

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

LUIZ FELIPE GUIMARÃES MONTELLO

Matrícula: 21301649

**TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E SUAS
IMPLICAÇÕES NA VIDA ADULTA**

Niterói

2021

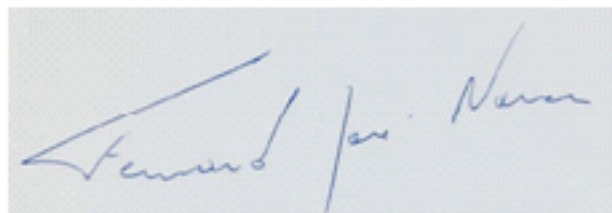
LUIZ FELIPE GUIMARÃES MONTELLO

**TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E SUAS
IMPLICAÇÕES NA VIDA ADULTA**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de Medicina
em, como requisito para conclusão do
curso.

Aprovado em 20 de maio de 2021
Nota: 8,33

Orientador (a) (es):
Prof. Dr. José Fernando Nasser

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink. The signature is written in a cursive style and appears to read 'José Fernando Nasser'.

Niterói
2021

RESUMO

O Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é uma condição predominantemente estudada na sua forma que afeta a infância, fazendo que com que suas comorbidades na vida adulta passem despercebidas e causem grande sofrimento tanto às pessoas que portam esta condição, quanto às pessoas próximas ao seu convívio, levando a prejuízos nas esferas familiar, pessoal, acadêmica e profissional. Nesse sentido, estudar e compreender melhor seus impactos e sinais na vida adulta é de grande importância para que possamos ter um melhor seguimento das crianças e jovens diagnosticados com esta doença e para que tenhamos mecanismos para identificar aqueles que não foram identificados precocemente.

Palavras-chave: Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, adulto, diagnóstico,

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a condition predominantly studied in its form that affects childhood, causing its comorbidities in adulthood to go unnoticed and cause great suffering for both people with this condition, as for people close to their coexistence, leading to losses in the family, personal, academic and professional spheres. In this sense, studying and better understanding its impacts and signs in adult life is of great importance so that we can have a better follow-up of children and young people diagnosed with this disease and for us to have mechanisms to identify those who were not identified early.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder, adulthood, Diagnostics

LISTA DE ABREVIATURAS

TDAH Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

DSM-3 Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 3.^a edição

DSM-4 Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4.^a edição

DSM-5 Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4.^a edição CID-

11 11.^a Classificação Internacional de Doenças

SUMÁRIO

| | | |
|-------|-----------------------------|----|
| 1 | Introdução | 07 |
| | | |
| 2 | Fundamentos Teóricos | 08 |
| | | |
| 2.1 | Definição | 08 |
| | | |
| 2.2 | Epidemiologia | 08 |
| | | |
| 2.3 | Clínica | 09 |
| | | |
| 2.4 | Crêterios Diagnósticos | 09 |
| | | |
| 3 | Discussão | 10 |
| | | |
| 4 | Conclusão | 16 |
| | | |
| | Referências | 17 |
| | | |

1 INTRODUÇÃO

Os primeiros relatos da literatura médica que podem ser relacionados ao TDAH foram feitos por George F. Still em 1902, o que nos mostra que esta não é uma doença presente apenas nos dias de hoje, um período de muita medicalização do doente psiquiátrico.^{1,2,3} Em seus primeiros relatos, George Still, focava-se mais aos conceitos de impulsividade e não valorizava ainda desatenção, esses sintomas e suas importâncias na doença alteraram muito com o continuidade dos estudos, sendo que o grupo de sintomas que hoje agrupamos no TDAH já foi associado a defeitos do controle moral, deficiências mentais leves e seguiu até os anos 70 tendo como pilar a hiperatividade, enquanto que hoje se dá grande valor ao caráter da desatenção. Ou seja, é uma doença que foi classificada e reorganizada dentre as afecções psiquiátricas muitas vezes.^{1,11}

Na sua história, porém, tem-se um ponto em comum, o fato dela ter sido sempre estudada e acompanhada na infância, tal característica se justifica principalmente pela facilidade de percepção dos sintomas nessa fase da vida.¹ Sua forma adulta foi reconhecida apenas a partir da publicação do DSM-3 em 1980.⁴ Acreditava-se que a melhora dos sintomas mais característicos durante a adolescência era um sinal de remissão, mas foi-se percebendo que seus efeitos perduram pela vida adulta e inclusive apresentam caráter hereditário.^{1,5,6,7}

Enfim, o que este trabalho tem como objetivo é revisar e analisar a literatura com intuito não só de tentar entender os motivos pelo qual esta doença ainda ser subdiagnosticada em adulto, mas principalmente estudar as consequências do TDAH na neste grupo e o quão importante é necessário estar atento a possibilidade deste diagnóstico devido a suas comorbidades.

2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 Definição

Tendo-se como base as definições dadas pelo DSM-5 e CID-11, podemos definir o TDAH como uma desordem caracterizada por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, levando a um prejuízo no desenvolvimento durante a infância e ficando claro certo nível de interferência no funcionamento social, acadêmico e profissional.^{8,9} Tais sintomas têm caráter persistente e ultrapassam os limites da normalidade, além de estarem presentes em diversas esferas de convívio da criança/adulto. Como ressalva tem-se que todos os sintomas variam de intensidade de indivíduo para indivíduo, podendo até não estarem todos presentes ao mesmo tempo, ou seja, pode-se apresentar um quadro predominantemente desatento, hiperativo/impulsivo ou combinado.^{8,9}

Quanto aos sintomas, a desatenção apresentada se refere a uma dificuldade da manutenção do foco em atividades que não apresentem altos níveis estimulatórios e retornos imediatos. Já a hiperatividade é o excesso de atividade motora e dificuldade de manter-se parado(inquietude), evidenciado em atividade nas quais se requer autocontrole. Por fim, a impulsividade é a característica de agir imediatamente a algum estímulo, sem que haja deliberação dos riscos de consequência dos atos.^{8,9}

2.2 Epidemiologia

A distribuição da população com TDAH tem como principal variável a faixa etária. As populações mais jovens são as que apresentam maior prevalência, estudos isolados em pré-escolares chegam até a apresentar médias entre 25.8% e 31.1%, o que varia muito da média mundial que fica entre 3-7% em crianças e pode mostrar fragilidade nos critérios diagnósticos.¹⁰ Já na população adulta tem-se uma prevalência menor entre 2.5-5%, mostrando que ou há remissão da doença e/ou subdiagnóstico.^{8,11}

Com relação à distribuição por gênero os meninos tendem a apresentar uma maior prevalência (2:1) na infância, mantendo tal característica na vida adulta(1,6:1).⁸ Em relação às diferenças geográficas se mostra uma significativa proximidade dos dados apresentados na América do Norte, América do Sul, Europa, Ásia e Oceania. Entretanto, dentro de uma mesma população, quando se avaliam diferentes etnias, o que é visto é um predomínio maior de diagnósticos na população branca sobre a latina e afro-descendente, sugerindo que fatores culturais têm influência sobre a doença, sendo a provável razão as diferentes percepções dos seus sintomas.^{8,12}

2.3 Clínica

A clínica predominante apresentada pelo paciente com TDAH varia de acordo com a faixa etária. Nas crianças em sua fase inicial do desenvolvimento é percebido pelos pais excesso em sua atividade motora, porém, devido a própria idade, tal característica é de difícil distinção com as crianças que não apresentam TDAH. A identificação tende a ser feita quando a criança inicia a vida escolar e professores percebem a falta de atenção/foco quando comparado aos outros colegas em mesma atividade, ou então inquietude e agitação durante atividades desproporcionalmente às outras crianças .^{8,9}

Já durante a adolescência há certa estabilidade do transtorno, onde o caráter hiperativo da doença é reduzido e há um predomínio de sintomas de desatenção, podendo estar associado a baixo desempenho escolar, dificuldades de realizar tarefas domésticas, tal apresentação contínua na vida adulta onde também a impulsividade ganha importância.¹³ O adulto perdura com dificuldades com planejamento, organização financeira, relacionamento familiar e laboral.¹⁴

2.4 Critérios Diagnósticos

O critério diagnóstico é baseado na presença de sintomas que causem prejuízos no funcionamento social e desenvolvimento do indivíduo. Tais sintomas se apresentam na forma de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade.^{8,9}

Para que se faça o diagnóstico é necessário no jovem que se encontre seis ou mais sintomas característicos de pelos uma de ambas as formas, sendo que no adulto utiliza-se um ponto de corte menor com apenas cinco sintomas.^{8,9,17,18}

Depende-se para que seja feito o diagnóstico da presença destes sintomas previamente a idade de 12 anos e a apresentação em pelo menos dois ambientes de convívio (casa, escola, trabalho, amigos e outras atividades por exemplo).^{8,9,17}

Deve-se excluir momentaneamente dos critérios pessoas que encontram-se no curso de transtorno psicótico ou apresentam quadros que se encaixem melhor em outros transtornos mentais específicos.^{8,9}

3 DISCUSSÃO

Pediatras e psiquiatras infantis acabam sendo geralmente os responsáveis pelos primeiros atendimentos da pessoa com TDAH e são justamente nas crianças que comumente os diagnósticos são feitos.¹⁵ A convivência social da criança no ambiente escolar, a participação em atividades coletivas e a própria imaturidade fazem com que sintomas de desatenção e hiperatividade fiquem mais claros neste grupo, ficando mais evidente a comparação do comportamento apresentado e seus desvios entre diferentes colegas de sala, por exemplo.^{15,16,19}

Porém, vai ser no adulto jovem que muitas vezes as consequências da doença se mostram mais graves. Justamente quando o jovem sai de casa e se afasta de grande parte de sua estrutura social, antes presente na vida da criança como pais e professores, fica exacerbada a incapacidade de manter uma rotina, compromissos e gerenciar seu dinheiro, dificuldade de manter um trabalho fixo, queda do desempenho acadêmico, por exemplo.^{19,20}

Quando estudamos uma doença que desde seus primeiros relatos em 1902 até 1980 era tida como exclusiva de crianças já evidencia-se alguns dos entraves do estudo dessa condição, há a necessidade de desvencilhar dessa limitação inicial e de acumular material científico para uma melhor definição e compreensão desta condição nas diferentes fases da vida.¹ Tal preocupação é clara quando em todas as

edições seguintes ao DSM-3, onde ocorreu a oficialização da possibilidade deste diagnóstico no adulto, houve atualizações tanto em definições, quanto em pontos de corte dos sintomas necessários possibilitando um melhor diagnóstico do TDAH no adulto.^{4,8,21} O que se mostra como algo positivo pelo fato de o conhecimento estar se desenvolvendo nesta área, entretanto também faz com que resultados e conclusões obtidos em trabalhos mais antigos sejam mais heterogêneos ainda, uma vez que diferentes trabalhos usam diferentes critérios diagnósticos, devendo toda análise se preocupar com este fato.⁵

Mas de onde surgem as dificuldades de realizar o diagnóstico no adulto? Um dos empecilhos é a recuperação de dados para que seja feito o diagnóstico. Para que o diagnóstico seja feito é preciso que a pessoa tenha apresentado os sintomas durante a infância e muitas vezes tais desvios de comportamento não são valorizados pelo próprio paciente, são características que ele desvaloriza ou que associa a própria personalidade. Durante consultas com crianças e adolescentes é facilitada a obtenção devido o relatos de pais, parentes próximos e educadores, enquanto que no adulto o paciente se apresenta de forma mais independente, necessitando muito do autorrelato.^{11,17,18,19}

Uma vez que o diagnóstico é difícil, pode-se ter a ideia de procurar usar preditores de persistência do TDAH na vida adulta ao se estudar características específicas da doença na infância.^{13,22} Até mesmo porque o conhecimento e compreensão dos prognósticos de desordens crônicas são sempre acompanhados de melhorias no desenvolvimento do tratamento e seguimento das pessoas acometidas.¹¹ Com o que temos de dados é possível dizer que exposição a traumas, problemas familiares como separação ou presença de psicopatologia nos pais, fatores genéticos e perinatais sugerem fracamente um pior prognóstico. Já a gravidade do quadro diagnosticado na infância, a presença de tratamento para o TDAH, apresentação conjunta com transtorno da conduta ou depressão maior se associam mais fortemente à persistência da doença na vida adulta. Entretanto, a literatura nos apresenta dados muito escassos em pesquisas pequenas e pouco correlacionadas, fazendo com que estas evidências sejam muito fracas e não devam ser tratadas como verdades absolutas, apenas indícios.^{13,22}

Dentre os supostos preditores anteriormente citados, dois precisam ser mais discutidos. Primeiro, o tratamento ter sido um forte preditor, tal fato parece antagônico com a ideia inicial de um tratamento auxiliar na remissão da condição, mas pode ser justificado pois indivíduos com um tratamento mais incisivo são justamente os que apresentam quadros mais graves e precisam de mais intervenção. Já o segundo tema são os fatores genéticos da doença, ainda que não sejam bons para prever gravidade, são de grande importância para um possível rastreio da doença.^{13,22} Pais de crianças com TDAH têm quatro vezes mais chances de apresentar a mesma doença, ou seja, em um contexto mais amplo da saúde pública investigar ativamente estes pais pode se mostrar como uma eficiente alternativa para encontrar pacientes adultos que até então encontram-se sem diagnóstico.²³

Outro ponto importante quando pensamos nas comorbidades do adulto é que os sintomas apresentados, em principal os da hiperatividade, tendem a diminuir com o desenvolvimento da criança durante a adolescência e início da vida adulta. O TDAH é uma doença que a remissão é um fator importante dela, entretanto, como muitas das características dessa doença, deve ser vista dentro do contexto das tantas limitações que o atual conhecimento nos impõe. Quando define-se persistência como a manutenção de um quadro que continue apresentar todos os critérios diagnósticos, apenas 15% das crianças chegam na vida adulta com o mesmo diagnóstico. Enquanto que ao ser considerado uma persistência parcial, com a presença de alguns sintomas, mesmo que em quantidade insuficiente, mas tendo algum nível de prejuízo em seu convívio, temos uma estimativa de 40-60% de manutenção do diagnóstico. Sendo os números tão discrepantes fica evidente que ainda existe espaço para que os critérios hoje usados nos adultos sejam trabalhados e melhores ajustados a essa população.^{5,7,13}

Um equívoco quanto ao TDAH é acreditar que o portador desta doença é incapaz de manter-se concentrado, a realidade é que a pessoa com TDAH tem sim esta habilidade, porém, a ela falta a capacidade/controlar de usar tal habilidade quando lhe é requerido. Por exemplo, vê-se muitas vezes uma situação de hiperfoco, em que a pessoa se mantém focada durante horas numa mesma atividade, seguida de momentos de total falta de atenção ao ser redor ou

solicitações feitas a ela. Deste modo talvez poderia ser melhor definido como uma instabilidade de atenção.^{11,20}

No caso dos sintomas da hiperatividade, que principalmente no adulto não se manifestam a todo momento, também pode-se ver um paciente se manter calmo durante toda uma consulta e ainda sim ter o quadro diagnosticado com apresentação de características de hiperatividade. Deve-se atentar a história de excesso de trabalho e atividade esportivas, incapacidade de parar de falar, muitas vezes relatado como "perda de freio". Semelhante aos sintomas de déficit de atenção aqui também vemos uma flutuação, ou até mesmo uma adaptação do paciente que realoca a "energia excessiva" em atividades específicas de seu dia-a-dia.^{11,14,19}

Seguindo esses dois exemplos fica importante lembrar que como doença relacionada à convivência social a inteligência do paciente, a estrutura familiar e educacional a que ele foram fornecidas ajudam a moldar a forma que as comorbidades se apresentarão.²⁴ Tal fato é visível nas diferenças das principais sintomas apresentados por meninos e meninas, em que o primeiro grupo desde a infância é incentivado a atividades físicas, muitas vezes aceitando-se até certo nível de agressividade, de forma que o sintomas relacionados a hiperatividade e impulsividade acabam sendo mais predominantes nos homens adultos.^{7,11,}

A doença apresenta também um peso econômico, os custos sociais e na área da saúde são estimados serem duas vezes maiores que em pessoas não afetadas por esta condição.¹¹ O custo elevado vem do tratamento, consultas médicas, atendimento de emergência devido a acidentes, tratamento de vícios, perda educacional e outros comportamentos de risco a que a pessoa se expõe. Fazendo com que pessoas que continuem não diagnosticadas representem um uso ineficiente do sistema de saúde, uma vez que o não diagnóstico implica em mais gastos.²³ Outros custos como perda da produtividade no trabalho são difíceis de contabilizar, já que dependem de muitas variáveis, mas alguns estudos chegam a dizer que tanto pela redução da produtividade, pelo aumento na taxa de acidentes de trabalho, a pessoa com TDAH trabalha por volta de 4-5% menos que um trabalhador não afetado por esta doença.¹¹

Outro ponto em que a gravidade dos comportamentos de riscos do doente com TDAH pode ser vista é quando estudada a prevalência dessa doença na população carcerária. Estima-se que por volta de 25.5% desta população apresente ou tenha apresentado na infância características que definem a presença desta doença, o que significa um aumento de cinco vezes do esperado na população geral. Mas não só isso, o detento com TDAH também tem mais chances de apresentar má conduta, maiores taxas de reincidência e menos chances de se manter em liberdade condicional.^{25,26}

A associação do TDAH com risco elevado de suicídio e ideação suicida também pode ser feita. Em um estudo de coorte sobre o assunto incluindo cinquenta mil participantes mostrou que pessoas com TDAH tem 3,6 vezes mais chance de tentar e 5,9 vezes mais chance de efetivamente cometer o suicídio do que os grupos controle. Mostrando a relação da do comportamento impulsivo-agressivo dos adultos com essa doença tanto com uma elevada taxa de tentativas de suicídio, quanto com uma elevada letalidade, fazendo com que o reconhecimento do TDAH seja uma importante ferramenta para evitar que haja uma outra tentativa.^{27,28}

Tem-se também como comorbidade presente no TDAH o abuso de drogas, que não só se mostra como um risco ao adolescente e jovem adulto, como também se associa a um comportamento mais agressivo e risco elevado de suicídio. A apresentação desse quadro de abuso de entorpecentes é diretamente proporcional à quantidade de sintomas de TDAH apresentados e ao mesmo tempo mais duradoura e precoce quando compara-se a outros grupos que não apresentam o TDAH. Ou seja, o problema já existente de suicídio e ideação suicida se potencializa no momento em que a doença já preexistente expõe a pessoa a outros grupos reconhecidamente de risco para este.^{29,30}

Não apenas o suicídio e abuso de drogas, o que se vê é uma lista de comportamentos de risco associados ao quadro de TDAH, podemos citar aumento da chance acidentes de trânsito e domésticos como com animais e queimaduras; não uso de contraceptivos, levando ao aumento na chance de gravidez indesejada e dsts; além de apresentarem chance reduzida de completar o ensino superior e maior dificuldade em manter um trabalho em período integral, salários menores.^{7,11,15,23}

De forma complexa, a percepção do diagnóstico pode ser tanto um alívio quanto aumentar o sofrimento do paciente. Enquanto alguns encaram como positivo ter finalmente uma resposta para a origem dos problemas que o acompanham a vida inteira, outros acabam por se incomodar ao saber que talvez traços que antes eles tinham como da própria personalidade na verdade podem ser sintomas de uma doença não tratada. Assim sendo, a aceitação do tratamento varia de forma significativa e é só mais um exemplo da heterogeneidade da doença.^{31,32}

O diagnóstico do TDAH no adulto dificulta-se também pela certa semelhança desta doença com transtornos bipolares, mais especificamente com suas fases maníacas e a sobreposição de algumas de suas características. Enquanto o TDAH antes era acompanhado quase que em sua totalidade na infância, o estudo do transtorno bipolar era focado no adulto. Mas hoje sabe-se que ambas as condições se estendem a todas as faixas etárias, e inclusive se relacionam de forma comorbida. Adultos com TDAH apresentam também transtorno bipolar em 9,5% a 21.2% dos casos, adultos com transtorno bipolar apresentam TDAH em 5,1% a 47.1% dos casos, nos jovens com transtorno bipolar 85% se enquadram no diagnóstico de TDAH, enquanto 22% dos jovens com TDAH teriam também critérios para diagnosticar quadro de transtorno bipolar.^{33,34,35}

Ainda que estejam muito relacionadas, os quadros das duas condições têm características distintas que ajudam no diagnóstico diferencial. O TDAH apresenta quadros mais estáveis e com isso prejuízos mais notáveis no desenvolvimento intelectual, enquanto o transtorno bipolar se apresenta de forma episódica com surtos psicóticos, flutuação da autoestima e produtividade, por exemplo.^{33,34,35}

E quais seriam o impacto destas duas condições quando apresentadas ao mesmo tempo? Adultos bipolares com diagnóstico de TDAH, feito em qualquer momento de sua vida, apresentam seu primeiro surto maníaco de 3 a 5 anos mais precocemente, mais frequentes ao decorrer de sua vida e com maior severidade, além claro das diversas comorbidades que acompanham o TDAH normalmente. O paciente bipolar com TDAH têm também dificuldades maiores em manter o tratamento, o que pode justificar algumas destas condições.^{33,34,35}

4 CONCLUSÃO

A apresentação do TDAH na vida adulta tende a ser um tema cada vez mais importante nas discussões sobre esta doença e sabe-se que o assunto ainda tem muito espaço para crescer, tanto na melhor definição de seus critérios diagnósticos, quanto num melhor entendimento de suas comorbidades. A grande variância de praticamente todos os dados estatísticos relacionados a esta condição mostra justamente esta fraqueza da aplicabilidade dos critérios hoje utilizados.

Mesmo que a subjetividade esteja mais presente no diagnóstico psiquiátrico do que de outras especialidades é preciso que se foque em uma melhor padronização deste diagnóstico, para que principalmente médicos generalistas possam ao menos ter uma melhor capacidade técnica para identificar a suspeita de casos. Hoje esta condição é praticamente ignorada fora de consultas psiquiátricas e neuropediátricas, ou seja, a pessoa que não foi acolhida na infância, conviverá com os problemas e comorbidades gerando grande prejuízo funcional a sua vida

Além disso, esta é uma doença com alto custo social, em que se pode apresentar prejuízos no desenvolvimento acadêmico, perda de produtividade, violência, abuso de drogas, criminalidade, gravidez na adolescência e altas taxas de suicídio. Assim dizendo, é um quadro que gera sofrimento e que há a possibilidade de um tratamento, mas que não se é feito pela falta de aplicabilidade de mecanismos diagnósticos eficientes.

REFERÊNCIAS

1. CALIMAN, Luciana Vieira. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília , v. 30, n. 1, p. 46-61, 2010
2. MANNUZZA, Salvatore, Ph.D.; KLEIN, Rachel G., Ph.D.; TRUONG, Nhan L., M.A.; MOULTON, John L., III, Ph.D.; ROIZEN, Erica R., B.A.; HOWELL, Kathryn H., B.S.; CASTELLANOS, Francisco X., M.D. Age of Methylphenidate Treatment Initiation in Children With ADHD and Later Substance Abuse: Prospective Follow-Up Into Adulthood. *American Journal of Psychiatry*, vol. 165, nº 5, p. 604–609, maio 200820192018
3. KAZDA, Luise; BELL, Katy; THOMAS, Rae; MCGEECHAN, Kevin; BARRATT, Alexandra. Evidence of potential overdiagnosis and overtreatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents: protocol for a scoping review. *BMJ Open*, vol. 9, nº 11, p. e032327, nov. 2019
4. Associação Psiquiátrica Americana (APA). *Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais, DSM 3*. São Paulo: Manole, 1989.
5. FARAONE, STEPHEN V.; BIEDERMAN, JOSEPH; MICK, ERIC. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, vol. 36, nº 2, p. 159–165, 3 maio 2005
6. HIDALGO-LOPEZ, Catalina et al . Riesgo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y otros trastornos psiquiátricos de los hermanos de pacientes con TDAH. *rev.colomb.psiquiatr.*, Bogotá , v. 48, n. 1, p. 44-49, Mar. 2019
7. FRANKE, Barbara; MICHELINI, Giorgia; ASHERSON, Philip; BANASCHEWSKI, Tobias; BILBOW, Andrea; BUITELAAR, Jan K.; CORMAND, Bru; FARAONE, Stephen V.; GINSBERG, Ylva; HAAVIK, Jan; KUNTSI, Jonna; LARSSON, Henrik; LESCH, Klaus-Peter; RAMOS-QUIROGA, J. Antoni; RÉTHELYI, János M.; RIBASES, Marta; REIF, Andreas. Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European Neuropsychopharmacology*, vol. 28, nº 10, p. 1059–1088, out. 2018
8. Associação Psiquiátrica Americana (APA). *Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais, 5ª edição - DSM-5*. Porto Alegre: Artmed; 2014
9. World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*

10. HORA, Ana Flávia et al . A prevalência do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (tdah): uma revisão de literatura. *Psicologia*, Lisboa , v. 29, n. 2, p. 47-62, dez. 2015
11. KOOIJ, J.J Sandra. *Adult ADHD Diagnostic Assessment and Treatment*. London: Springer London, 2013.
12. POLANCZYK, Guilherme, M.D.; DE LIMA, Maurício Silva, M.D., Ph.D; HORTA, Bernardo Lessa, M.D., Ph.D; BIEDERMAN, Joseph, M.D.; ROHDE, Luis Augusto, M.D., Ph.D. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *American Journal of Psychiatry*, vol. 164, nº 6, p. 942–948, jun. 2007
13. SCHMITZ, Marcelo; POLANCZYK, Guilherme; ROHDE, Luis Augusto Paim. TDAH: remissão na adolescência e preditores de persistência em adultos. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro , v. 56, supl. 1, p. 25-29, 2007
14. CASTRO, Carolina Xavier Lima; DE LIMA, Ricardo Franco. Consequências do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na idade adulta. *Rev. psicopedag.*, São Paulo , v. 35, n. 106, p. 61-72, 2018
15. FARAONE, Stephen V., Ph.D.; BIEDERMAN, Joseph, M.D.; SPENCER, Thomas, M.D.; MICK, Eric, Sc.D.; MURRAY, Kate, B.A.; PETTY, Carter, M.S.; ADAMSON, Joel J., B.A.; MONUTEAUX, Michael C., Sc.D. Diagnosing Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Are Late Onset and Subthreshold Diagnoses Valid? *American Journal of Psychiatry*, vol. 163, nº 10, p. 1720–1729, out. 2006
16. DESIDERIO, Rosimeire C. S.; MIYAZAKI, Maria Cristina de O. S.. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. *Psicol. Esc. Educ. (Impr.)*, Campinas , v. 11, n. 1, p. 165-176, June 2007
17. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *PEDIATRICS*, vol. 128, nº 5, p. 1007–1022, 16 out. 2011
18. DIAS, Gabriela et al . Diagnosticando o TDAH em adultos na prática clínica. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro , v. 56, supl. 1, p. 9-13, 2007
19. MATTOS, Paulo et al . Painel brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, Porto Alegre , v. 28, n. 1, p. 50-60, Apr. 2006

20. UIZAO, Andréia Migliorini; SCICCHITANO, Rosa Maria Junqueira. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: um recorte da produção científica recente. *Rev. psicopedag.*, São Paulo, v. 31, n. 96, p. 289-297, 2014
21. Associação Psiquiátrica Americana (APA). Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais, DSM 4. São Paulo: Manole, 1989.
22. CAYE, Arthur; SPADINI, Alex V.; KARAM, Rafael G.; GREVET, Eugenio H.; ROVARIS, Diego L; BAU, Claiton H. D.; ROHDE, Luis A.; KIELING, Christian. Predictors of persistence of ADHD into adulthood: a systematic review of the literature and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 25, nº 11, p. 1151–1159, 28 mar. 2016
23. GINSBERG, Ylva; QUINTERO, Javier; ANAND, Ernie; CASILLAS, Marta; UPADHYAYA, Himanshu P. Underdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adult Patients. *The Primary Care Companion For CNS Disorders*, 12 jun. 2014
24. WILENS, Timothy E.; BIEDERMAN, Joseph; SPENCER, Thomas J. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Across the Lifespan. *Annual Review of Medicine*, vol. 53, nº 1, p. 113–131, fev. 2002
25. BAGGIO, Stéphanie; FRUCTUOSO, Ana; GUIMARAES, Marta; FOIS, Eveline; GOLAY, Diane; HELLER, Patrick; PERROUD, Nader; AUBRY, Candy; YOUNG, Susan; DELESSERT, Didier; GÉTAZ, Laurent; TRAN, Nguyen T.; WOLFF, Hans. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Detention Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, vol. 9, 2 ago. 2018
26. LICHTENSTEIN, Paul; HALLDNER, Linda; ZETTERQVIST, Johan; SJÖLANDER, Arvid; SERLACHIUS, Eva; FAZEL, Seena; LÅNGSTRÖM, Niklas; LARSSON, Henrik. Medication for Attention Deficit–Hyperactivity Disorder and Criminality. *New England Journal of Medicine*, vol. 367, nº 21, p. 2006–2014, 22 nov. 2012
27. YANG, Chan-Mo; KIM, Bung-Nyun. The Association between Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and the Number of Suicide Attempts among Male Young Adults with Unipolar and Bipolar Depression. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 31, nº 2, p. 88–93, 1 abr. 2020
28. CONEJERO, I.; JAUSSENT, I.; LOPEZ, R.; GUILLAUME, S.; OLIÉ, E.; HEBBACHE, C.; COHEN, R. F.; KAHN, J. P.; LEBOYER, M.; COURTET, P.; LOPEZ-CASTROMAN, J. Association of symptoms of attention deficit-hyperactivity disorder and impulsive-aggression with severity of suicidal behavior in adult attempters. *Scientific Reports*, vol. 9, nº 1, 14 mar. 2019

29. VOLKOW, Nora D., M.D.; SWANSON, James M., Ph.D. Does Childhood Treatment of ADHD With Stimulant Medication Affect Substance Abuse in Adulthood? *American Journal of Psychiatry*, vol. 165, nº 5, p. 553–555, maio 2008
30. KOLLINS, Scott H. ADHD, Substance Use Disorders, and Psychostimulant Treatment. *Journal of Attention Disorders*, vol. 12, nº 2, p. 115–125, 12 out. 2007
31. YOUNG, Susan; BRAMHAM, Jessica; GRAY, Katie; ROSE, Esther. The Experience of Receiving a Diagnosis and Treatment of ADHD in Adulthood. *Journal of Attention Disorders*, vol. 11, nº 4, p. 493–503, jan. 2008
32. SALUM, Giovanni Abrahão et al . Diagnostic operationalization and phenomenological heterogeneity in psychiatry: the case of attention deficit hyperactivity disorder. *Salud Ment, México* , v. 41, n. 6, p. 249-260, dic. 2018
33. RYDÉN, E.; THASE, M. E.; STRÅHT, D.; ÅBERG-WISTEDT, A.; BEJEROT, S.; LANDÉN, M. A history of childhood attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) impacts clinical outcome in adult bipolar patients regardless of current ADHD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 120, nº 3, p. 239–246, set. 2009
34. TORRALVA, Teresa; GLEICHGERRCHT, Ezequiel; TORRENTE, Fernando; ROCA, María; STREJILEVICH, Sergio A.; CETKOVICH, Marcelo; LISCHINSKY, Alicia; MANES, Facundo. Neuropsychological functioning in adult bipolar disorder and ADHD patients: A comparative study. *Psychiatry Research*, vol. 186, nº 2–3, p. 261–266, abr. 2011
35. KLASSEN, Larry J.; KATZMAN, Martin A.; CHOKKA, Pratap. Adult ADHD and its comorbidities, with a focus on bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, vol. 124, nº 1–2, p. 1–8, jul. 2010