinação depende da idade, da gravidade e das preferências da família — é uma decisão compartilhada com o médico. [2, 12, 16]

INTERVENÇÃO	O QUE A PESQUISA MOSTRA	EVIDÊNCIA
Medicação *a partir dos 6 anos*	Reduz os sintomas centrais de forma consistente no curto prazo. O metilfenidato é a primeira escolha em crianças e adolescentes; há outras opções, estimulantes e não estimulantes. [16, 21]	● ROBUSTA
Treinamento parental	Melhora as práticas dos pais e os problemas de comportamento; primeira linha antes dos 5 anos. [12, 13]	● ROBUSTA
Intervenções na escola	Manejo comportamental em sala e boletim diário melhoram comportamento e produtividade. [19, 20]	◖ MODERADA
Psicoeducação	Entender o TDAH reduz culpa e conflitos e melhora a adesão ao plano — é o ponto de partida recomendado. [12]	◇ BOA PRÁTICA
TCC na infância e adolescência	Pode ajudar em organização, ansiedade e autoestima; a evidência ainda é limitada nessa faixa (em adultos, é robusta). [16]	○ PROMISSORA
Exercício e mindfulness	Resultados favoráveis, mas com estudos pequenos e de baixa qualidade. [15, 16]	○ PROMISSORA
Ômega-3	Efeito pequeno sobre os sintomas. [17]	○ PROMISSORA
Neurofeedback	Sem benefício quando os avaliadores não sabem quem recebeu o tratamento. [22]	× SEM SUPORTE
Treino cognitivo no computador	Melhora o desempenho no próprio jogo, mas não se generaliza para os sintomas do dia a dia. [23]	× SEM SUPORTE
“Soluções milagrosas”	Dietas restritivas sem indicação, suplementos “naturais” e “mapeamento cerebral” para diagnosticar.	× SEM SUPORTE

Quase toda a evidência robusta vem de estudos de curto prazo. Por isso o plano é reavaliado periodicamente com a família. Uma revisão de 2025 reúne os dados em um painel aberto, em inglês: ebiadhd-database.org. [16]

PARTE 4 · TRATAMENTO BASEADO EM EVIDÊNCIAS

Medicação: *dúvidas frequentes*

Quando é indicada?

Para crianças a partir dos 6 anos com prejuízo importante, em geral junto com as estratégias de casa e da escola. Em pré-escolares, o treinamento parental vem primeiro. [12]

Ela muda a personalidade?

Na dose certa, não. Se a criança fica "apagada", chorosa ou irritada, é sinal de que algo precisa de ajuste — converse com o médico.

Quais efeitos são comuns?

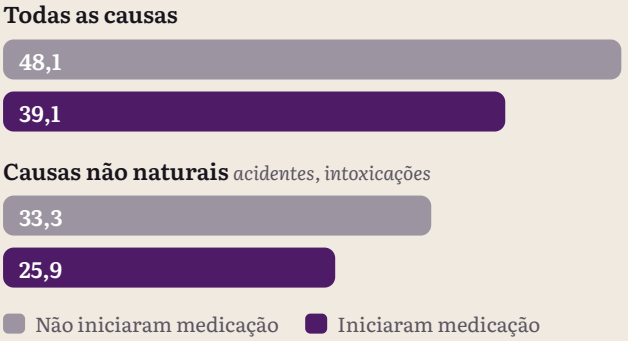
Menos apetite, dificuldade para pegar no sono, dor de cabeça ou de barriga. Peso, altura, pressão e frequência cardíaca são acompanhados nas consultas. [21]

É para a vida toda?

Não necessariamente. O tratamento é reavaliado periodicamente, e pausas ou ajustes são decididos em conjunto com o médico.

POR QUE TRATAR IMPORTA

Mortes em 2 anos, a cada 10 mil pessoas com TDAH



Começar a medicação se associou a risco 21% menor de morte por todas as causas e 25% menor por causas não naturais.

Estudo observacional na Suécia, com 148.578 pessoas de 6 a 64 anos: mostra associação, não prova causa. [24]

Uma metanálise de estudos populacionais também associou o tratamento a menos lesões, acidentes de trânsito, problemas com substâncias e envolvimento com a lei. Tratar o TDAH vai além das notas na escola: é proteção. [25]

PARTE 5 · MITOS E VERDADES

Mitos *e verdades*

Informação errada gera culpa, atrasa o diagnóstico e afasta as famílias do tratamento. Veja o que a pesquisa responde às frases mais comuns.

MITO *"TDAH é invenção, coisa da moda."*

VERDADE A medicina descreve crianças com esse perfil há mais de um século. Hoje o TDAH se apoia em 208 conclusões baseadas em evidências, reunidas no consenso internacional. [2]

MITO *"É culpa dos pais, falta de limite."*

VERDADE A genética responde pela maior parte do risco. O jeito de educar não causa o TDAH, mas pode piorar ou melhorar o comportamento — por isso aprender estratégias faz diferença. [2, 5]

MITO *"Açúcar deixa a criança elétrica."*

VERDADE Uma metanálise de estudos controlados, em que nem pais nem pesquisadores sabiam quem recebia açúcar, não encontrou efeito sobre o comportamento ou a cognição. [8]

MITO *"As telas causam TDAH."*

VERDADE Há associação modesta entre uso intenso de mídias digitais e sintomas, sem prova de causa. Mas telas à noite atrapalham o sono — e sono ruim piora a atenção. [9]

MITO *"Joga videogame por horas, então não tem TDAH."*

VERDADE No TDAH a atenção é inconsistente, não ausente: funciona com estímulo intenso e recompensa imediata e falha nas tarefas longas, repetitivas ou pouco interessantes.

MITO *"Remédio para TDAH vicia e leva às drogas."*

VERDADE Em metanálise, o tratamento não aumentou o risco de uso de substâncias; em estudos populacionais, os períodos com medicação se associaram a menos problemas com substâncias. [10, 11]

MITO *"O remédio deixa a criança dopada e muda quem ela é."*

VERDADE Na dose certa, a criança continua sendo ela mesma — com mais condições de usar o que sabe. Apatia, choro fácil ou "apagamento" indicam necessidade de ajuste, não efeito esperado. [21]

MITO *"TDAH passa com a idade."*

VERDADE A agitação costuma diminuir, mas cerca de 2,5% dos adultos convivem com o transtorno, e a maioria das crianças acompanhadas por anos alterna fases de melhora e piora. [2, 6, 7]

MITO *"Menina não tem TDAH."*

VERDADE Tem — com diagnóstico cerca de duas vezes menos frequente que nos meninos, em parte porque nelas predominam sintomas desatentos, que incomodam menos e passam despercebidos. [2]

MITO *"Se é inteligente e tira nota boa, não pode ter TDAH."*

VERDADE O TDAH ocorre em todos os níveis de inteligência. Crianças muito capazes compensam por anos — até que a exigência aumenta. O que define o diagnóstico é o prejuízo, não a nota. [1, 2]

MITO *"Um exame de imagem ou 'mapeamento cerebral' confirma o TDAH."*

VERDADE Nenhum exame de sangue, eletroencefalograma ou imagem faz o diagnóstico. Ele é clínico, baseado na história, nas escalas e nas informações de mais de um ambiente. [1, 2]

MITO *"Neurofeedback e jogos de treino cerebral tratam o TDAH."*

VERDADE Quando os avaliadores não sabem quem recebeu o tratamento, o neurofeedback não mostra benefício; os jogos melhoram o desempenho no próprio jogo, sem efeito nos sintomas do dia a dia. [22, 23]

PARTE 6 · DÚVIDAS FREQUENTES

Dúvidas frequentes *e respostas*

As perguntas que as famílias mais trazem ao consultório — respondidas com o que a ciência sabe hoje.

01 *Com que idade dá para diagnosticar?*

As diretrizes permitem avaliar a partir dos 4 anos, com cautela, porque muitos sinais são comuns nessa idade. O que pesa é a intensidade, a persistência e o prejuízo. Na pré-escola, o primeiro passo costuma ser o treinamento parental. [12, 26]

02 *Meu filho só tem dificuldade em casa (ou só na escola). Pode ser TDAH?*

O diagnóstico exige sintomas em mais de um ambiente — mas a intensidade pode variar. Ambientes muito estruturados "seguram" parte das dificuldades, e algumas crianças se esforçam tanto na escola que chegam esgotadas em casa. A avaliação investiga os dois lados, com informações de pais e professores. [1, 2]

03 *Quem pode fazer o diagnóstico?*

Um médico com experiência em TDAH — em geral, psiquiatra da infância e adolescência, neuropediatra ou pediatra com formação no tema. Psicólogos, neuropsicólogos, fonoaudiólogos e a escola trazem informações valiosas para a avaliação.

04 *Preciso fazer avaliação neuropsicológica?*

Nem sempre. Ela é útil para mapear pontos fortes e dificuldades, investigar transtornos de aprendizagem e orientar a escola — mas não confirma nem exclui o TDAH sozinha. O médico indica quando ela acrescenta. [2]

05 *Terapia resolve sem remédio?*

Depende da idade e da intensidade. Antes dos 5 anos, o treinamento parental é a primeira escolha. A partir dos 6, a combinação de medicação com estratégias em casa e na escola é o que tem melhor resultado; a terapia ajuda muito em organização, emoções e convivência. [12, 13, 16]

06 *Precisa tomar remédio no fim de semana e nas férias?*

Não há regra única. Para algumas crianças, pausas funcionam; para outras, o TDAH pesa também na convivência, nos esportes e na segurança fora da escola. Decida com o médico — e nunca suspenda por conta própria.

07 *Devo contar para a escola?*

Em geral, sim: sem informação, a escola não consegue ajudar — e a Lei 14.254/2021 garante ao estudante apoio educacional. Combine com a coordenação o que será compartilhado e com quem. [18]

08 *Como explico o TDAH para meu filho?*

Com naturalidade e na linguagem da idade: “seu cérebro é muito rápido, mas o freio às vezes chega atrasado — e a gente vai treinar o freio juntos”. Destaque também as qualidades. Crianças que entendem o diagnóstico tendem a se culpar menos.

09 *Castigo funciona?*

Consequências curtas, previsíveis e aplicadas com calma funcionam; castigos longos, gritos e ameaças grandes, não. O que mais muda o comportamento é o reforço frequente do que se quer ver — o coração do treinamento parental. [13]

10 *O irmão também pode ter TDAH?*

Pode: por ser muito herdável, o risco em irmãos é maior que na população geral. Maior risco não é certeza — observe os sinais e converse com o pediatra se surgirem dúvidas. [5]

11 *Eu me reconheci nos sintomas. Adulto pode ser avaliado?*

Sim — e vale a pena. Cerca de 2,5% dos adultos têm TDAH, e muitos só percebem quando o filho é diagnosticado. Pais tratados conseguem aplicar as estratégias com mais consistência, o que ajuda toda a família. [5, 6]

12 *Em quanto tempo vemos resultado?*

Com medicação, parte do efeito aparece em dias, mas acertar a dose leva algumas semanas. As estratégias de casa e da escola costumam mostrar resultado após algumas semanas de aplicação consistente. Persistência faz parte do tratamento.

PARA QUEM CUIDA

E você, *como está?*

Criar uma criança com TDAH exige mais energia, paciência e organização — e o cansaço dos pais é real. Cuidar de si não é egoísmo: pais descansados conseguem usar melhor tudo o que está neste guia.

01

Escolha suas batalhas

Foque em 2 ou 3 comportamentos de cada vez. O resto pode esperar.

02

Joguem no mesmo time

Os adultos da casa combinam as mesmas regras e se revezam nos momentos difíceis.

03

Pausas para você

Sono, atividade física e momentos só seus também fazem parte do cuidado da família.

04

Monte uma rede de apoio

Grupos de pais, psicoterapia, amigos, a escola. Ninguém precisa dar conta de tudo sozinho.

OLHE PARA VOCÊ TAMBÉM

Como o TDAH é muito herdável, é comum que um dos pais se reconheça nos sintomas. Adultos também podem ser avaliados e tratados — e isso ajuda toda a família. [5]

Você não precisa ser perfeito. Precisa ser consistente — e gentil consigo mesmo.

CONCLUSÃO

O TDAH não define *quem a criança é*

Mas entender como ele funciona muda a forma como a família enxerga cada dificuldade.

Com informação de qualidade, estrutura no dia a dia e tratamento baseado em evidências, é possível reduzir conflitos, proteger a autoestima e abrir espaço para o potencial de cada criança.

Este guia é um começo. O caminho de cada família é único — e não precisa ser percorrido sozinho.

GIOCONDO
PSIQUIATRIA

Dr. José Guilherme Giocondo

Médico psiquiatra · CRM-SP 175925 · RQE 92799

ACOMPANHAMENTO EM TDAH

- Avaliação diagnóstica criteriosa
- Plano de tratamento baseado em evidências
- Orientação para famílias e escolas
- Acompanhamento ao longo da vida

CONTATO

Rua Santa Cruz, 722, sala 803
Vila Mariana · São Paulo/SP
(11) 93424-6264 · @giocondo.psiquiatra

Material educativo, baseado na literatura científica disponível em 2026. Não substitui a avaliação médica individual nem orienta, por si só, o início, a troca ou a suspensão de qualquer tratamento.

FONTES CIENTÍFICAS

Referências

1 American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais — DSM-5-TR. 2022.

2 Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. Neurosci Biobehav Rev. 2021;128:789-818.

3 Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry. 2014;171(3):276-293.

4 Faraone SV, Rostain AL, Blader J, et al. Practitioner Review: Emotional dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder — implications for clinical recognition and intervention. J Child Psychol Psychiatry. 2019;60(2):133-150.

5 Faraone SV, Larsson H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. Mol Psychiatry. 2019;24(4):562-575.

6 Song P, Zha M, Yang Q, et al. The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: a global systematic review and meta-analysis. J Glob Health. 2021;11:04009.

7 Sibley MH, Arnold LE, Swanson JM, et al. Variable patterns of remission from ADHD in the Multimodal Treatment Study of ADHD. Am J Psychiatry. 2022;179(2):142-151.

8 Wolraich ML, Wilson DB, White JW. The effect of sugar on behavior or cognition in children: a meta-analysis. JAMA. 1995;274(20):1617-1621.

9 Ra CK, Cho J, Stone MD, et al. Association of digital media use with subsequent symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents. JAMA. 2018;320(3):255-263.

10 Humphreys KL, Eng T, Lee SS. Stimulant medication and substance use outcomes: a meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2013;70(7):740-749.

11 Quinn PD, Chang Z, Hur K, et al. ADHD medication and substance-related problems. Am J Psychiatry. 2017;174(9):877-885.

12 National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management (NG87). 2018, atualizada em 2019.

13 Daley D, van der Oord S, Ferrin M, et al. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014;53(8):835-847.

14 Cortese S, Faraone SV, Konofal E, Lecendreux M. Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of subjective and objective studies. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009;48(9):894-908.

15 Cerrillo-Urbina AJ, García-Hermoso A, Sánchez-López M, et al. The effects of physical exercise in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized control trials. Child Care Health Dev. 2015;41(6):779-788.

16 Gosling CJ, et al. Benefits and harms of ADHD interventions: umbrella review and platform for shared decision making. BMJ. 2025. doi:10.1136/bmj-2025-085875.

17 Sonuga-Barke EJS, Brandeis D, Cortese S, et al. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. Am J Psychiatry. 2013;170(3):275-289.

18 Brasil. Lei nº 14.254, de 30 de novembro de 2021. Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou TDAH ou outro transtorno de aprendizagem.

19 Fabiano GA, Vujnovic RK, Pelham WE, et al. Enhancing the effectiveness of special education programming for children with attention deficit hyperactivity disorder using a daily report card. School Psych Rev. 2010;39(2):219-239.

20 DuPaul GJ, Eckert TL, Vilardo B. The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis 1996–2010. School Psych Rev. 2012;41(4):387-412.

21 Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2018;5(9):727-738.

22 Cortese S, Ferrin M, Brandeis D, et al. Neurofeedback for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016;55(6):444-455.

23 Cortese S, Ferrin M, Brandeis D, et al. Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015;54(3):164-174.

24 Li L, Zhu N, Zhang L, et al. ADHD pharmacotherapy and mortality in individuals with ADHD. JAMA. 2024;331(10):850-860.

25 Boland H, DiSalvo M, Fried R, et al. A literature review and meta-analysis on the effects of ADHD medications on functional outcomes. J Psychiatr Res. 2020;123:21-30.

26 Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Pediatrics. 2019;144(4):e20192528.

GIOCONDO

PSIQUIATRIA

Menos culpa, mais estratégia — para a criança e para toda a família.

Material educativo elaborado por Giocondo Psiquiatria, São Paulo, 2026, com base na literatura científica disponível. Não substitui a avaliação médica individual nem orienta, por si só, o início, a troca ou a suspensão de qualquer tratamento.

Dr. José Guilherme Giocondo

MÉDICO PSIQUIATRA · CRM-SP 175925 · RQE 92799