

# Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em adultos

## *Attention deficit hyperactivity disorder in adults*

Júlio César de Oliveira Leal, Mariana Harumi Milan  
Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil  
Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe)

### RESUMO

**Introdução:** O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é um diagnóstico difícil, pouco explorado e que implica bastante no futuro de um adulto não diagnosticado. Vários estudos concluem que é prevalente na população adulta, mas com características diferentes do que ocorre na infância e adolescência. **Métodos:** Para este trabalho, foi realizada uma revisão de escritos através da plataforma PUBMED que contemplou consensos, meta-análises e artigos originais com datas abaixo ou iguala 2010 com a temática do transtorno citado em adultos, e foco principal no diagnóstico e suas repercussões. **Resultados:** Vários trabalhos concordaram em prevalências, formas de diagnóstico e considerações sobre quadro clínico e consequências funcionais para o adulto não tratado, no que diz respeito ao transtorno diagnosticado na idade adulta. Alguns trabalhos criticam e sugerem avanços ao DSM-5. **Conclusão:** Avanço importante do DSM-5 para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade no adulto, especialmente com atenção a ser dada ao adulto com queixas em funções executivas e descontroles emocionais, e investigação de sintomas da doença. Uma boa triagem, com uma boa clínica investigativa, recorrendo ao paciente e aos próximos dele podem guiar um novo tratamento para um transtorno pouco pensado no consultório.

**Descritores:** Transtorno de deficit de atenção e hiperatividade; TDAH/adulto; TDAH/ diagnóstico; TDAH/quadro clínico.

### ABSTRACT

**Introduction:** Attention deficit hyperactivity disorder is a difficult diagnosis, little explored and which has a significant impact on the future of an undiagnosed adult. Several studies conclude that it is prevalent in the adult population, but with different characteristics that occur in childhood and adolescence. **Methods:** For this work, a review of writings was carried out through the PUBMED platform, which included consensuses, meta-analyses and original articles with data below or equal to 2010 with the theme of the disorder reported in adults, and the main focus on the diagnosis and its repercussions. **Results:** Several studies agreed on prevalence, forms of diagnosis and considerations about the clinical picture and functional consequences for the untreated adult, with regard to the disorder published in adulthood. Some critical work suggests advances to the DSM-5. **Conclusion:** Important advancement of the DSM-5 for attention deficit hyperactivity disorder in adults, especially with attention to be given to adults with complaints in executive functions and lack of emotional control, and investigation of symptoms of the disease. Good screening, with a good investigative clinic, using the patient and those close to them can guide a new treatment for a disorder that is little thought of in the office.

**Keywords:** Attention deficit de disorder with hyperacticity; adult/ADDH; diagnosis/ADDH; clinical condition/ADDH.

#### Correspondência:

Júlio César de Oliveira Leal  
E-mail: leal\_jc@yahoo.com.br  
Data de submissão: 14/01/2022  
Data de aceite: 06/07/2023

#### Trabalho realizado:

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo.  
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 2º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-000, São Paulo, SP, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O transtorno de déficit de atenção hiperatividade e impulsividade (TDAH), é considerado um dos transtornos psiquiátricos mais comuns da infância, com persistência entre os adultos e idosos. Embora há algumas décadas se dê maior relevância a essa condição, dados da literatura mostram descrições desde 1775. É subdiagnosticado e subtratado, levando a cronicidade dos sintomas e prejuízos, tanto devido à ausência de tratamento ou quando aplicado de forma ineficaz. Sua prevalência em crianças e adolescentes é estimada em 5%. Vários estudos, consensos, metanálises estimam sua prevalência em adultos entre 2 a 4%<sup>1-4</sup>.

É uma condição com história familiar muito frequente, que mostre prevalência em parentes de primeiro grau em torno de 20%. Nos adultos, uma menor taxa de herdabilidade pode ser relatada em alguns estudos devido às autoavaliações, porém nos que acrescentam informantes, as estimativas do componente herdado se assemelha ao TDAH infantil, em torno de 78%<sup>1-3</sup>.

O período da adolescência traz sintomas-chaves, tríades do transtorno: desatenção, hiperatividade e impulsividade. É um período de grande transformação na personalidade do futuro adulto, que está sujeito a várias condições psiquiátricas, como o próprio TDAH. Também associado a quadros comórbidos, sendo prevalentes os transtornos do humor, de ansiedade, de conduta ou desafiador/opositor. Para o TDAH da infância/adolescência a desatenção estará em primeiro plano, com a hiperatividade do adolescente sendo mais seletiva e a impulsividade mais marcada<sup>3,5-6</sup>.

Na idade adulta, os sintomas-chaves da tríade estão combinados de diversas formas. Assim como na infância, são classificados com três predominâncias: desatenção, hiperati-

vidade/impulsividade e combinado. Para os adultos, existe o predomínio das formas combinadas, com sintomas desatencionais prevalentes, e os de hiperatividade/impulsividade que cresce ao longo dos anos. A apresentação dos sintomas de TDAH é muito ampla e variada na população, sendo melhor pensada como um espectro de sintomas. Outra importante consideração sobre tal transtorno é que, seu diagnóstico não se baseia em uma mudança de um estado anterior para um novo, como poderia ocorrer em todos os demais transtornos psiquiátricos. Assim, por ser composto de sintomas duradouros, inúmeras vezes sutis, e que nem sempre o próprio paciente percebe-se com qualquer disfuncionalidade, é algo vivido e talvez só diagnosticado na fase adulta. Adultos com TDAH estão acostumados com seus sintomas, sabem pouco como tais sintomas impactam negativamente em seus relacionamentos interpessoais e nas suas vidas, com alguns que relatam sintomas mais elevados, mas déficits menores ou vice-versa. Nessa perspectiva, relatórios familiares, impressões de cônjuges e pessoas próximas, são de fundamental importância para o diagnóstico<sup>1-3</sup>.

## OBJETIVOS

**Objetivo Geral:** Revisar a literatura médica, com avaliar informações atualizadas, consensuais e baseada em forte evidência sobre TDAH em adultos

**Objetivos Específicos:** Atentar o psiquiatra quanto à suspeita de TDAH em alguns pacientes que jamais tiveram tal diagnóstico. Avaliar os métodos diagnósticos atuais para o TDAH em adultos.

## MÉTODOS

**Desenho de Estudo:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, de forma a abordar o tema transtorno de déficit de atenção hiperatividade e impulsividade em adultos,

diagnósticos e suas repercussões a partir de evidências científicas, com base em periódicos eletrônicos especializados.

**Base de Dados:** Realizou-se a busca por artigos publicados na base de dados MEDLINE (Pubmed).

**Estratégia de Busca:** Foram utilizados, como expressões de busca, os termos “ADHD”, “adult” “adult ADHD”. Procedeu-se à análise e seleção criteriosa das publicações inicialmente por meio dos títulos e, em seguida, pelos *abstracts*, a fim de que se adequassem ao tema proposto inicialmente. Foram selecionadas dez publicações com menos de dez anos para leitura na íntegra e composição desta revisão.

### Apresentação clínica

Quando se pensa em déficit de atenção para o adulto com TDAH, percebe-se que a grande maioria apresenta prejuízos em modular estratégias de atenção, e a partir disso, descrevem uma dificuldade para concentração. Outra grande queixa no campo da desatenção é a procrastinação – tarefas que são exigentes mentalmente, mas não muito estimulantes, são adiadas e/ou desprezadas. Por outro lado, tais adultos têm menos dificuldades para tarefas novas, estimulantes e agradáveis. Além disso, a atenção é flutuante, oscilando entre a hiperfocalização e os esquecimentos e erros graves, assim como, o excesso de distração, tanto para estímulos externos (auditivos ou visuais) quanto para os internos. Importante mencionar que, apesar de não constarem como critérios diagnósticos, as divagações mentais e os devaneios excessivos estão fortemente associados. Um exemplo, é o excesso de pensamentos, por vezes não repetitivos, e sem qualquer relação com a atividade em questão <sup>2-3</sup>.

Os sintomas de hiperatividade, durante a fase adulta adquirem aspectos mais cognitivos do que os motores da infância, que são trazidos como dificuldade de controlar excesso de ideias conflitantes. Ao contrário da criança inquieta, no adulto ocorre uma forte necessidade de se mover e fazer coisas, com dificuldade em relaxar ou declinar sob solicitações. Também existe uma dificuldade em expressar-se com sutileza ou silenciar-se, quando a ocasião exija tal comportamento.

No campo do déficit da inibição, a impulsividade aparece quando o indivíduo tem dificuldade em aguardar sua vez, com tendência a interromper o outro e completar sua fala. No trabalho, a dificuldade no sistema de recompensa de longo e moderado prazo se evidencia com o tédio, mudanças frequentes de emprego. Ainda tratando-se dos prejuízos no campo do deficit inibitório, estão relacionamentos interpessoais problemáticos, e comportamentos de risco – excessos de velocidade no trânsito, uso abusivo de substâncias, problemas com autoridades. Grande prejuízo funcional é observado no funcionamento executivo do portador de TDAH, como falha em antecipar situações, hierarquizar tarefas e em gerenciar o tempo. Além de grande hiper-reatividade, labilidade emocional, irritabilidade e excessos de raiva – estes últimos são componentes que podem ainda dificultar mais o diagnóstico de TDAH, que favorece dúvidas em relação a transtornos de humor ou de personalidade <sup>1, 3-4, 7</sup>.

Como consequências para suas vidas futuras, indivíduos que passaram a infância sem terem o diagnóstico de TDAH, recebendo-o somente quando adultos, compartilham características de baixa auto-

estima, desesperança e baixo desempenho, em decorrência de repetidos insucessos durante a infância e adolescência. Muitos tiveram sintomas de TDAH infantil tratados como problemas comportamentais, e quando já na idade adulta, vários foram tratados com relação às suas comorbidades (transtornos de ansiedade, de personalidade e de abuso de substâncias) e não ao transtorno de déficit de atenção hiperatividade e impulsividade propriamente dito<sup>2-3</sup>.

No sentido de buscar as influências de um diagnóstico tardio para adultos, Young et al. (2008)<sup>8</sup> em seu trabalho trouxeram uma Abordagem Fenomenológica Interpretativa - *The Interpretative Phenomenological Approach (IPA)*, cuja finalidade foi dar sentido à visão dos participantes do estudo sobre si mesmos, através de suas próprias palavras. Avaliaram o impacto do diagnóstico e tratamento medicamentoso em indivíduos diagnosticados com TDAH na fase adulta, e como isso mudou a auto-percepção e visão para o futuro. Seu estudo envolveu três momentos: a revisão do passado desses adultos, no qual havia uma percepção diferente, o processo emocional através da aceitação dos seus diagnósticos, e considerações para o futuro com TDAH. O passado de um não diagnóstico de TDAH, trouxe interpretação que eram crianças lentas, estúpidas ou rebeldes, internalizou a culpa, e influenciou seus futuros, marcados com expectativas de falhas, e com possibilidade futura de aumento de casos de depressão e baixa auto-estima.

Em muitos casos, adultos com TDAH não diagnosticados na infância tiveram estratégias adaptativas pouco funcionais, tentando compensar suas funções executivas com grande custo cognitivo, por exemplo, mimetizando quadros obsessivos marcados por excessos de rigidez. Nota-se prejuízos

também no ambiente familiar, escolar, dentro dos relacionamentos amorosos e nas amizades. De forma geral, vários estudos descrevem nível de estudo menor, baixas avaliações no trabalho, relacionamentos familiares instáveis, com relações mais anti-sociais e com riscos de acidentes<sup>3</sup>.

## **Diagnóstico**

### **A questão dos testes neuropsicológicos**

Como já bem descrito, indivíduos com TDAH apresentam alterações do funcionamento neuropsicológico em vários testes que medem a função executiva. Porém, nenhum teste neuropsicológico ou biológico, tem fator preditivo positivo suficiente para um diagnóstico individualmente. Tais testes apresentaram baixa capacidade discriminativa em comparação com medidas de avaliação clínica como ASRS Screener V1.1 e o DIVA 2.0 *Diagnostic Interview for ADHD* em adultos. Não existem evidências atuais de que os testes neuropsicológicos possam determinar tanto o diagnóstico TDAH quanto prever prejuízos funcionais, sendo aliados em classificar mais corretamente o TDAH<sup>1-2,7</sup>.

### **Crítérios DSM para TDAH**

Tanto o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) quando a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), são utilizados como guias para o diagnóstico TDAH, sendo o primeiro mais amplamente utilizado pelos clínicos, reservando o último para dados mais estatísticos.

Para o DSM, o TDAH encontra-se no capítulo de Transtornos do Neuro desenvolvimento. Os critérios foram acrescidos de alguns exemplos que descrevem como o TDAH se expressam ao longo da vida. Ainda exige-se que vários sintomas estejam presentes antes dos 12 anos, embora tenham alterado o marco anterior de

comprometimento que era de 7 anos. O termo subtipo foi trocado por apresentação, que melhor representam os sintomas ao longo da vida. Mudou o limite para cinco sintomas ao invés de seis para pessoas acima de 17 anos, dentro de cada apresentação. Mudança importante ao substituir “comprometimento significativo” por “evidências claras de que os sintomas interferem ou reduzem a qualidade de funcionamento social, acadêmico e ocupacional”. O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) não é mais um critério de exclusão <sup>1-4, 8</sup>.

Kooij et al. (2019)<sup>1</sup> em seu Consenso, trazem várias informações que justificam as mudanças do DSM5 em relação ao seu antecessor, além de auxiliar o clínico para um correto diagnóstico, aver:

- 1) Avaliação sempre começa por avaliar os sintomas autorreferidos. Para o TDAH do adulto, ao contrário da criança (relatórios dos pais ou professores), o paciente adulto é o melhor informante. A presença de um membro da família (pais ou parceiros) durante a avaliação, fornece informações adicionais valiosas.
- 2) Há evidência que um corte de quatro sintomas é o mais apropriado para TDAH do Adulto, porém existe uma preocupação do DSM-5 quanto aos falsos positivos, estabelecendo então o limite em cinco sintomas para os maiores de 17 anos.
- 3) DSM-5 destaca a labilidade do humor e desregulação emocional como “característica associada que apoia o diagnóstico”, mas, que é critério devido à baixa especificidade.
- 4) Estudos não demonstraram diferenças entre crianças com início de sintomas antes ou depois dos 7 anos, alterando para “vários sintomas” aos 12. Não

estender o diagnóstico de início para 16 anos é algo que pode subdiagnosticar indivíduos com dificuldade de lembrança retrospectiva. Tais fatos podem ser verdadeiros para aqueles que tiveram compensação pela alta inteligência, ou viveram em ambientes altamente estruturados e com suporte, ou apresentaram sintomas predominantemente de desatenção. Assim sendo, informantes novamente são apontados como extremamente importantes para o diagnóstico.

### **A avaliação diagnóstica**

Weibel et al. (2020) <sup>3</sup> sugere uma abordagem clínica, com o uso dos critérios DSM-5 (figura 1) em três etapas: A primeira realiza o diagnóstico de TDAH, a segunda caracteriza o TDAH e a terceira identifica comorbidades. Sugere que várias ferramentas psicométricas podem ser utilizadas (figura 1).

Kooij et al. (2019) <sup>1</sup> afirmam que por ser um quadro crônico, toda pessoa que apresente um quadro clínico semelhante que se apresente na infância ou adolescência, deve ser rastreada. Sugere a ferramenta ASRS, que é um auto-teste validado e reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), atualizada para os critérios do DSM-5 <sup>9</sup>. Tem sensibilidade de 91,4% e especificidade de 96,0%. Para a avaliação diagnóstica, o consenso sugere uma entrevista semi-estruturada como o Diagnostic Interview for ADHD in Adults (DIVA) 2.0 Tal entrevista está estruturada com critérios do DSM-IV, porém no site [www.divacenter.eu](http://www.divacenter.eu) a nova versão 5.0 está disponível já atualizada para o DSM-5 <sup>9</sup>. A grande vantagem desses instrumentos diagnósticos são os vários exemplos tanto da vida adulta, quanto na infância, que são colocados para cada item de critério, colaborando com o médico para uma correta avaliação.

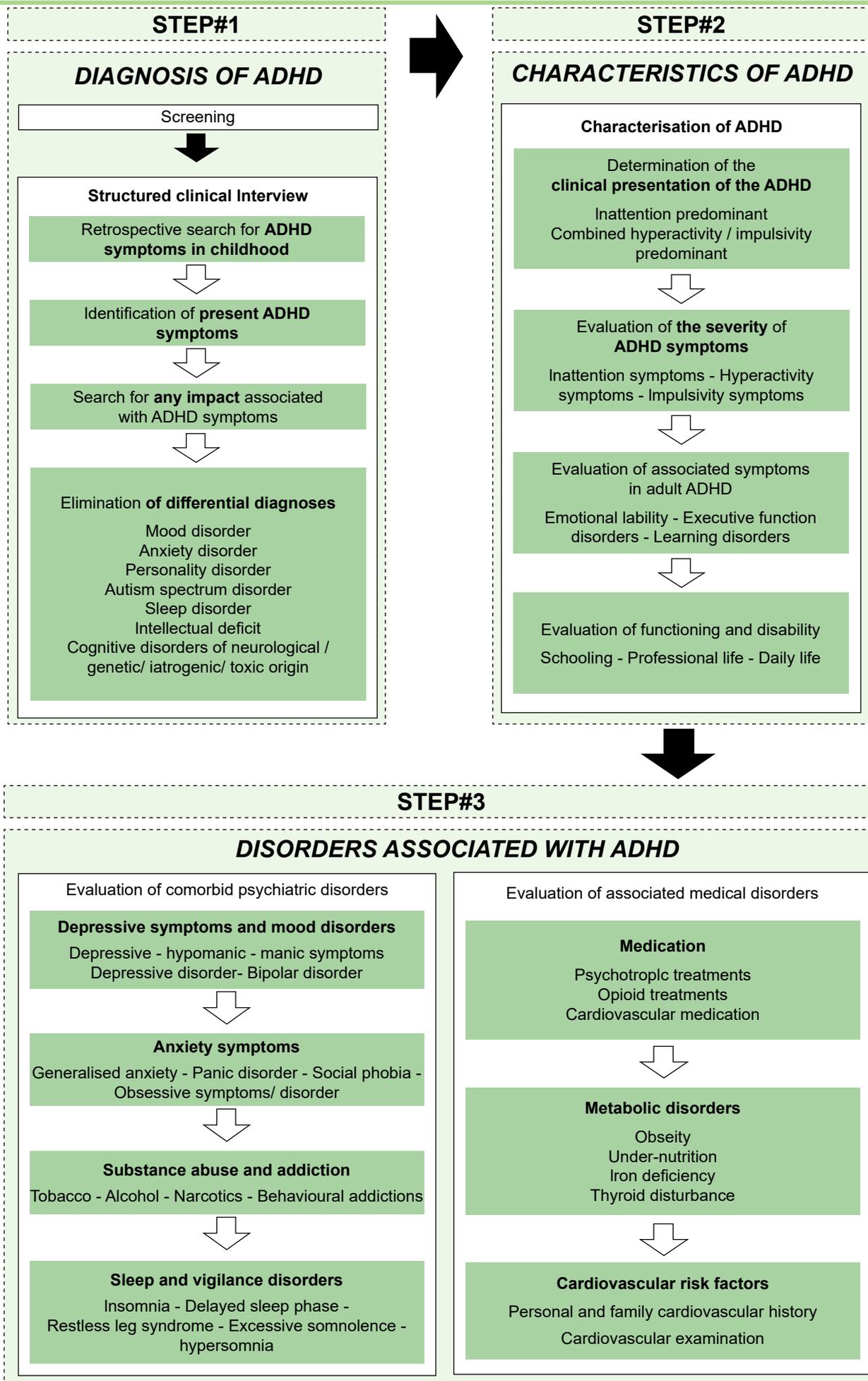


Figura 1 - Princípios da avaliação inicial de adultos com TDAH. Fonte: Weibel <sup>3</sup>.

**Quadro 1 - Critérios Diagnósticos TDAH– Fonte: DSM-5 (2014) <sup>9</sup>.**

**Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**

**Critérios Diagnósticos**

**A.** Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):

**1. Desatenção:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente como nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

**Nota:** Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

- a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).
- b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).
- c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
- d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p.ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).
- e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).
- f. Frequentemente fala demais.
- g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p.ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
- h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p.ex., aguardar em uma fila).
- i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p.ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).

**2. Hiperatividade e impulsividade:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

**Nota:** Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

- a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
- b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).
- c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.)
- d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente. e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).
- f. Frequentemente fala demais.
- g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p.ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
- h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p.ex., aguardar em uma fila).
- i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p.ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).

**B.** Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.

**C.** Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).

## Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

### Critérios Diagnósticos

**D.** Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.

**E.** Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).

#### Determinar o subtipo:

**314.01 (F90.2)** Apresentação combinada: Se tanto o Critério A1 (desatenção) quanto o Critério A2 (hiperatividade impulsividade) são preenchidos nos últimos 6 meses.

**314.00 (F90.0)** Apresentação predominantemente desatenta: Se o Critério A1 (desatenção) é preenchido, mas o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) não é preenchido nos últimos 6 meses.

**314.01 (F90.1)** Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva: Se o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) é preenchido, e o Critério A1 (desatenção) não é preenchido nos últimos 6 meses.

Especificar se:

**Em remissão parcial:** Quando todos os critérios foram preenchidos no passado, nem todos os critérios foram preenchidos nos últimos 6 meses, e os sintomas ainda resultam em prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou profissional.

Especificar a gravidade atual:

**Leve:** Poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional.

**Moderada:** Sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes.

**Grave:** Muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional.

### Críticas ao DSM-5

#### TDAH do Adulto é um distúrbio do neuro desenvolvimento? Realmente começou na infância?

Segundo Moffitt et al., (2015) <sup>5</sup> faltam estudos longitudinais prospectivos que possam comprovar que o TDAH em adultos seja um transtorno do neuro desenvolvimento e que possa ter começado na infância. Seu estudo de coorte envolveu diagnósticos de TDAH diagnosticados na infância, além de TDAHs identificados na fase adulta, e objetivou correlacionar se os adultos com TDAH eram os mesmo da infância. A coorte contou com N=1.037, com bebês nascidos entre 1972 e 73, em Dunedin – Nova Zelândia. Seguindo os critérios vigentes de diagnóstico DSM-III, com lista de apontamentos de pais e professores, com sintomas surgidos antes dos 7 anos, e uso também de cronogramas de entrevistas por psiquiatras infantis para grupos de crianças aos 11 e 13 anos, e para psiquiatras treinados

para entrevistas ao 15 anos, obtiveram 61 crianças com diagnóstico de TDAH Infantil. Para o diagnóstico de TDAH em adulto, foi utilizada a idade de 38 anos, por meio de entrevistas estruturadas, com relação aos últimos 12 meses. Foram utilizados exemplos comportamentais relevantes para adultos (27 itens), para operacionalizar 18 sintomas do DSM-5 para TDAH. Assim, foram identificados 31 adultos. Como grupo controle existiram 920 participantes que nunca haviam sido diagnosticados com TDAH no Estudo de Coorte Dunedin.

Como resultados, tal estudo apresentou as mesmas prevalências de TDAH infantil e TDAH adulto em comparação a estudos anteriores, porém com grupos de infância e fase adulta que não se sobrepõem. Somente 3 pacientes com TDAH na infância (5%) ainda preenchiam critérios para TDAH aos 38 anos, ou seja, 10% dos 31 casos de TDAH na

coorte aos 38 anos. Na infância, a distribuição predominante foi masculina, mas na idade adulta não houve diferença estatisticamente significativa. Para o grupo das crianças com TDAH diagnosticada na infância, os relatórios de pais e professores aos 5, 7, 9 e 11 anos, traziam sintomas acentuadamente elevados antes dos 12 anos (exigência do DSM-5), mas apenas sintomas levemente elevados para o grupo TDAH adulto. Além disso, poucos adultos com TDAH receberam na infância sintomas classificados como 2= certamente, enquanto que os TDAH da infância tinham mais de um sintoma com essa classificação.

O grupo TDAH adulto da Coorte de Dunedin atendeu aos critérios diagnósticos do DSM- 5 (cinco ou mais sintomas de desatenção ou hiperatividade/impulsividade). Atendeu ao critério C- sintomas presentes em dois ou mais ambientes (relatos de informantes sobre os sintomas). Atendeu também ao Critério D- interferência nas atividades, uma vez que relatam comprometimento da vida marcadamente elevado. O critério B não foi perguntado ao participantes, devido à pobreza de validade retrospectiva e por produzir falsos negativos de hiperatividade de início na infância. Dado também fortalecido por esse estudo que evidencia que 78% dos pais dos filhos do grupo TDAH infância esqueceram o início do TDAH de seus filhos (falsos negativos) antes dos 12 anos (mesmo tendo feitos os relatos aos 5,7,9 e 11 anos ), assim como falsos positivos, 35 pais afirmaram que seus filhos tiveram TDAH na infância. Caso a exigência prospectiva de sintomas antes de 12 anos fosse estabelecida, o TDAH em adultos pelo DSM-5 seria próxima de zero.

O grupo TDAH adulto não tinha déficit neuropsicológico na infância, que é algo marcado no TDAH, estabelecidos e comparados por vários testes. Tal trabalho surge como hipótese que TDAH do adulto não apresenta concordância neurobiológica do

TDAH infantil. O estudo aponta a necessidade de tratamento, conforme autorrelatos, que são marcados por insatisfação; problemas cognitivos diários; questões financeiras e econômicas; desorganização e prejuízo no planejamento; baixo aproveitamento de seus potenciais; comportamentos exagerados que ocasionam acidentes de trânsito. Estudo refere ainda que 70% desses indivíduos tiveram necessidade de tratamento para saúde mental, com somente 13% recebendo metilfenidato ou atomoxetina. Metade do grupo TDAH adulto apresentava dependência persistente de substâncias, o que deixa em aberto o que veio primeiro, os sintomas de TDAH ou o uso de substâncias. Os outros 55% dos participantes sem qualquer diagnóstico psiquiátrico concomitante aos 38 anos (Critérios E de Exclusão DSM-5). O estudo sugere uma etiologia diferente do TDAH infantil, com poucas evidências que a disfunção neuropsicológica seja a principal característica etiológica<sup>5</sup>.

### **O transtorno de déficit de atenção hiperatividade e impulsividade realmente tem alta taxa de remissão na fase adulta, ou não se consideraram sintomas subclínicos com prejuízos funcionais importantes?**

O estudo longitudinal de Uchida et al. (2018)<sup>6</sup> realizado no Massachusetts General Hospital (MGH), trás uma discussão sobre a remissão dos sintomas de TDAH ao longo da vida. O estudo foi composto por participantes de 6 – 17 anos, com e sem TDAH com avaliações pediátricas e psiquiátricas. Os participantes eram referenciados para avaliações por parentes, pediatras ou através da própria escola. Participaram 140 meninos e 140 meninas, com TDAH, e 120 meninos e 122 meninas sem TDAH, além de seus parentes de primeiro grau que foram recrutados. Na ocasião, o diagnóstico foi baseado no DSM-III, critério vigente da época. No total de 112 garotos e 96 garotas com TDAH, e 105 garotos

e 91 garotas sem TDAH (controle) foram seguidos por 11 anos, com idade média no acompanhamento de 22 anos.

Conforme este estudo sobre o curso do TDAH, 77% dos garotos e garotas mantiveram o quadro clínico/sintomatologia o TDAH completamente ou subsindromicamente, afirmando assim que é um transtorno persistente. Relatam ainda que os preditores de persistência em ambos os sexos foram: comorbidade psiquiátrica, como transtornos disruptivos, de humor e ansiedade, familiares com TDAH, adversidade psicossocial. Para isso, afirmam que é necessário considerar não somente os casos amplamente diagnosticáveis como também os subsindrômicos, bem como os com prejuízos funcionais. Enquanto apenas 35% das crianças com TDAH continuaram com todos os critérios elegíveis para o transtorno, outros 43% subsindrômicos continuaram com queixas, déficits funcionais em decorrência do TDAH e que, quando medicados, tiveram remissão dos sintomas.

Uchida et al., (2018) <sup>6</sup> também evidenciaram que traços paradiagnósticos do TDAH, como hiperatividade e impulsividade remitiram parcialmente. No entanto, a inatenção, continuou altamente persistente. As comorbidades referidas são: os comportamentos disruptivos, além das relacionadas ao humor e à ansiedade. No estudo prévio de Faraone et al. (2006) <sup>10</sup> também do Massachusetts General Hospital, as comorbidades associadas foram os transtornos ansiosos e tabagismo. Como conclusão, Uchida et al. (2018) <sup>6</sup> apoiam a ideia de que a disfunção social e psico educacional do TDAH adulto é devido principalmente ao TDAH e não às suas comorbidades. Afirmam ainda que o TDAH aumenta o risco de abuso de todas as substâncias, com o cigarro sendo a porta de entrada, e grande risco de progressão para abuso de álcool e outras substâncias. Apontam também que transtorno de conduta

e bipolar, com ou sem TDAH, são fatores de risco independentes para transtornos de uso de substâncias e que o transtorno de conduta e bipolar juntos com TDAH, são fatores preditivos para o transtorno de abuso de substâncias.

O estudo trouxe uma prevalência de 11% de comorbidade TDAH e bipolar tipo 1, e que tal associação não ocorreu por sobreposição de sintomas. Tais fatos também foram suportados pela historia familiar positiva para bipolar. O trabalho mostrou que crianças com TDAH têm mais dificuldades de aprendizado, necessidade de reforços escolares, com muitos repetindo pelo menos um ano. Elas eram mais prejudicadas que os controles em todos os aspectos cognitivos, medidas neuropsicológicas de desempenho acadêmico e nesses domínios na vida adulta. Dados desse estudo demonstram também que TDAH aumenta o risco de transtorno de *stress* pós traumático, desregulação emocional, e traços autísticos, condições que elevam a morbidade e disfuncionalidade. Por fim, evidenciaram que o tratamento com psico estimulantes diminui o risco de transtornos psiquiátricos comorbidos, transtornos de uso de substancias e déficits funcionais. Novas trabalhos trazem importantes contribuições no campo das disfunções executivas e do descontrole emocional, sugerindo que o DSM em suas próximas versões deva considerá-los <sup>7</sup>.

## CONCLUSÃO

Consensos, metanálises, estudos e declarações sobre o transtorno de déficit de atenção hiperatividade e impulsividade são bem claros ao trazer prevalências tanto para a infância, quanto para a fase adulta, o que evidencia que o transtorno em adultos é uma realidade. Embora não haja consenso sobre os critérios diagnósticos e exista divergências na literatura científica,

a DSM-5 avançou bastante quando foi mais inclusivo para o transtorno em adulto, mas talvez ainda sub-classifique adultos como algo que persista da infância, o que pode se tornar inconsistente caso não seja provado ser um transtorno necessariamente do neuro desenvolvimento, o que merece mais estudos. As disfunções executivas e o descontrole emocional talvez sejam os sintomas que mais

se destaquem e possam provocar um olhar mais atento do médico psiquiatra para um possível diagnóstico de transtorno de déficit de atenção hiperatividade e impulsividade nunca diagnosticado em um paciente adulto. Afinal, trata-se de um transtorno tratável, com muitos prejuízos crônicos ao paciente, e que ainda é pouco pensado na prática clínica.

## REFERÊNCIAS

1. Kooij JJ, Bylenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter J, Balázs J, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry*. 2019;56:14-34.
2. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, 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. Weibel S, Menard O, Ionita A, Boumendjel M, Cabelguen C, Kraemer C, et al. Practical considerations for the evaluation and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults. *Encephale*. 2020;46(1):30-40.
4. Kessler RC, Green JG, Adler LA, Barkley RA, Chatterji S, Faraone SV, et al. Structure and diagnosis of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: analysis of expanded symptom criteria from the Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(11):1168-78.
5. Moffitt TE, Houts R, Asherson P, Belsky DW, Corcoran DL, Hammerle M, et al. Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study. *Am J Psychiatry*. 2015;172(10):967-77.
6. Uchida M, Spencer JJ, Faraone SV, Biederman J. Adult Outcome of ADHD: An Overview of Results From the MGH Longitudinal Family Studies of Pediatrically and Psychiatrically Referred Youth With and Without ADHD of Both Sexes. *J Atten Disord*. 2018;22(6):523-34.
7. Adler LA, Faraone SV, Spencer TJ, Berglund P, Alperin S, Kessler RC. The structure of adult ADHD. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2017;26(1):e1555.
8. Young S, Bramham J, Gray K, Rose E. The experience of receiving a diagnosis and treatment of ADHD in adulthood: a qualitative study of clinically referred patients using interpretative phenomenological analysis. *J Atten Disord*. 2008;11(4):493-503.
9. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 – trad. Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5 ed. Porto Alegre: ArtMed; 2014.
10. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age dependent decline of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*. 2006;36(2):159-65.