

# BMJ Best Practice

## Transtorno de deficit da atenção com hiperatividade em adultos

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	5
Fisiopatologia	6
Classificação	7
<b>Prevenção</b>	<b>10</b>
Prevenção primária	10
Rastreamento	10
Prevenção secundária	10
<b>Diagnóstico</b>	<b>11</b>
Caso clínico	11
Abordagem passo a passo do diagnóstico	11
Fatores de risco	12
Anamnese e exame físico	13
Exames diagnóstico	16
Diagnóstico diferencial	17
Critérios de diagnóstico	20
<b>Tratamento</b>	<b>24</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	24
Visão geral do tratamento	26
Opções de tratamento	28
<b>Acompanhamento</b>	<b>39</b>
Recomendações	39
Complicações	39
Prognóstico	41
<b>Diretrizes</b>	<b>42</b>
Diretrizes de diagnóstico	42
Diretrizes de tratamento	42
<b>Recursos online</b>	<b>44</b>
<b>Referências</b>	<b>45</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>50</b>

## Resumo

- ◇ Um transtorno comum em adultos, considerado uma persistência do transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) da infância. Prevalência de 2% a 5% na população geral e de 10% a 20% nas pessoas com um transtorno comum da saúde mental.
- ◇ Caracterizado principalmente pela inquietude interna em lugar da hiperatividade; impaciência; busca de sensações e gastos excessivos em lugar da impulsividade; desatenção; e comprometimento funcional com insucesso e desorganização.
- ◇ Das pessoas diagnosticadas com TDAH quando crianças, apenas 15% retêm o diagnóstico de TDAH completo aos 25 anos de idade, embora uma proporção muito maior (65%) satisfaça os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) para o TDAH em remissão parcial.
- ◇ Diagnosticado pela história clínica. A autoavaliação não deve ser a principal fonte das informações. A história colateral é extremamente útil. Os testes neuropsicológicos podem ser úteis em alguns casos.
- ◇ Aproximadamente 75% dos adultos com TDAH terão pelo menos um outro transtorno de saúde mental; frequentemente, ansiedade, transtornos de humor, transtorno de personalidade, uso inadequado de substâncias e outros quadros clínicos neurodesenvolvimentais.
- ◇ O TDAH como quadro clínico primário é mais claramente diagnosticado quando os transtornos de humor ou ansiedade não estão ativos. Trate os transtornos psiquiátricos óbvios conforme o habitual e avalie com cuidado os efeitos desse tratamento na cognição (atenção, concentração, memória).
- ◇ Os medicamentos estimulantes (metilfenidato, derivados da anfetamina) são o tratamento de primeira linha; os medicamentos não estimulantes, incluindo a atomoxetina, formam uma segunda linha de tratamento.
- ◇ As terapias psicológicas, incluindo terapia cognitivo-comportamental, terapia metacognitiva e terapia comportamental dialética, podem ser eficazes para reduzir os sintomas em combinação com medicamento.

## Definição

O transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH) em adultos é um transtorno do desenvolvimento neuronal que apresenta desatenção, impulsividade e hiperatividade, persistindo até a fase adulta. O diagnóstico pode ser efetuado na fase adulta ou na infância até aos 7 anos de idade (o limite aumentou para 12 anos de idade no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição [DSM-5]). O comprometimento funcional é um critério para o diagnóstico. Transtornos comórbidos estão presentes em mais de 75% dos casos em adultos.

## Epidemiologia

Prevalência:

- Estudos em populações diferentes encontraram estimativas de prevalência semelhantes. No Reino Unido, a prevalência do transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH) em adultos é estimada em 3% a 4%.<sup>[2]</sup> No Canadá, a prevalência estimada é 3% a 6%;<sup>[3]</sup> nos EUA, é de 4.4%.<sup>[4]</sup> e, na França, de 4% a 5%.<sup>[5]</sup> Um outro grande estudo estratificou a prevalência de TDAH (em pessoas de 18 a 44 anos) em países de baixa e alta renda. Com uma média geral de 3.4% (faixa de 1.2% a 7.3%), ele evidenciou uma prevalência menor em países de baixa renda (1.9%) em comparação com países com renda mais alta (4.2%).<sup>[6]</sup> Um estudo com estudantes universitários observou que a prevalência de TDAH nessa população é de 4%.<sup>[7]</sup> Uma metanálise estimou um índice entre 2% e 5%.<sup>[8]</sup>
- Em uma pesquisa realizada em 2014 na Inglaterra, utilizando uma escala de autorrelato, 1 em cada 10 entrevistados adultos foram rastreados como positivos para TDAH (o que significa que precisaram de uma avaliação mais completa). Embora a prevalência real de TDAH seja menor que 1 em 10, esses achados sugerem que as características do TDAH estão disseminadas na população adulta.<sup>[9]</sup>
- Estudos observaram que a probabilidade de médicos da unidade básica de saúde diagnosticarem o TDAH em adultos é menor que a de psiquiatras.<sup>[7]</sup>

Subtipos:

- De acordo com uma triagem da população por telefone em adultos nos EUA, o TDAH do tipo combinado e o TDAH do tipo hiperativo são menos comuns em adultos que o TDAH do tipo desatento.<sup>[7]</sup>

Comorbidade:

- A maioria dos pacientes com TDAH em adultos tem outros transtornos psiquiátricos e, frequentemente, mostra também características de outros transtornos do neurodesenvolvimento, inclusive transtorno do espectro autista,<sup>[10]</sup> dislexia, discalculia e dispraxia. Transtornos de ansiedade, humor (depressão e transtorno bipolar<sup>[11]</sup>) e o uso de substâncias são os quadros clínicos psiquiátricos concomitantes mais comuns.

Disparidades de sexo:

- Em crianças, o TDAH é diagnosticado muito mais comumente em meninos que em meninas, com uma relação de 5:1; na população adulta; embora o diagnóstico permaneça positivamente associado ao sexo masculino, a relação é menos desproporcional.<sup>[12]</sup> Estudos mais recentes reportam uma razão de homens/mulheres mais próxima de 3:1, talvez como resultado de um melhor diagnóstico

em mulheres feito por médicos.[13] Entre adultos, a razão de homens/mulheres é reportada como de aproximadamente 3:2.[4] Uma pesquisa nacional nos EUA sobre a prevalência do transtorno no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (quarta edição) (DSM-IV) identificou que 61.6% dos adultos com TDAH são homens.[4] Meninas com TDAH demonstram mais sintomas do tipo desatento, com um início tardio da deficiência. Também se sugere que meninas com TDAH internalizem seus problemas e, portanto, não sejam diagnosticadas.

Disparidades étnicas:

- Nos EUA, o TDAH em adultos é mais prevalente em brancos não hispânicos.[4]

Diferenças de classe:

- O TDAH em adultos é mais comum em pessoas previamente casadas e naquelas que estão desempregadas ou incapacitadas.[4]
- A inquietude pode fazer adultos com TDAH evitarem trabalhos principalmente sedentários ou nos quais eles fiquem em um espaço confinado.[1]
- É menos provável que adultos com sintomas de TDAH concluam o ensino médio.[4]

Obesidade:

- Há evidências para uma associação significativa entre a presença de TDAH e obesidade/sobrepeso.[14]

## Etiologia

Predisposição genética:

- Estudos com gêmeos na infância relatam que o transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH) é aproximadamente 70% hereditário.[15] Estudos com gêmeos adultos, no entanto, relatam índices de herdabilidade muito menores, variando de 0.29 a 0.37. Presume-se que este seja um erro experimental relacionado a uma autoavaliação inadequada e à mudança dos sintomas da infância para a maturidade.[16] [17] [18]
- Estudos genéticos estão examinando a diferença entre os casos de TDAH que persistem da infância até a maturidade e os que não persistem. Sugere-se que a persistência é relacionada a uma disfunção subcortical prolongada, enquanto a remissão é dependente de mudanças maturacionais no controle executivo.[19]
- O gene receptor de dopamina D2, o gene da dopamina beta-hidroxilase, o gene receptor de dopamina D5, o gene receptor de dopamina D4, o gene transportador de dopamina (DAT1), o gene SNAP-25 (proteína associada ao sinaptossoma), o gene transportador de serotonina (5-HTT) e o gene da dopamina beta-hidroxilase (DBH) foram todos implicados na etiologia do TDAH.[15] [20] Estudos sobre o genoma inteiro identificaram genes novos, incluindo o CDH13 e variantes raras no número de cópias.[21]
- A pesquisa sobre as variantes no número de cópias (VNCs) identificou um número elevado de VNCs grandes em crianças com TDAH, junto com outros transtornos neurodesenvolvimentais e da saúde mental, sugerindo uma possível sobreposição a outros transtornos e uma forte ligação genética.[22]
- Existem evidências de que uma proporção dos genes não afeta os sintomas de TDAH até mais tarde na vida, enquanto outras têm um efeito no TDAH por toda a vida.

Fatores ambientais:

- A adversidade infantil está fortemente associada a sintomas de TDAH[23], assim como os fatores ambientais não compartilhados, especialmente a interação entre irmãos, o tratamento parental e as características dos grupos de pares.
- Estudos Ingleses-Romenos sobre adoção mostraram que, para os órfãos romenos institucionalizados por mais de 6 meses, o índice de TDAH é duas vezes maior que na população geral.[24]
- Baixo peso ao nascer e complicações na gestação e no parto foram associados ao desenvolvimento de TDAH. Embora o tabagismo materno tenha sido associado ao início de TDAH, agora se acredita que ele reflita defeitos genéticos, e não os efeitos tóxicos diretos da nicotina.[25]
- Aparentemente, o uso de antidepressivos pré-natal em mães está associado a um aumento do risco de TDAH nos descendentes, mas o risco também parece ser maior em crianças cujas mães usaram antidepressivos antes da concepção e naquelas com doença psiquiátrica que não usam antidepressivos, sugerindo que o aumento do risco pode ser explicado, pelo menos em parte, pela condição psiquiátrica preexistente da mãe.[26]

A neuroquímica cerebral e as alterações estruturais observadas em adultos e crianças com TDAH incluem:

- Redução do volume inteiro do cérebro.
- Down-regulation de neurotransmissores (dopamina e norepinefrina [noradrenalina]).
- Redução do volume das estruturas frontais corticais (principalmente à direita), subcorticais, caudais, cerebelares e de corpo caloso.[15]
- Existem evidências de um aumento do volume do corpo estriado após o tratamento com estimulantes, que não é observado em outras áreas afetadas.
- A tomografia por emissão de pósitrons mostra o metabolismo anormal da glicose cerebral nas áreas pré-frontal e pré-motora do lobo frontal em adultos com TDAH.[27]
- A tomografia computadorizada por emissão de fóton único demonstrou hipoperfusão e hipofunção nas regiões pré-frontal e estriatal de crianças e adultos com TDAH.[28]
- Estudos de convergência genômica mostraram que 44 dos 85 genes identificados no TDAH estão associados ao hipercrecimento de neuritos.[29]
- Os tratos frontoestriatal e frontocortical permanecem anormais em pessoas com TDAH por toda a vida, apesar do tratamento.
- De acordo com o modelo de atraso maturacional, crianças com TDAH apresentam perfis de neurodesenvolvimento representativos de crianças saudáveis em idade mais precoce,[30] possivelmente em decorrência de um atraso no desenvolvimento cortical (de até 2-3 anos), dependendo da região cortical específica.[31]

## Fisiopatologia

Os sintomas hiperativos e de desatenção do transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH) em adultos estão associados à função inibidora reduzida do córtex pré-frontal, um aparente resultado da down-regulation do receptor da noradrenalina. Os estudos de neuroimagem e tomografia por emissão de pósitrons mostram um metabolismo reduzido da glicose no córtex pré-motor e no córtex pré-frontal superior, e a ativação inibida do cíngulo anterior em adultos com TDAH.[15]

Alguns comprometimentos nas funções executivas ocorrem em adultos com TDAH, semelhantes aos achados nas crianças com o transtorno. Elas incluem reduções na vigilância, inibição motora, organização, solução de problemas, aprendizagem verbal e memória não verbal.



O corpo estriado é fisiologicamente responsável pela moderação do movimento, bem como pela filtragem de estímulos percebidos e sua vinculação com uma resposta dos lobos frontais, através da via frontoestriatal. Ele também parece ter um efeito na disposição de trabalhar a fim de ganhar uma recompensa. Ele é o principal centro de atividade da dopamina no cérebro. É provável que a redução em sua função, associada aos achados de volume reduzido, seja relacionada a uma resposta anormal aos estímulos, que resulta em distração, resposta emocional aos estímulos e motivação.

A resposta imediata dos pacientes de TDAH aos estimulantes parece derivar da ativação das vias dopaminérgicas dentro do corpo estriado e da ativação da catecolamina/dopamina dentro dos lobos frontais. As crianças que foram tratadas com estimulantes podem mostrar um aumento no crescimento da estrutura, embora nenhum efeito da maturação seja observado nos lobos frontais ou na via frontoestriatal.

Outras regiões do cérebro, como o córtex parietal, lobo parietal inferior, sulco temporal superior e sistema de ativação reticular, foram implicadas na função executiva e nos déficits de atenção característicos do TDAH.[15]

## Classificação

### **Classificação do transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH) em adultos**

Para diagnosticar o TDAH, os mesmos 18 sintomas primários desse transtorno descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (quarta edição) (DSM-IV) também são aplicados no DSM-5. Eles continuam a ser divididos em 2 áreas sintomáticas principais: desatenção e hiperatividade/impulsividade.

Entretanto, várias alterações foram realizadas em relação à categoria de TDAH no DSM-5:[1]

- Exemplos foram adicionados aos itens do critério para facilitar a aplicação durante toda a vida.
- O requisito para múltiplas situações foi reforçado para vários sintomas em cada contexto.
- O critério inicial foi alterado de "os sintomas que causavam o comprometimento estavam presentes antes dos 7 anos de idade" para "vários sintomas de desatenção ou hiperativos-impulsivos estavam presentes antes dos 12 anos de idade".
- Os subtipos foram substituídos por especificadores de apresentação que são mapeados diretamente para os subtipos prévios.
- Um diagnóstico comórbido com transtorno do espectro autista agora é considerado.
- Foi feita uma alteração no limiar dos sintomas em adultos para refletir evidências substanciais de comprometimento por TDAH clinicamente significativo. Para que se estabeleça um diagnóstico em adultos, o paciente somente precisa atender a 5 sintomas (em vez dos 6 necessários para pessoas mais jovens) em qualquer uma das 2 áreas principais: desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade.

Critérios do DSM-5 para transtorno de déficit da atenção com hiperatividade[1]

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com as funções e o desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):

1. Desatenção - 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção que persistem durante pelo menos 6 meses, até um grau em que se tornaram inconsistentes com o nível de desenvolvimento e que impactam negativa e diretamente as atividades sociais ou acadêmicas/ocupacionais: (NOTA: os

sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento de oposição, desobediência, hostilidade ou falha em compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos [com 17 anos de idade ou mais], pelo menos 5 sintomas são necessários.)

- Frequentemente incapaz de prestar atenção com foco nos detalhes ou comete erros descuidados nas tarefas da escola, no trabalho ou durante outras atividades (por exemplo, não presta atenção ou perde detalhes, o trabalho é impreciso).
- Frequentemente apresenta dificuldade em manter a atenção em tarefas ou realizar atividades interpretativas (por exemplo, dificuldade em se concentrar em palestras, conversas ou leituras extensas).
- Frequentemente parece não ouvir enquanto está conversando (por exemplo, parece estar pensando em outra coisa, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
- Frequentemente não segue instruções e não consegue terminar trabalhos da escola, tarefas ou obrigações no trabalho (por exemplo, começa as tarefas, mas rapidamente perde foco e se distrai facilmente).
- Frequentemente apresenta dificuldade em organizar tarefas e atividades (por exemplo, dificuldade em realizar tarefas sequenciais; dificuldade em manter os materiais e pertences em ordem; bagunça; trabalho desorganizado; gerenciamento de tempo ineficiente; falha em cumprir prazos).
- Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se ocupar de tarefas que exijam esforço mental contínuo (por exemplo, trabalhos da escola ou de casa; em adolescentes mais velhos e adultos, preparar relatórios, preencher formulários, revisar artigos extensos).
- Frequentemente perde coisas necessárias para as tarefas e atividades (por exemplo, materiais, lápis, livros, ferramentas, carteiras, chaves, documentos, óculos, celulares).
- Frequentemente se distrai com facilidade ante a estímulos externos (em adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).
- Frequentemente apresenta esquecimento em atividades diárias (por exemplo, tarefas, atividades rotineiras; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar chamadas, pagar contas, ir a compromissos).

2. Hiperatividade/impulsividade - 6 (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram durante pelo menos 6 meses, até um grau em que se tornaram inconsistentes com o nível de desenvolvimento e que impactam negativa e diretamente as atividades sociais ou acadêmicas/ocupacionais: (NOTA: os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento de oposição, desobediência, hostilidade ou falha em compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos [com 17 anos de idade ou mais], pelo menos 5 sintomas são necessários.)

- Frequentemente movimenta as mãos ou bate os pés e as mãos, ou se contorce quando está sentado.
- Frequentemente não consegue permanecer sentado quando necessário (por exemplo, sai da sala de aula, do escritório ou outro ambiente de trabalho, ou em outras situações em que deveria ficar parado).
- Frequentemente anda de um lado para o outro ou sobe nos móveis excessivamente em situações em que isso é inadequado (em adolescentes ou adultos, pode limitar-se a sentimentos de inquietude).
- Frequentemente tem dificuldade de, em silêncio, brincar ou ocupar-se com atividades de lazer.
- Frequentemente está "na correria" e frequentemente age como se estivesse "ligado em 220 volts" (por exemplo, é incapaz ou não se sente confortável em ficar parado por um período de



tempo prolongado, como em restaurantes, reuniões; pode dar a impressão de estar inquieto e ser difícil de acompanhar).

- Frequentemente fala em excesso.
- Frequentemente responde antes de se concluir a pergunta (por exemplo, termina a frase de outras pessoas; não consegue esperar a vez na conversa).
- Frequentemente tem dificuldade de esperar sua vez (por exemplo, enquanto aguarda em uma fila).
- Frequentemente interrompe ou invade a conversa dos outros (por exemplo, entra na conversa, jogos ou atividades; pode começar a usar objetos de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; em adolescentes e adultos, pode se intrometer ou assumir as tarefas de outras pessoas).

B. Vários sintomas de desatenção ou hiperativos-impulsivos presentes antes dos 12 anos de idade.

C. Vários sintomas de desatenção ou hiperativos-impulsivos estão presentes em 2 ou mais ambientes (por exemplo, em casa, escola ou trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).

D. Há evidências claras de que os sintomas interferem nas funções sociais, acadêmicas ou ocupacionais, ou reduzem a qualidade delas.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante a evolução da esquizofrenia ou de outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental.

Os critérios das seções A, B, C, D e E devem ser preenchidos para que se estabeleça o diagnóstico.

## **TDAH, em remissão parcial**

Para aqueles que não apresentam mais o transtorno completo, mas têm a funcionalidade ainda comprometida por certos sintomas, o diagnóstico deve ser de TDAH em remissão parcial.

## Prevenção primária

Uma vez que fatores ambientais relativamente comuns (pobreza, cuidados pré-natais precários, tabagismo materno, separação dos cônjuges, ambiente acadêmico estressante e estresse dos pais) estão associados ao desenvolvimento de transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH), uma ampla variedade de intervenções sociais, educacionais e baseadas na família poderia reduzir potencialmente a incidência de TDAH na infância e sua persistência para a maturidade.

## Rastreamento

### Escalas de classificação usadas no diagnóstico

As escalas de classificação adequadas para o transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH) em adultos incluem:

- Checklist de Comportamentos do TDAH de Barkley para Adultos[42]
- Questionário de Conners em TDAH para adultos[40]
- Escala de Brown para o Transtorno do Deficit de Atenção (BrownADDscales)[43]
- Escala de Autoavaliação para TDAH em Adultos da Organização Mundial da Saúde (OMS)[39]
  - [Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) symptom checklist - 18 item]
  - [Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) Screener - 6 item]
- Escala de Wender-Utah.[44] [45] [46] [47]

A realização de triagem em adultos para o TDAH é apropriada quando: 1) existe uma história familiar ou de TDAH na infância, 2) problemas em prestar atenção a informações e/ou habilidades insatisfatórias de planejamento e organização são observados na história relatada, 3) um adulto que está sendo tratado para um transtorno de humor, ansiedade ou de uso de substâncias não responde de maneira ideal aos tratamentos padrão, 4) em uma clínica para uso indevido de substâncias, 5) em ofensores altamente recidivantes e agressivos.[48] Os resultados das escalas de classificação são combinados com os resultados da entrevista e a avaliação do paciente, as informações de fontes secundárias e os testes adicionais (psicológicos, médicos), conforme for aplicável, na avaliação do paciente adulto para o diagnóstico de TDAH.[49]

## Prevenção secundária

As medidas preventivas secundárias incluem agendar o paciente para consultas de acompanhamento a fim de: 1) tratar o status da sintomatologia do TDAH, 2) avaliar sintomas psiquiátricos emergentes/agravamento dos transtornos psiquiátricos existentes e 3) avaliar qualquer preocupação com o uso de substâncias (inclusive o uso indevido de medicamentos prescritos) em tempo hábil. Os pacientes também podem ser encaminhados para instituições adequadas de tratamento (por exemplo, terapia familiar/conjugal), vocacional ou agências de serviço social, para tratar a deterioração nas relações conjugais e outras relações importantes, desempenho no trabalho ou status financeiro.

## Caso clínico

### Caso clínico #1

Um homem de 26 anos de idade relata dificuldade funcional no trabalho, o que o levou a perder o emprego recentemente. Ele foi tratado para transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH) na infância, a partir dos 12 anos de idade. Ele não conseguia se concentrar na escola e tinha problemas porque falava alto, saía da mesa e incomodava os colegas durante a aula. Os professores comentaram que ele não tinha o desempenho correspondente a suas habilidades. Com o tratamento com metilfenidato, os trabalhos na escola e o comportamento dele melhoraram e ele conseguiu terminar a escola com resultados que lhe permitiram entrar na universidade. No entanto, aos 18 anos de idade, ele interrompeu o tratamento com o medicamento porque acreditava que não precisava mais agora que era adulto. Depois de 6 meses na universidade, ficou com medo de que não conseguiria terminar o ano. Seu desempenho acadêmico piorou, ele começou a procrastinar e não conseguia se organizar para participar de palestras nem terminar suas tarefas no prazo.

### Caso clínico #2

Um homem de 54 anos de idade se apresenta quando sua parceira atual ameaça terminar o relacionamento por causa do seu comportamento instável e caótico. O paciente é um profissional bem-sucedido que não parece ter problemas. Entretanto, sua parceira, que forneceu uma história colateral de incapacidade de se concentrar, comportamento impulsivo, incapacidade de terminar projetos, desorganização e esquecimento, tem um neto que foi recentemente diagnosticado com TDAH e percebeu semelhanças entre os sintomas. O paciente teve uma história escolar caracterizada por dificuldade em permanecer sentado na sala de aula, distração, gerenciamento de tempo inapropriado, incapacidade de revisar as lições e insucesso. Ele sentia dificuldade em se manter empregado quando trabalhava para outros em virtude de se sentir limitado, por isso montou seu próprio negócio no qual podia gerenciar suas horas de trabalho e condições. Com o sucesso dos negócios, ele contratou pessoas que o ajudaram na organização porque, por exemplo, ele costumava pagar contas com atraso e multas. Seu comportamento impulsivo era problemático, pois ele falava sem pensar e, como resultado, perdia contratos lucrativos. Ele insistia que se não fosse tão "distraído", seria mais bem-sucedido no trabalho.

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico de TDAH é clínico e baseia-se na coleta de informações relevantes por meio de questionários de rastreamento e história clínica, e não de testes psicológicos. As escalas de gravidade dos sintomas de TDAH podem identificar o atual déficit de atenção, mas por si só essa deficiência não é diagnóstica de TDAH em adultos.

### História clínica

Quando um déficit de atenção específico é identificado em um adulto, a história dessa deficiência na infância deve ser investigada, pois é essencial para o diagnóstico. Em geral, a autoavaliação do paciente não é suficiente para essa história; o pai/mãe ainda vivo ou um irmão deve ser identificado para fornecer essa história, porque, em cerca de 40% dos casos, os pacientes exageram os sintomas de desatenção

na infância, em comparação com os relatórios dos pais.[32] A documentação por escrito dos relatórios da escola também pode ajudar. Se nenhum terceiro estiver disponível para fornecer dados relevantes, a confiança no possível diagnóstico do TDAH em adultos é proporcionalmente enfraquecida.

Se houver um déficit de atenção atual e a deficiência na infância for identificada, incluindo o relatório de um terceiro, a evolução dessa deficiência com o passar do tempo deve ser avaliada em relação a outros sintomas psiquiátricos comórbidos (mais comumente, sintomas de ansiedade e humor). Se os sintomas de humor/ansiedade forem considerados correlacionados aos sintomas de déficit de atenção, o diagnóstico de TDAH em adultos deve ser colocado em um nível mais baixo da árvore de diagnóstico diferencial. O transtorno específico de humor ou ansiedade deve ser identificado e tratado primeiro, com o adiamento do diagnóstico de TDAH em adultos até que essas comorbidades clínicas sejam resolvidas, se possível.

## Testes psicológicos e clínicos

Os pacientes com TDAH em adultos relatam problemas cognitivos claros, que podem ser atentos e/ou associados à deficiência na função executiva. Eles podem ser avaliados por especialistas usando baterias de testes neuropsicológicos, que podem revelar anormalidades em:

- Correspondência de figuras familiares (impulsividade)
- Fluência verbal
- Testes de desempenho contínuo/caça-palavras (atenção focada)
- Mudança no ambiente (dividir e desviar a atenção)
- Memorização de palavras (memória de trabalho).

Os achados de comprometimento cognitivo mais generalizado frequentemente ocorrem com um exagero da anormalidade nas áreas de atenção e da memória de trabalho.

Os testes neuropsicológicos não são diagnósticos, e a principal utilidade deles é identificar a presença da deficiência isolada de atenção e memória de trabalho, em comparação com a população normal.

Por exemplo, embora possa haver deficiência nas áreas de atenção, o diagnóstico pode ser de TDAH, mas não definitivamente até que a história clínica seja avaliada mais detalhadamente.

Os testes médicos podem ser usados para avaliar quadros clínicos que, sugeridos pela história, podem ser responsáveis ou pelo menos contribuir para dificuldades de atenção e de organização/planejamento. Isso pode incluir teste para rastreamento de drogas na urina para avaliação do uso de substâncias, rastreamento de sangue para hipertireoidismo, eletroencefalograma (EEG) para transtornos convulsivos, polissonografia para distúrbios do sono e imagens cerebrais nos casos de trauma cranioencefálico (seja em um evento recente ou distante).[33]

## Fatores de risco

### Fortes

#### história familiar de transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH)

- A história familiar é um forte determinante de TDAH, com estudos de gêmeos relatando cerca de 70% de herdabilidade.[15] No entanto, a maioria desses estudos com gêmeos foi realizada em

crianças. Os estudos de herdabilidade em adultos são frequentemente retrospectivos e, portanto, menos confiáveis. É necessário haver mais replicação para determinar a força dessa associação na população adulta com TDAH. A hereditariedade também é elevada em famílias com autismo, dislexia e transtorno bipolar.

### **sexo masculino**

- Uma pesquisa nacional sobre a prevalência do transtorno no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (quarta edição; DSM-IV) identificou que 61.6% dos adultos com TDAH são homens.[4] Entre adultos, a razão de homens/mulheres é reportada como aproximadamente 3:2, e em outros estudos ainda há uma predominância do sexo masculino.[4]

### **Fracos**

#### **adversidade psicossocial**

- Status socioeconômico mais baixo, relações disfuncionais entre pais e filhos, separação dos cônjuges, psicopatologia dos pais, estresse dos pais, diversos insucessos na vida e violações às leis são todos correlacionados com o TDAH.[15] [25]

#### **outros fatores ambientais**

- Baixo peso ao nascer, complicações na gestação e no parto e exposição ao chumbo na infância foram associados ao TDAH.[25]

## **Anamnese e exame físico**

### **Principais fatores de diagnóstico**

#### **presença de fatores de risco (comum)**

- Os fatores de risco incluem sexo masculino, história familiar de transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH), adversidade psicossocial e fatores ambientais.

#### **início antes dos 12 anos de idade (comum)**

- Em associação com a autoavaliação, um relatório secundário fornecido pelo pai/mãe para avaliar a validade pode ser útil para identificar a idade de início. Nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (quinta edição) (DSM-5), o critério inicial foi alterado de "sintomas que provocavam comprometimento estavam presentes antes dos 7 anos de idade" para "vários sintomas de desatenção ou hiperativos-impulsivos presentes antes dos 12 anos de idade". A hiperatividade significativa pode ser identificada em crianças de apenas 2 a 3 anos de idade. Os sintomas de desatenção são tipicamente reconhecidos quando a criança começa a frequentar a escola ou pré-escola.

#### **disfunção acadêmica prévia ou atual (comum)**

- Insucesso, notas baixas, problemas disciplinares, dificuldades de leitura, níveis mais baixos de escolaridade concluídos, períodos mais longos para conseguir completar um grau escolar.[7] [15]

#### **disfunção ocupacional atual ou prévia (comum)**

- Diversos empregos com evidência de demissão como resultado de baixo desempenho no trabalho ou problemas com autoridade.

### **disfunção familiar e de relacionamentos (comum)**

- Divergências familiares e diversos relacionamentos sexuais de curta duração.

### **abuso de álcool e drogas (comum)**

- Até 23% dos pacientes que frequentam uma clínica de uso indevido de substâncias podem sofrer de TDAH.[34] Pode ser identificada uma história de abuso de anfetaminas, provocando um efeito calmante anormal. É improvável que a prescrição de estimulantes de ação prolongada exacerbe o uso indevido de substâncias, pois as propriedades farmacocinéticas e dinâmicas não levam ao abuso. O tratamento do TDAH subjacente pode reduzir condutas aditivas.[35]

### **comportamento com busca de sensações (comum)**

- Os pacientes buscam atividades que geram sensações aguçadas.

### **acidentes automobilísticos (comum)**

- Os acidentes automobilísticos são elevados em adultos jovens com TDAH por serem distraídos e impulsivos e terem uma necessidade elevada de estimulação.[36] A direção agressiva é mais comum.

### **falta de atenção aos detalhes e erros por descuido no trabalho, escola etc. (comum)**

- Critérios de diagnóstico do DSM-5 para desatenção.[1]

### **tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas (comum)**

- Critérios de diagnóstico do DSM-5 para desatenção.[1]

### **parece não escutar quando lhe dirigem a palavra (comum)**

- Critérios de diagnóstico do DSM-5 para desatenção.[1]

### **não segue instruções e não termina deveres e tarefas (não em decorrência de comportamento opositivo ou falta de compreensão) (comum)**

- Critérios de diagnóstico do DSM-5 para desatenção.[1]

### **tem dificuldades com organização (comum)**

- Critérios de diagnóstico do DSM-5 para desatenção.[1]

### **evita e/ou não gosta de tarefas que exigem um esforço mental focado (comum)**

- Critérios de diagnóstico do DSM-5 para desatenção.[1]

### **frequentemente perde as coisas necessárias para tarefas ou atividades (comum)**

- Critérios de diagnóstico do DSM-5 para desatenção.[1]

### **frequentemente demonstra esquecimento nas tarefas diárias (comum)**

- Critérios de diagnóstico do DSM-5 para desatenção.[1]

### **frequentemente mexe as mãos ou os pés nervosamente e se movimenta quando está sentado (comum)**



- Critérios de diagnóstico do DSM-5 para hiperatividade e impulsividade.[1]

**frequentemente deixa situações, levanta-se da cadeira quando deveria permanecer sentado (comum)**

- Critérios de diagnóstico do DSM-5 para hiperatividade e impulsividade.[1]

**frequentemente sente-se inquieto (comum)**

- Critérios de diagnóstico do DSM-5 para hiperatividade e impulsividade.[1]

**tem dificuldade em ocupar-se silenciosamente com atividades de lazer (comum)**

- Critérios de diagnóstico do DSM-5 para hiperatividade e impulsividade.[1]

**está frequentemente "na correria" (comum)**

- Critérios de diagnóstico do DSM-5 para hiperatividade e impulsividade.[1]

**frequentemente fala em excesso (comum)**

- Critérios de diagnóstico do DSM-5 para hiperatividade e impulsividade.[1]

**frequentemente interrompe com as respostas antes que as perguntas sejam concluídas (comum)**

- Critérios de diagnóstico do DSM-5 para hiperatividade e impulsividade.[1]

**frequentemente tem dificuldade de esperar sua vez (comum)**

- Critérios de diagnóstico do DSM-5 para hiperatividade e impulsividade.[1]

**frequentemente interrompe os outros ou se intromete (por exemplo, interrompe conversas) (comum)**

- Critérios de diagnóstico do DSM-5 para hiperatividade e impulsividade.[1]

**criminalidade elevada (incomum)**

- A criminalidade é mais comum nos adultos com TDAH que em uma amostra da população geral. Os pacientes com TDAH também são mais prováveis de serem apreendidos, condenados e presos.[37]

**é facilmente distraído pelo ambiente e pelos estímulos externos (incomum)**

- Critérios de diagnóstico do DSM-5 para desatenção.[1]

## Exames diagnóstico

### Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
<b>questionário de Conners em transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH) para adultos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Não deve ser usada como a única ferramenta para firmar o diagnóstico de TDAH. É apenas subordinada à história clínica e pode ser utilizada para avaliar outros diagnósticos psiquiátricos que possam causar sintomas semelhantes aos do TDAH.[32]</li> </ul>	normal ou escore sugerindo presença de TDAH
<b>escala de Brown para o transtorno do déficit de atenção</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Não deve ser usada como a única ferramenta para firmar o diagnóstico de TDAH. É apenas subordinada à história clínica e pode ser utilizada para avaliar outros diagnósticos psiquiátricos que possam causar sintomas semelhantes aos do TDAH.[38]</li> </ul>	normal ou escore sugerindo presença de TDAH
<b>Escala de Autoavaliação para TDAH em Adultos da Organização Mundial da Saúde (OMS)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Não deve ser usada como a única ferramenta para firmar o diagnóstico de TDAH. É apenas subordinada à história clínica e pode ser utilizada para avaliar outros diagnósticos psiquiátricos que possam causar sintomas semelhantes aos do TDAH.[39]</li> </ul>	normal ou escore sugerindo presença de TDAH
<b>escala de Wender-Utah</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Não deve ser usada como a única ferramenta para firmar o diagnóstico de TDAH. É apenas subordinada à história clínica e pode ser utilizada para avaliar outros diagnósticos psiquiátricos que possam causar sintomas semelhantes aos do TDAH.[40]</li> </ul>	normal ou escore sugerindo presença de TDAH
<b>exame neuropsicológico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Os testes neuropsicológicos não são usados para diagnosticar o TDAH, mas podem ser usados para identificar déficit no processamento, nível de inteligência e dificuldades de aprendizagem.[7]</li> </ul>	normais ou com dificuldades nas funções executivas e/ou outras áreas do processamento cognitivo sugestivas de TDAH

### Exames a serem considerados

Exame	Resultado
<b>exame de urina para detecção de drogas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pode ser útil no diagnóstico diferencial.</li> </ul>	positivo ou negativo para substâncias de abuso
<b>eletroencefalograma</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pode ser útil no diagnóstico diferencial.</li> </ul>	normal ou com achados sugestivos de transtornos convulsivos
<b>imagens do cérebro (tomografia computadorizada [TC] ou ressonância nuclear magnética [RNM])</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pode ser útil no diagnóstico diferencial.</li> </ul>	normal ou com achados sugestivos de trauma cranioencefálico

Exame	Resultado
<b>polissonografia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pode ser útil no diagnóstico diferencial.</li> </ul>	<b>normal ou com achados sugestivos de apneia obstrutiva do sono</b>
<b>programa computadorizado</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pode ser usado para fornecer medições qualitativas de comportamento.</li> </ul>	<b>comprometimento nos domínios de desatenção, hiperatividade, impulsividade</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Depressão em adultos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humor depressivo, significativo e contínuo; perda de interesse nas atividades usuais.</li> <li>Culpa excessiva.</li> <li>Desesperança, ideação suicida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico baseado nos critérios do DSM-5.</li> <li>Testes clínicos (por exemplo, hemograma completo, teste de função tireoidiana) são realizados para descartar quadros clínicos causadores.</li> </ul>
<b>Transtorno bipolar em adultos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instabilidade significativa do humor: irritabilidade, euforia, depressão.</li> <li>Fala rápida, energia elevada, necessidade reduzida de sono.</li> <li>Julgamento inadequado: gasto excessivo, hipersexualidade, envolvimento em brigas/discussões.</li> <li>Delírios (falsas crenças fixas)/alucinações na doença mais grave.</li> <li>Ideação suicida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico baseado nos critérios do DSM-5.</li> <li>Testes clínicos (por exemplo, hemograma completo, teste de função tireoidiana) são realizados para descartar quadros clínicos causadores.</li> </ul>
<b>Ansiedade generalizada e outros transtornos de ansiedade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humor exultante.</li> <li>Estados de pânico com estimulação autonômica.</li> <li>Pensamentos obsessivos/comportamentos compulsivos.</li> <li>Tensão muscular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico baseado nos critérios do DSM-5.</li> <li>Testes clínicos (por exemplo, teste de função tireoidiana) são realizados para descartar quadros clínicos causadores.</li> </ul>
<b>Psicose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Delírios (falsas crenças fixas).</li> <li>Alucinações (geralmente audíveis).</li> <li>Ideias estranhas ou incomuns.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico baseado nos critérios do DSM-5.</li> <li>Testes clínicos são realizados para descartar os quadros clínicos causadores.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Transtorno de aprendizagem específico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades circunscritas na leitura, matemática ou expressão escrita.</li> <li>• Os problemas de aprendizagem interferem significativamente no sucesso acadêmico ou nas atividades da vida diária.</li> <li>• Desistência da escola, desempenho baixo no trabalho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testes padronizados de leitura, matemática ou expressão escrita.</li> </ul>
<b>Distúrbio de linguagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades circunscritas na expressão ou compreensão da linguagem.</li> <li>• Os problemas de linguagem interferem significativamente no sucesso acadêmico ou nas atividades da vida diária.</li> <li>• Vocabulário limitado, fala mal-organizada.</li> <li>• Dificuldades de pronúncia, gagueira, língua presa, ritmo irregular da fala.</li> <li>• Dificuldades em entender palavras/tipos específicos de palavras (termos espaciais), frases.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testes padronizados na linguagem expressiva e receptiva ou avaliação funcional especializada das habilidades de linguagem.</li> </ul>
<b>Retardo mental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quociente de inteligência (QI) conhecido de <math>\leq 70</math>.</li> <li>• Deficit em várias áreas da função adaptativa: comunicação, autocuidado, convívio doméstico, habilidades sociais/interpessoais, uso dos recursos da comunidade, autodirecionamento, habilidades acadêmicas funcionais, trabalho, lazer, saúde e segurança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teste de QI: escore de <math>\leq 70</math>.</li> <li>• Escalas do comportamento adaptativo (Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland e Escala do Comportamento Adaptativo da American Association on Mental Retardation).</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Transtorno convulsivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relatório do observador de perda súbita da consciência seguida por atividade motora tônico-clônica.</li> <li>Relatório do observador de estado de consciência alterado, acompanhado por atividade motora simples ou complexa e/ou vocalização.</li> <li>Relatório do paciente de perda de consciência, despertando com dores musculares e/ou incontinência.</li> <li>Relatório do paciente de períodos de tempo perdido, desorientação/confusão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RNM cranioencefálica: geralmente, normal na epilepsia primária generalizada; pode demonstrar uma variedade de lesões na epilepsia parcial.</li> <li>Eletroencefalograma (EEG): durante uma convulsão generalizada, o EEG mostra sincronia bilateral na atividade epileptiforme. Na epilepsia parcial, uma região focal de atividade de onda espícula e aguda pode ser detectada interictalmente.</li> </ul>
<b>Lesão cerebral traumática</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História de acidente/trauma com envolvimento da cabeça.</li> <li>Cefaleias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A tomografia computadorizada (TC) ou RNM da cabeça pode não mostrar lesões cerebrais traumáticas sutis.</li> <li>Estudos observaram que a tomografia computadorizada por emissão de fóton único é mais sensível que a TC ou RNM no diagnóstico de lesão cerebral traumática.<sup>[41]</sup></li> <li>Bateria de testes neuropsicológicos.</li> </ul>
<b>Efeitos colaterais do medicamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Início recente de medicamentos prescritos e/ou uso de medicamentos de venda livre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultado positivo no teste de rastreamento de drogas, urina e/ou soro, de acordo com os medicamentos administrados.</li> <li>Cuidados com resultados falso-positivos e falso-negativos.</li> </ul>
<b>Abuso de substâncias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relatório de uso excessivo de álcool recente, uso de substâncias ilícitas ou uso indevido de medicamentos prescritos; o paciente pode não ser honesto ao fornecer a história.</li> <li>Acidentes, brigas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultado positivo para o teste de rastreamento de drogas, soro e/ou urina.</li> <li>Cuidado ao interpretar os resultados do teste de detecção de drogas, porque os falso-positivos e falso-negativos não são incomuns. O teste de confirmação junto com um teste mais sensível pode ser necessário se o resultado do teste inicial for suspeito.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Distúrbio do sono</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História de ronco (relato do paciente ou de seu[sua] parceiro[a]).</li> <li>Perda súbita de tônus muscular (cataplexia).</li> <li>Dor nos músculos da perna.</li> <li>Relatório do observador de sonambulismo.</li> <li>Sonolência diurna excessiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os estudos do sono/ polissonografia (monitoramento fisiológico/ respiratório, movimentos oculares, eletromiografia, eletroencefalograma) podem mostrar padrões consistentes com o distúrbio de sono.</li> </ul>
<b>Hipotireoidismo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cansaço.</li> <li>Incapacidade de tolerar o frio.</li> <li>Ganho de peso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os níveis de hormônio estimulante da tireoide ficam elevados no hipotireoidismo primário.</li> </ul>
<b>Perimenopausa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fadiga.</li> <li>Fogacho.</li> <li>Sensibilidade nas mamas.</li> <li>Agravamento da síndrome pré-menstrual.</li> <li>Padrão menstrual irregular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os níveis de hormônio folículo-estimulante (FSH) podem estar elevados (NOTA: o teste para FSH no início da perimenopausa pode não ser de valor diagnóstico devido à variabilidade nos níveis de dia para dia e durante o ciclo menstrual. Após vários meses de amenorreia, um nível de FSH elevado pode ser mais preditivo de menopausa iminente).</li> </ul>
<b>Declínio cognitivo relacionado à idade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O envelhecimento normal é acompanhado por uma diminuição nas habilidades cognitivas ao longo do tempo, e as habilidades executivas podem ser afetadas de modo seletivo.</li> <li>Ele se manifesta com comprometimento da memória (por exemplo, esquecer compromissos, trocar itens de lugar, lapsos de memória) que não fazem parte do comprometimento cognitivo leve (CCL) ou da demência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O diagnóstico envolve a exclusão de CCL ou demência.</li> <li>Os testes de rastreamento cognitivos, como o Minixame do Estado Mental, indicam probabilidade aumentada de comprometimento cognitivo.</li> <li>Testes adicionais, por exemplo, a B12 sérica, podem indicar etiologias específicas, como deficiência de B12.</li> </ul>

## Critérios de diagnóstico

Para diagnosticar o TDAH, os mesmos 18 sintomas primários desse transtorno descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (quarta edição) (DSM-IV) também são aplicados no



DSM-5. Eles continuam a ser divididos em 2 áreas sintomáticas principais: desatenção e hiperatividade/impulsividade.

Entretanto, várias alterações foram realizadas no DSM-5 em relação à categoria de TDAH, de acordo com a American Psychiatric Association:

- Exemplos foram adicionados aos itens do critério para facilitar a aplicação durante toda a vida.
- O requisito para múltiplas situações foi reforçado para vários sintomas em cada contexto.
- O critério inicial foi alterado de "os sintomas que causavam o comprometimento estavam presentes antes dos 7 anos de idade" para "vários sintomas de desatenção ou hiperativos-impulsivos estavam presentes antes dos 12 anos de idade".
- Os subtipos foram substituídos por especificadores de apresentação que são mapeados diretamente para os subtipos prévios.
- Um diagnóstico comórbido com transtorno do espectro autista agora é considerado.
- Foi feita uma alteração no limiar dos sintomas em adultos para refletir evidências substanciais de comprometimento por TDAH clinicamente significativo. Para que se estabeleça um diagnóstico em adultos, o paciente somente precisa atender a 5 sintomas (em vez dos 6 necessários para pessoas mais jovens) em qualquer uma das 2 áreas principais: desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade.

Critérios do DSM-5 para transtorno de déficit da atenção com hiperatividade[1]

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com as funções e o desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):

#### 1. Desatenção

Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram durante pelo menos 6 meses, até um grau em que se tornaram inconsistentes com o nível de desenvolvimento e que impactam negativa e diretamente as atividades sociais ou acadêmicas/ocupacionais.

Obs.: os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento oposicional, desobediência, hostilidade ou falha em compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (com 17 anos de idade ou mais), pelo menos 5 sintomas são necessários.

- Frequentemente incapaz de prestar atenção com foco nos detalhes ou comete erros descuidados nas tarefas da escola, no trabalho ou durante outras atividades (por exemplo, não presta atenção ou perde detalhes, o trabalho é impreciso).
- Frequentemente apresenta dificuldade em manter a atenção em tarefas ou realizar atividades interpretativas (por exemplo, dificuldade em se concentrar em palestras, conversas ou leituras extensas).
- Frequentemente parece não ouvir enquanto está conversando (por exemplo, parece estar pensando em outra coisa, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
- Frequentemente não segue instruções e não consegue terminar trabalhos da escola, tarefas ou obrigações no trabalho (por exemplo, começa as tarefas, mas rapidamente perde foco e se distrai facilmente).
- Frequentemente apresenta dificuldade em organizar tarefas e atividades (por exemplo, dificuldade em realizar tarefas sequenciais; dificuldade em manter os materiais e pertences em ordem; bagunça; trabalho desorganizado; gerenciamento de tempo ineficiente; falha em cumprir prazos).

- Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se ocupar de tarefas que exijam esforço mental contínuo (por exemplo, trabalhos da escola ou de casa; em adolescentes mais velhos e adultos, preparar relatórios, preencher formulários, revisar artigos extensos).
- Frequentemente perde coisas necessárias para as tarefas e atividades (por exemplo, materiais, lápis, livros, ferramentas, carteiras, chaves, documentos, óculos, celulares).
- Frequentemente se distrai com facilidade ante a estímulos externos (em adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).
- Frequentemente apresenta esquecimento em atividades diárias (por exemplo, tarefas, atividades rotineiras; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar chamadas, pagar contas, ir a compromissos).

## 2. Hiperatividade-impulsividade

Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram durante pelo menos 6 meses, até um grau em que se tornaram inconsistentes com o nível de desenvolvimento e que impactam negativa e diretamente as atividades sociais ou acadêmicas/ocupacionais.

Obs.: os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento oposicional, desobediência, hostilidade ou falha em compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (com 17 anos de idade ou mais), pelo menos 5 sintomas são necessários.

- Frequentemente movimenta as mãos ou bate os pés e as mãos, ou se contorce quando está sentado.
- Frequentemente não consegue permanecer sentado quando necessário (por exemplo, sai da sala de aula, do escritório ou outro ambiente de trabalho, ou em outras situações em que deveria ficar parado).
- Frequentemente anda de um lado para o outro ou sobe nos móveis excessivamente em situações em que isso é inadequado (em adolescentes ou adultos, pode limitar-se a sentimentos de inquietude).
- Frequentemente tem dificuldade de, em silêncio, brincar ou ocupar-se com atividades de lazer.
- Frequentemente está "na correria" e frequentemente age como se estivesse "ligado em 220 volts" (por exemplo, é incapaz ou não se sente confortável em ficar parado por um período de tempo prolongado, como em restaurantes, reuniões; pode dar a impressão de estar inquieto e ser difícil de acompanhar).
- Frequentemente fala em excesso.
- Frequentemente responde antes de se concluir a pergunta (por exemplo, termina a frase de outras pessoas; não consegue esperar a vez na conversa).
- Frequentemente tem dificuldade de esperar sua vez (por exemplo, enquanto aguarda em uma fila).
- Frequentemente interrompe ou invade a conversa dos outros (por exemplo, entra na conversa, jogos ou atividades; pode começar a usar objetos de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; em adolescentes e adultos, pode se intrometer ou assumir as tarefas de outras pessoas).

B. Vários sintomas de desatenção ou hiperativos-impulsivos presentes antes dos 12 anos de idade.

C. Vários sintomas de desatenção ou hiperativos-impulsivos estão presentes em 2 ou mais ambientes (por exemplo, em casa, escola ou trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).

D. Há evidências claras de que os sintomas interferem nas funções sociais, acadêmicas ou ocupacionais, ou reduzem a qualidade delas.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante a evolução da esquizofrenia ou de outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental.

Os critérios das seções A, B, C, D e E devem ser preenchidos para que se estabeleça o diagnóstico.

## **TDAH, em remissão parcial**

---

Para aqueles que não apresentam mais o transtorno completo, mas têm a funcionalidade ainda comprometida por certos sintomas, o diagnóstico deve ser de TDAH em remissão parcial.

## Abordagem passo a passo do tratamento

As recomendações de tratamento para o transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH) em adultos podem ser diferentes entre os países e os ambientes de atendimento de saúde.

### **transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH) sem transtorno de humor ou ansiedade concomitante**

Quando os sintomas de TDAH em adultos persistirem sem sintomas comórbidos, recomendamos um tratamento com lisdexanfetamina ou metilfenidato como tratamento farmacológico de primeira linha.[2] O teste do medicamento dura enquanto houver benefício clínico. A resposta ao tratamento pode ser monitorada pelo uso de uma escala de classificação do sintoma, como a Escala do Investigador de Classificação dos Sintomas de TDAH em Adultos[50] ou a Escala de Autoavaliação para TDAH em Adultos, da Organização Mundial da Saúde.[39] [\[Adult ADHD Self-Report Scale \(ASRS-v1.1\) symptom checklist - 18 item\]](#) [\[Adult ADHD Self-Report Scale \(ASRS-v1.1\) Screener - 6 item\]](#) Com os medicamentos estimulantes, os benefícios podem ser observados logo no início, frequentemente dentro dos 2 a 3 primeiros dias de uso. Ao considerar um tratamento com medicamento estimulante, é necessário obter uma história cardíaca detalhada, incluindo a história familiar de morte súbita ou arritmia e os sintomas de síncope e dispnéia de esforço físico. Nos casos em que houver sintomas cardíacos preocupantes ou uma história desses sintomas, deve-se obter um eletrocardiograma (ECG) e/ou uma consulta de cardiologia antes de iniciar o estimulante. Os efeitos adversos dos estimulantes exigem um monitoramento contínuo. A vigilância física de qualquer padrão de uso indevido de medicamentos é uma parte necessária da prescrição. A dexamfetamina deve ser considerada para adultos com sintomas de TDAH que respondem à lisdexanfetamina, mas que não conseguem tolerar o perfil de efeito mais longo.[2]

Se o tratamento com o medicamento estimulante não fornecer benefício ou não for bem tolerado, recomenda-se a alteração para uma formulação alternativa,[51] ou para atomoxetina (um inibidor da recaptação de norepinefrina sem propriedades estimulantes) como o próximo agente. Tal como com a medicação estimulante, um teste terapêutico adequado dura enquanto houver benefício clínico. Para pacientes que não respondem adequadamente a esses tratamentos, busque a orientação de um serviço terciário de TDAH. Antipsicóticos atípicos podem ser oferecidos para além dos estimulantes para pessoas com TDAH e agressividade sutil, crises de raiva ou irritabilidade coexistentes. Outros tratamentos experimentais e adjuntos podem ser úteis, incluindo bupropiona para sintomas centrais e venlafaxina.

Se um benefício for obtido com o tratamento não estimulante ou estimulante, o agente prescrito pode ser mantido por vários meses, com avaliações subsequentes ponderando a necessidade de tratamento contínuo.[52]

Como adjuvante ao medicamento, também recomendamos que a psicoterapia esteja disponível em todos os ambientes clínicos do TDAH em adultos, como uma opção viável de tratamento.[53] Há evidências de baixa qualidade de que os tratamentos cognitivo-comportamentais podem ser benéficos para o tratamento de adultos com TDAH em curto prazo. Uma revisão constatou que as reduções nos sintomas centrais do TDAH foram bastante consistentes quando a terapia cognitivo-comportamental (TCC) foi usada, além da farmacoterapia versus farmacoterapia isolada e na TCC versus lista de espera. Há evidências de baixa qualidade de que a TCC também pode melhorar os distúrbios secundários comuns em adultos com TDAH, como depressão e ansiedade.[54] As características comórbidas de depressão,

ansiedade, comportamento antissocial e função social também podem responder.[55] [56] Terapias psicológicas alternativas incluem a terapia do comportamento dialético e a terapia metacognitiva.[57] [58]

## **TDAH com transtorno de humor concomitante (depressão, transtorno bipolar) ou ansiedade**

Transtornos do humor e ansiedade podem ocorrer no TDAH em adultos e, quando ocorrem, o tratamento torna-se mais complexo. Os sintomas dos transtornos comórbidos podem apresentar um efeito de transferência para os sintomas de TDAH; portanto, desatenção, impulsividade e hiperatividade podem parecer piores que se não houvesse a comorbidade. O tratamento da(s) comorbidade(s) clínica(s) pode ajudar a diminuir a sintomatologia atribuída ao TDAH.

Além disso, já que os efeitos colaterais comuns do tratamento com estimulantes podem incluir mania, perda de peso e insônia, quando esse tratamento é iniciado pode ser difícil avaliar se tais sintomas são efeitos colaterais do estimulante ou se são sintomas de comorbidades clínicas não tratadas. Ao tratar primeiro as comorbidades, os medicamentos com o mínimo potencial de danos são usados primeiro.

Para os pacientes que relatam sintomas de transtorno da saúde mental, como transtorno depressivo, bipolar ou de ansiedade, em associação com sintomatologia do TDAH em adultos, o primeiro passo é testar o tratamento para o(s) quadro(s) clínico(s) que não são o TDAH. A participação na psicoterapia pode ser iniciada concomitantemente, com base na variação da gravidade da sintomatologia do TDAH e da preferência do paciente. Os sintomas do humor podem precisar de tratamento com antidepressivos e/ou agentes estabilizadores do humor, enquanto os sintomas de ansiedade podem se beneficiar do tratamento com ansiolíticos, como benzodiazepínicos e/ou antidepressivos. O objetivo é reduzir a gravidade dos sintomas que não são do TDAH, podendo causar uma redução significativa dos déficits de atenção e cognitivos relatados que, de outra forma, poderiam ter sido atribuídos ao TDAH.

Se a avaliação cuidadosa revelar a persistência dos transtornos de TDAH, apesar do tratamento adequado dos transtornos de humor/ansiedade, a consideração do tratamento medicamentoso voltado à redução dos sintomas persistentes de TDAH é indicada.

Esse tratamento pode exigir uma especialização significativa em agentes psicofarmacológicos para os pacientes que precisam de vários medicamentos para estabilizar os sintomas que não são do TDAH. Os pacientes com transtornos do humor (depressão e transtorno bipolar) e/ou ansiedade podem precisar de um esquema que inclui medicamentos antidepressivos.

Nos pacientes com transtorno bipolar, é recomendado cuidado no uso de antidepressivos e agentes estreitamente relacionados (como a atomoxetina) devido a um risco de indução de ciclagem do humor. O tratamento com medicamentos estimulantes (metilfenidato ou preparação de sais de anfetamina) não é contraindicado com o tratamento concomitante com antidepressivos e estabilizadores do humor. O uso de estimulantes também tem o risco de induzir uma ciclagem de humor; portanto, é recomendado cuidado, particularmente em pacientes com doença bipolar. Além disso, os estimulantes podem agravar a ansiedade e causar insônia. Qualquer um desses efeitos pode ser prejudicial para o paciente com sintomas significativos de humor e/ou ansiedade, e o monitoramento cuidadoso e contínuo do surgimento desses efeitos do medicamento seria prudente.

## **Tratamento de pacientes com abuso prévio de substâncias**

O medicamento estimulante pode ser usado com cuidado nesse grupo. Aconselha-se usar estimulantes de ação mais prolongada, uma vez que têm menos potencial de serem abusados, particularmente em

algumas formulações.[34] Recomenda-se o tratamento simultâneo e integrado de TDAH e transtorno de abuso de substâncias, usando uma combinação de farmacoterapia e psicoterapia.

## Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. ( ver [Aviso legal](#) )

Em curso		( resumo )
<b>transtorno de deficit da atenção com hiperatividade (TDAH) sem transtorno de humor ou ansiedade concomitante</b>		
	1a	tratamento com estimulante ± psicoterapia
	2a	atomoxetina ± psicoterapia
	3a	tratamentos experimentais alternativos incluindo bupropiona, antidepressivos e medicamentos antipsicóticos ± psicoterapia
<b>transtorno de deficit da atenção com hiperatividade (TDAH) com depressão (com ou sem ansiedade proeminente)</b>		
■ persistência dos sintomas semelhantes aos do transtorno de deficit da atenção com hiperatividade (TDAH), apesar da eutimia nos antidepressivos	1a	antidepressivos + psicoterapia
	adjunto	tratamentos farmacológicos para transtorno de deficit da atenção com hiperatividade (TDAH)
■ persistência dos sintomas de ansiedade, apesar de eutimia com antidepressivos	adjunto	terapia ansiolítica
<b>transtorno de deficit da atenção com hiperatividade (TDAH) com transtorno bipolar (com ou sem ansiedade proeminente)</b>		
	1a	estabilizadores do humor + psicoterapia
■ persistência dos sintomas semelhantes aos do transtorno de deficit da atenção com hiperatividade (TDAH),	adjunto	tratamentos farmacológicos para transtorno de deficit da atenção com hiperatividade (TDAH)



Em curso		( resumo )	
	apesar da eutimia nos estabilizadores do humor		
■	persistência dos sintomas de ansiedade, apesar da eutimia nos estabilizadores do humor	adjunto	terapia ansiolítica
transtorno de deficit da atenção com hiperatividade (TDAH) apenas com transtorno de ansiedade			
		1a	ansiolíticos + psicoterapia
■	persistência de sintomas semelhantes aos do transtorno de deficit da atenção com hiperatividade (TDAH), apesar da ansiedade controlada com ansiolíticos	adjunto	tratamentos farmacológicos para transtorno de deficit da atenção com hiperatividade (TDAH)

# Opções de tratamento

## Em curso

transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH) sem transtorno de humor ou ansiedade concomitante

### 1a tratamento com estimulante ± psicoterapia

#### Opções primárias

» **metilfenidato**: 18 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia pela manhã, aumentar em incrementos de 18 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 108 mg/dia; 5 mg por via oral (liberação imediata) duas vezes ao dia antes do café da manhã e do almoço, aumentar em incrementos de 5-10 mg/dia em intervalos semanais, máximo de 100 mg/dia; 20-90 mg por via oral (liberação sustentada) uma vez ao dia pela manhã

#### OU

» **lisdexanfetamina**: 30-70 mg por via oral uma vez ao dia pela manhã

#### Opções secundárias

» **dexanfetamina**: 5-60 mg/dia por via oral administrados em 2-4 doses fracionadas

» A dose de metilfenidato e das medicações anfetamínicas precisam ser ajustadas.

» A dose sempre deve ser baixa no início e aumentada gradualmente de acordo com a resposta.

» A psicoterapia deve estar disponível em todos os cenários clínicos para o TDAH em adultos como uma opção de tratamento viável.

» Se houve qualquer abuso de substâncias no último ano, a medicação estimulante pode ser usada com cautela. É aconselhável usar estimulantes de ação mais longa, pois eles têm menos potencial para serem abusados.[34]

» É necessário obter uma história cardíaca detalhada, incluindo história familiar de morte súbita ou arritmia e sintomas incluindo síncope e dispneia de esforço físico. Nos casos em que houver sintomas preocupantes ou uma história desses sintomas, deve-se obter um ECG e/ou

Em curso

uma consulta à cardiologia antes de iniciar o estimulante.

» O medicamento deve ser interrompido quando os efeitos colaterais parecerem superar os benefícios.

» Considerar a dexanfetamina para adultos cujos sintomas de TDAH estão respondendo à lisdexanfetamina, mas que não conseguem tolerar o perfil de efeito mais longo.[2]

**2a atomoxetina ± psicoterapia**

**Opções primárias**

» **atomoxetina**: 40-120 mg/dia por via oral administrados em 1-2 doses fracionadas

» A atomoxetina é um agente com propriedades de bloqueio da recaptção da norepinefrina (noradrenalina).

» Tratamento por várias semanas pode ser necessário para avaliar a eficácia na redução de sintomas de atenção e outros cognitivos.

» A dose sempre deve ser baixa no início e aumentada gradualmente de acordo com a resposta.

» O medicamento deve ser interrompido depois de 6 meses e o paciente avaliado sem medicamento por 6 meses, se possível. O medicamento deve ser retomado apenas se necessário, com base em avaliações objetivas.

**3a tratamentos experimentais alternativos incluindo bupropiona, antidepressivos e medicamentos antipsicóticos ± psicoterapia**

**Opções primárias**

» **bupropiona**: 100 mg por via oral (liberação sustentada) uma vez ao dia pela manhã, aumentar gradualmente para 200 mg duas vezes ao dia, máximo de 400 mg/dia

**OU**

» **venlafaxina**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

**OU**

» **risperidona**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

## Em curso

- » O bupropiona é um antidepressivo com efeitos dopaminérgicos. Tratamento por várias semanas pode ser necessário para avaliar a eficácia na redução de sintomas de atenção e outros cognitivos.
- » Recomenda-se cuidado no seu uso por pacientes com transtornos convulsivos e transtornos alimentares ativos.
- » A dose sempre deve ser baixa no início e aumentada gradualmente de acordo com a resposta.
- » Podem ser úteis tratamentos e adjuvantes adicionais, incluindo bupropiona para sintomas centrais, venlafaxina e risperidona (um antipsicótico atípico licenciado para uso na raiva). Se um benefício for obtido com o tratamento não estimulante ou estimulante, o agente prescrito pode ser mantido por vários meses, com avaliações subsequentes ponderando a necessidade de tratamento contínuo.[52]
- » A psicoterapia deve estar disponível em todos os cenários clínicos para o TDAH em adultos como uma opção de tratamento viável.

### transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH) com depressão (com ou sem ansiedade proeminente)

**transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH) com depressão (com ou sem ansiedade proeminente)**

**1a**

#### **antidepressivos + psicoterapia**

- » O objetivo, tanto no tratamento inicial quanto na resistência ao tratamento, é obter eutímia com os tratamentos com antidepressivos, não relacionada ao tratamento específico para TDAH.
- » No caso de uma resposta insatisfatória ao tratamento inicial com antidepressivos (resistência ao tratamento), sintomas contínuos semelhantes aos do TDAH seriam observados como parte da depressão resistente. Sintomas semelhantes aos do TDAH não devem ser especificamente tratados.
- » A depressão resistente ao tratamento pode ser manejada da seguinte forma: troca para um antidepressivo de uma classe diferente, tratamento combinado com antidepressivos de classes diferentes, aumento com lítio ou liotironina (T3) ou adição de um antipsicótico atípico (aripirazol, quetiapina, ziprasidona) ao antidepressivo.

## Em curso

- **persistência dos sintomas semelhantes aos do transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH), apesar da eutímia nos antidepressivos**

### adjunto

- » O encaminhamento ao especialista (psicofarmacologista) deve ser considerado para os casos complexos.
- » Os pacientes com um inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS) prescrito devem ser informados sobre a probabilidade de aumento do risco de suicídio associado ao uso de ISRS.
- » A psicoterapia deve estar disponível em todos os cenários clínicos para o TDAH em adultos como uma opção de tratamento viável.
- » Detalhes adicionais sobre o tratamento da depressão estão disponíveis na monografia relevante.

### tratamentos farmacológicos para transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH)

#### Opções primárias

» **metilfenidato**: 18 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia pela manhã, aumentar em incrementos de 18 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 108 mg/dia; 5 mg por via oral (liberação imediata) duas vezes ao dia antes do café da manhã e do almoço, aumentar em incrementos de 5-10 mg/dia em intervalos semanais, máximo de 100 mg/dia; 20-90 mg por via oral (liberação sustentada) uma vez ao dia pela manhã

#### OU

» **lisdexanfetamina**: 30-70 mg por via oral uma vez ao dia pela manhã

#### Opções secundárias

» **dexanfetamina**: 5-60 mg/dia por via oral administrados em 2-4 doses fracionadas

#### OU

» **atomoxetina**: 40-120 mg/dia por via oral administrados em 1-2 doses fracionadas

#### Opções terciárias

» **bupropiona**: 100 mg por via oral (liberação sustentada) uma vez ao dia pela manhã, aumentar gradualmente para 200 mg duas vezes ao dia, máximo de 400 mg/dia

## Em curso

OU

» **venlafaxina**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» A dose de metilfenidato e das medicações anfetamínicas precisam ser ajustadas.

» A dose sempre deve ser baixa no início e aumentada gradualmente de acordo com a resposta.

» Se houve qualquer abuso de substâncias no último ano, a medicação estimulante pode ser usada com cautela. É aconselhável usar estimulantes de ação mais longa, pois eles têm menos potencial para serem abusados.[34]

» É necessário obter uma história cardíaca detalhada, incluindo uma história familiar de morte súbita ou arritmia, incluindo sintomas de síncope e dispneia de esforço. Nos casos em que houver sintomas preocupantes ou uma história desses sintomas, deve-se obter um ECG e/ou uma consulta à cardiologia antes de iniciar o estimulante.

» Considerar a dexanfetamina para adultos cujos sintomas de TDAH estão respondendo à lisdexanfetamina, mas que não conseguem tolerar o perfil de efeito mais longo.[2]

»

■ **persistência dos sintomas de ansiedade, apesar de eutímia com antidepressivos**

**adjunto**

**terapia ansiolítica**

» A terapia ansiolítica inclui medicamentos e psicoterapias.

» Os tratamentos com medicamentos incluem benzodiazepínicos e antidepressivos.

» Psicoterapias incluem terapia cognitivo-comportamental, que mostrou eficácia para pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno do pânico. A terapia cognitiva baseada em atenção plena pode ajudar os pacientes com transtorno de ansiedade generalizada.

» Os benzodiazepínicos envolvem riscos de dependência, tolerância e supressão, possivelmente incluindo convulsões por abstinência.

» Os pacientes com um inibidor seletivo de recaptção de serotonina prescrito devem ser informados sobre a probabilidade de aumento do risco de suicídio associado ao seu uso.



## Em curso

» Detalhes adicionais sobre o tratamento da ansiedade estão disponíveis na monografia pertinente.

**transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH) com transtorno bipolar (com ou sem ansiedade proeminente)**

**transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH) com transtorno bipolar (com ou sem ansiedade proeminente)**

1a

**estabilizadores do humor + psicoterapia**

» Se o transtorno de humor comórbido for o transtorno bipolar, o objetivo do tratamento inicial e nos pacientes resistentes ao tratamento é atingir a eutímia com os estabilizadores do humor, não relacionada ao tratamento específico para o TDAH.

» No caso de uma resposta insatisfatória ao tratamento inicial com estabilizador do humor (resistência ao tratamento), sintomas contínuos semelhantes aos do TDAH podem ser observados como parte do transtorno bipolar resistente. Sintomas semelhantes aos do TDAH não devem ser especificamente tratados.

» O transtorno bipolar resistente ao tratamento pode ser manejado da seguinte forma: combinação de tratamento com estabilizadores do humor, combinação de tratamento com estabilizadores do humor e um antipsicótico atípico (aripirazol, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona), ou adição cautelosa de um agente antidepressivo a um esquema com estabilizador(es) do humor e/ou tratamento com um antipsicótico atípico.

» O encaminhamento a um especialista (psicofarmacologista) deve ser considerado para os casos complexos, em que um estimulante ou um medicamento alternativo para o TDAH pode ser iniciado.

» A psicoterapia deve estar disponível em todos os cenários clínicos para o TDAH em adultos como uma opção de tratamento viável.

» Detalhes adicionais sobre o tratamento do transtorno bipolar estão disponíveis na monografia pertinente.

■ **persistência dos sintomas semelhantes aos do transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH), apesar da eutímia nos estabilizadores do humor**

**adjunto**

**tratamentos farmacológicos para transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH)**

### Opções primárias

» **metilfenidato**: 18 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia pela manhã, aumentar em incrementos de 18 mg/dia

## Em curso

em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 108 mg/dia; 5 mg por via oral (liberação imediata) duas vezes ao dia antes do café da manhã e do almoço, aumentar em incrementos de 5-10 mg/dia em intervalos semanais, máximo de 100 mg/dia; 20-90 mg por via oral (liberação sustentada) uma vez ao dia pela manhã

**OU**

» **lisdexanfetamina**: 30-70 mg por via oral uma vez ao dia pela manhã

### Opções secundárias

» **dexanfetamina**: 5-60 mg/dia por via oral administrados em 2-4 doses fracionadas

**OU**

» **atomoxetina**: 40-120 mg/dia por via oral administrados em 1-2 doses fracionadas

### Opções terciárias

» **bupropiona**: 100 mg por via oral (liberação sustentada) uma vez ao dia pela manhã, aumentar gradualmente para 200 mg duas vezes ao dia, máximo de 400 mg/dia

» A dose de metilfenidato e das medicações anfetamínicas precisam ser ajustadas.

» A dose sempre deve ser baixa no início e aumentada gradualmente de acordo com a resposta.

» Todos esses agentes envolvem um risco de induzir as ciclagens de humor nos pacientes com transtorno bipolar. Pesquisas recentes indicam que a mania relacionada à anfetamina (incluindo o metilfenidato) ocorre em 30% a 50% dos pacientes desse grupo.[59]

» É necessário obter uma história cardíaca detalhada, incluindo uma história familiar de morte súbita ou arritmia, incluindo sintomas de síncope e dispneia de esforço físico. Nos casos em que houver sintomas preocupantes ou uma história desses sintomas, deve-se obter um ECG e/ou uma consulta à cardiologia antes de iniciar o estimulante.

» Considerar a dexanfetamina para adultos cujos sintomas de TDAH estão respondendo à lisdexanfetamina, mas que não conseguem tolerar o perfil de efeito mais longo.[2]

## Em curso

- **persistência dos sintomas de ansiedade, apesar da eutímia nos estabilizadores do humor**

### adjunto

### terapia ansiolítica

- » A terapia ansiolítica inclui medicamentos e psicoterapias.
- » Os tratamentos com medicamentos incluem benzodiazepínicos e antidepressivos.
- » Psicoterapias incluem terapia cognitivo-comportamental, que mostrou eficácia para pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno do pânico. A terapia cognitiva baseada em atenção plena pode ajudar os pacientes com transtorno de ansiedade generalizada.
- » Os benzodiazepínicos envolvem riscos de dependência, tolerância e supressão, possivelmente incluindo convulsões por abstinência.
- » Os pacientes com um inibidor seletivo de recaptação de serotonina prescrito devem ser informados sobre a probabilidade de aumento do risco de suicídio associado ao seu uso.
- » Detalhes adicionais sobre o tratamento da ansiedade estão disponíveis na monografia pertinente.

## transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH) apenas com transtorno de ansiedade

**transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH) apenas com transtorno de ansiedade**

**1a**

### ansiolíticos + psicoterapia

- » As terapias ansiolíticas para tratamento inicial e para pacientes resistentes ao tratamento podem ser realizadas com medicamentos ou psicoterapias.
- » Os tratamentos com medicamentos incluem benzodiazepínicos e antidepressivos.
- » As psicoterapias podem incluir terapia cognitivo-comportamental: em particular, para transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno do pânico. A terapia cognitiva baseada na atenção plena pode ajudar no transtorno de ansiedade generalizada.
- » No caso de uma resposta insatisfatória à terapia ansiolítica inicial (resistência ao tratamento), sintomas contínuos semelhantes aos do TDAH podem ser observados como parte do transtorno de ansiedade resistente. Sintomas semelhantes aos do TDAH não devem ser especificamente tratados.

## Em curso

- » O distúrbio de ansiedade resistente ao tratamento pode ser abordado da seguinte maneira: mudança para um agente ansiolítico benzodiazepínico alternativo, tentativa de um agente antidepressivo ou mudança para um agente alternativo (inibidor seletivo de recaptção de serotonina [ISRS] ou inibidor de recaptção de serotonina-noradrenalina) em associação ou no lugar do tratamento contínuo com um agente ansiolítico benzodiazepínico, ou tentativa de um antipsicótico típico quetiapina em associação ou no lugar do tratamento com benzodiazepínico ou antidepressivo.
- » O encaminhamento ao especialista (psicofarmacologista) deve ser considerado para os casos complexos.
- » Os benzodiazepínicos envolvem riscos de dependência, tolerância e supressão, possivelmente incluindo convulsões por abstinência.
- » Os pacientes com um ISRS prescrito devem ser informados sobre a probabilidade de aumento do risco de suicídio associado ao seu uso.
- » A psicoterapia deve estar disponível em todos os cenários clínicos para o TDAH em adultos como uma opção de tratamento viável.
- » Detalhes adicionais sobre o tratamento do transtorno de ansiedade estão disponíveis na monografia persistente.

■ **persistência de sintomas semelhantes aos do transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH), apesar da ansiedade controlada com ansiolíticos**

**adjunto**

**tratamentos farmacológicos para transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH)**

### Opções primárias

» **metilfenidato**: 18 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia pela manhã, aumentar em incrementos de 18 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 108 mg/dia; 5 mg por via oral (liberação imediata) duas vezes ao dia antes do café da manhã e do almoço, aumentar em incrementos de 5-10 mg/dia em intervalos semanais, máximo de 100 mg/dia; 20-90 mg por via oral (liberação sustentada) uma vez ao dia pela manhã

**OU**

» **lisdexanfetamina**: 30-70 mg por via oral uma vez ao dia pela manhã

## Em curso

### Opções secundárias

» **dexanfetamina**: 5-60 mg/dia por via oral administrados em 2-4 doses fracionadas

OU

» **atomoxetina**: 40-120 mg/dia por via oral administrados em 1-2 doses fracionadas

### Opções terciárias

» **bupropiona**: 100 mg por via oral (liberação sustentada) uma vez ao dia pela manhã, aumentar gradualmente para 200 mg duas vezes ao dia, máximo de 400 mg/dia

OU

» **risperidona**: 1 mg por via oral uma ou duas vezes ao dia

OU

» **venlafaxina**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» A dose de metilfenidato e das medicações anfetamínicas precisam ser ajustadas.

» A dose sempre deve ser baixa no início e aumentada gradualmente de acordo com a resposta.

» Tratamento por várias semanas pode ser necessário para avaliar a eficácia na redução de sintomas de atenção e outros cognitivos.

» A atomoxetina é um agente com propriedades de bloqueio da recaptação da norepinefrina (noradrenalina).

» Se o paciente já estiver recebendo um tratamento antidepressivo, a compatibilidade desses agentes com outros antidepressivos deve ser verificada.

» É necessário obter uma história cardíaca detalhada, incluindo uma história familiar de morte súbita ou arritmia, incluindo sintomas de síncope e dispneia de esforço físico. Nos casos em que houver sintomas preocupantes ou uma história desses sintomas, deve-se obter um ECG e/ou uma consulta à cardiologia antes de iniciar o estimulante.

## Em curso

» Considerar a dexanfetamina para adultos cujos sintomas de TDAH estão respondendo à lisdexanfetamina, mas que não conseguem tolerar o perfil de efeito mais longo.<sup>[2]</sup>

## Recomendações

### Monitoramento

O paciente deve fazer consultas médicas regularmente agendadas, inicialmente a cada semana ou quinzena, estendendo-se para visitas mensais ou trimestrais assim que se atinja a estabilidade. Isso permitirá um acompanhamento de perto do estado do paciente. Nas consultas, a entrevista clínica e o exame físico podem possibilitar o seguinte:

- Monitoramento do uso do medicamento e de sua eficácia contínua
- Avaliação do status psiquiátrico quanto ao surgimento de qualquer alteração significativa no estado do humor ou ansiedade
- Monitoramento de qualquer uso de substâncias ou uso indevido do medicamento prescrito, principalmente dos estimulantes
- Monitoramento do status cardiovascular medido por pressão arterial e pulso.

### Instruções ao paciente

As instruções do médico para os pacientes devem tratar das seguintes questões:

- Orientações sobre a importância da adesão ao medicamento e/ou grupos de tratamentos prescritos
  - Aconselhamento sobre a incidência mais elevada de acidentes de trânsito em pessoas com transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH) e sobre o fato de que o tratamento efetivo parece reduzir o risco.[\[60\]](#) [\[61\]](#) [\[62\]](#)
  - Aconselhamento sobre atividades de estruturação com planejamento, lembretes e auxílios para a memória, e para evitar ambientes que possam fornecer estímulos excessivos
  - Aconselhamento para repousar o suficiente e comer bem, para manter a vigilância cognitiva com higiene do sono
  - Instrução sobre os riscos do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, qualquer uso de substâncias e uso indevido do medicamento prescrito
  - Recorrer a um tutor.
- [\[Children and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder \(CHADD\)\]](#)
  - [\[Helpguide.org: adult ADD/ADHD\]](#)
  - [\[National Institute of Mental Health \(NIMH\): attention deficit hyperactivity disorder \(ADHD\)\]](#)

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>mania induzida pelo estimulante</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
Os estimulantes devem ser interrompidos se a mania ocorrer.		
<b>perda de peso induzida pelo estimulante</b>	<b>variável</b>	<b>média</b>



Complicações	Período de execução	Probabilidade
<p>A dose deve ser minimizada e o paciente deve ser avaliado quanto a um transtorno alimentar. A perda de peso ocorre frequentemente na prática clínica, sendo que nessas circunstâncias as bebidas ricas em proteína ou energia podem ser úteis (deve-se tomar cuidado com determinadas bebidas energéticas que contêm cafeína, podendo exacerbar problemas de pressão arterial, pulsação, palpitações ou tremor), caso contrário, o medicamento pode precisar ser interrompido. É uma complicação comum e potencialmente grave, embora a probabilidade não seja alta.</p>		
<b>insônia induzida pelo estimulante</b>	<b>variável</b>	<b>média</b>
<p>O possível manejo pode incluir: a dose de estimulantes deve ser minimizada ou deve ser prescrita uma formulação alternativa; podem-se prescrever hipnóticos; e o estimulante do paciente pode ser trocado por um agente de ação curta ou tomar ou tomar a medicação mais cedo durante o dia. É possível trocar para a atomoxetina ou um tratamento alternativo. Melatonina, agonistas alfa ou antidepressivos sedativos também podem ser usados em associação com terapia regular.</p>		
<b>abuso de substâncias relacionado a estimulante</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
<p>A terapia de primeira linha deve ser a atomoxetina. Se forem necessários estimulantes concomitantes, é recomendada uma formulação de longa duração. Os estimulantes devem ser interrompidos em caso de abuso.</p>		
<b>eventos cardíacos induzidos pelo estimulante</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
<p>Os estimulantes devem ser interrompidos se houver arritmia. É necessário obter uma história cardíaca detalhada (incluindo história familiar de morte súbita ou arritmia, sintomas incluindo síncope e dispnéia de esforço físico). Nos casos em que houver sintomas preocupantes ou uma história desses sintomas, deve-se fazer um eletrocardiograma (ECG)/uma consulta à cardiologia antes de iniciar o estimulante.</p> <p>Os efeitos cardiovasculares de sais de anfetamina mistos de liberação prolongada em longo prazo (<math>\leq 60</math> mg/dia) não são esperados em adultos saudáveis com transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH).</p>		
<b>eventos cardíacos induzidos pela atomoxetina</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
<p>Aproximadamente 6% a 12% dos adultos e crianças apresentam alterações clinicamente relevantes na frequência cardíaca (20 bpm ou mais) e pressão arterial (15-20 mmHg ou mais). É recomendável que a frequência cardíaca e a pressão arterial sejam medidas e registradas em um gráfico percentual antes que o tratamento seja iniciado; durante o tratamento, depois de cada ajuste na dose; e depois pelo menos a cada 6 meses, para detectar possíveis aumentos clinicamente importantes.</p>		

## Prognóstico

A resposta ao tratamento do transtorno de deficit da atenção com hiperatividade (TDAH) em adultos para uma qualidade de vida satisfatória, e tratados com medicamentos estimulantes, é de cerca de 60%. Quando ocorrerem quadros clínicos comórbidos de humor ou ansiedade, eles também são altamente intratáveis. Nos casos resistentes de TDAH com transtornos de humor ou ansiedade, a psicofarmacologia do TDAH deve ser considerada. Participação em psicoterapia e treinamento em habilidades de estruturação do tempo e planejamento podem fornecer aos pacientes as estratégias de enfrentamento para o uso contínuo e melhoram os benefícios do tratamento com medicamentos para TDAH.

## Diretrizes de diagnóstico

### Europa

#### Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicação em:**  
2018

#### ADHD in adults: good practice guidelines

**Publicado por:** Royal College of Psychiatrists in Scotland

**Última publicação em:**  
2017

#### European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD

**Publicado por:** European Network Adult ADHD

**Última publicação em:**  
2010

### América do Norte

#### Canadian ADHD practice guidelines (4th ed)

**Publicado por:** Canadian ADHD Resource Alliance

**Última publicação em:**  
2018

#### Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5)

**Publicado por:** American Psychiatric Association

**Última publicação em:**  
2013

### Africa

#### The South African Society of Psychiatrists/Psychiatry Management Group management guidelines for adult attention-deficit/hyperactivity disorder

**Publicado por:** South African Society of Psychiatrists/Psychiatry Management Group

**Última publicação em:**  
2017

## Diretrizes de tratamento

### Europa

#### Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicação em:**  
2018

#### ADHD in adults: good practice guidelines

**Publicado por:** Royal College of Psychiatrists in Scotland

**Última publicação em:**  
2017

## Europa

### European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD

**Publicado por:** European Network Adult ADHD

**Última publicação em:**  
2010

## América do Norte

### Canadian ADHD practice guidelines (4th ed)

**Publicado por:** Canadian ADHD Resource Alliance

**Última publicação em:**  
2018

## Africa

### The South African Society of Psychiatrists/Psychiatry Management Group management guidelines for adult attention-deficit/hyperactivity disorder

**Publicado por:** South African Society of Psychiatrists/Psychiatry Management Group

**Última publicação em:**  
2017

## Recursos online

1. [Adult ADHD Self-Report Scale \(ASRS-v1.1\) symptom checklist - 18 item](#) (*external link*)
2. [Adult ADHD Self-Report Scale \(ASRS-v1.1\) Screener - 6 item](#) (*external link*)
3. [Children and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder \(CHADD\)](#) (*external link*)
4. [Helpguide.org: adult ADD/ADHD](#) (*external link*)
5. [National Institute of Mental Health \(NIMH\): attention deficit hyperactivity disorder \(ADHD\)](#) (*external link*)

## Artigos principais

- Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006 Apr;163(4):716-23. [Texto completo](#)
- Wingo AP, Ghaemi SN. A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007 Nov;68(11):1776-84.
- Youssef NA, Ege M, Angly SS, et al. Is obstructive sleep apnea associated with ADHD? *Ann Clin Psychiatry*. 2011 Aug;23(3):213-24.

## Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. March 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
3. Kates N. Attention deficit disorder in adults. Management in primary care. *Can Fam Physician*. 2005 Jan;51:53-9. [Texto completo](#)
4. Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006 Apr;163(4):716-23. [Texto completo](#)
5. Rollini M, Baud P. Pharmacological treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults [in French]. *Rev Med Suisse*. 2008 Jul 16;4(165):1638-43.
6. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 2007 May;190:402-9. [Texto completo](#)
7. Faraone SV, Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *J Atten Disord*. 2005 Nov;9(2):384-91.
8. Simon V, Czobor P, Bálint S, et al. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2009 Mar;194(3):204-11. [Texto completo](#)
9. Brugha T, Asherson P, Strydom A, et al. Adult psychiatric morbidity survey 2014, chapter 8: attention-deficit/ hyperactivity disorder. 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
10. Ghirardi L, Brikell I, Kuja-Halkola R, et al. The familial co-aggregation of ASD and ADHD: a register-based cohort study. *Mol Psychiatry*. 2018 Feb;23(2):257-62. [Texto completo](#)

11. Wingo AP, Ghaemi SN. A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007 Nov;68(11):1776-84.
12. de Graaf R, Kessler RC, Fayyad J, et al. The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Occup Environ Med*. 2008 Dec;65(12):835-42. [Texto completo](#)
13. Ramtekkar UP, Reiersen AM, Todorov AA, et al. Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: implications for DSM-V and ICD-11. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Mar;49(3):217-28. [Texto completo](#)
14. Cortese S, Moreira-Maia CR, St Fleur D, et al. Association between ADHD and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2016 Jan;173(1):34-43. [Texto completo](#)
15. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *JAMA*. 2004 Aug 4;292(5):619-23.
16. Haberstick BC, Timberlake D, Hopfer CJ, et al. Genetic and environmental contributions to retrospectively reported DSM-IV childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Psychol Med*. 2008 Jul;38(7):1057-66.
17. Schultz MR, Rabi K, Faraone SV, et al. Efficacy of retrospective recall of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: a twin study. *Twin Res Hum Genet*. 2006 Apr;9(2):220-32.
18. van den Berg SM, Willemsen G, de Geus EJ, et al. Genetic etiology of stability of attention problems in young adulthood. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2006 Jan 5;141B(1):55-60.
19. Halperin JM, Trampush JW, Miller CJ, et al. Neuropsychological outcome in adolescents/young adults with childhood ADHD: profiles of persisters, remitters and controls. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008 Sep;49(9):958-66. [Texto completo](#)
20. Li D, Sham PC, Owen MJ, et al. Meta-analysis shows significant association between dopamine system genes and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Hum Mol Genet*. 2006 Jul 15;15(14):2276-84. [Texto completo](#)
21. Franke B, Neale BM, Faraone SV. Genome-wide association studies in ADHD. *Hum Genet*. 2009 Jul;126(1):13-50. [Texto completo](#)
22. Williams NM, Zaharieva I, Martin A, et al. Rare chromosomal deletions and duplications in attention-deficit hyperactivity disorder: a genome-wide analysis. *Lancet*. 2010 Oct 23;376(9750):1401-8. [Texto completo](#)
23. Retz W, Rosler M, Kissling C, et al. Norepinephrine transporter and catecholamine-O-methyltransferase gene variants and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adults. *J Neural Transm (Vienna)*. 2008;115(2):323-9.



24. Stevens SE, Sonuga-Barke EJ, Kreppner JM, et al. Inattention/overactivity following early severe institutional deprivation: presentation and associations in early adolescence. *J Abnorm Child Psychol*. 2008 Apr;36(3):385-98.
25. Buschgens CJ, van Aken MA, Swinkels SH, et al. Differential family and peer environmental factors are related to severity and comorbidity in children with ADHD. *J Neural Transm (Vienna)*. 2008;115(2):177-86.
26. Man KK, Chan EW, Ip P, et al. Prenatal antidepressant use and risk of attention-deficit/hyperactivity disorder in offspring: population based cohort study. *BMJ*. 2017 May 31;357:j2350. [Texto completo](#)
27. Zametkin AJ, Nordahl TE, Gross M, et al. Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *N Engl J Med*. 1990 Nov 15;323(20):1361-6. [Texto completo](#)
28. Amen DG, Hanks C, Prunella J. Preliminary evidence differentiating ADHD using brain SPECT imaging in older patients. *J Psychoactive Drugs*. 2008 Jun;40(2):139-46.
29. Poelmans G, Pauls DL, Buitelaar JK, et al. Integrated genome-wide association study findings: identification of a neurodevelopmental network for attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 2011 Apr;168(4):365-77. [Texto completo](#)
30. Kinsbourne M. Minimal brain dysfunction as a neurodevelopmental lag. *Ann N Y Acad Sci*. 1973 Feb 28;205:268-73.
31. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2007 Dec 4;104(49):19649-54. [Texto completo](#)
32. Dias G, Mattos P, Coutinho G, et al. Agreement rates between parent and self-report on past ADHD symptoms in an adult clinical sample. *J Atten Disord*. 2008 Jul;12(1):70-5.
33. Youssef NA, Ege M, Angly SS, et al. Is obstructive sleep apnea associated with ADHD? *Ann Clin Psychiatry*. 2011 Aug;23(3):213-24.
34. Crunelle CL, van den Brink W, Moggi F, et al. International consensus statement on screening, diagnosis and treatment of substance use disorder patients with comorbid attention deficit/hyperactivity disorder. *Eur Addict Res*. 2018;24(1):43-51. [Texto completo](#)
35. Wilens TE. The nature of the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use. *J Clin Psychiatry*. 2007;68 (Suppl 11):4-8.
36. Fischer M, Barkley RA, Smallish L, et al. Hyperactive children as young adults: driving abilities, safe driving behavior, and adverse driving outcomes. *Accid Anal Prev*. 2007 Jan;39(1):94-105.
37. Mannuzza S, Klein RG, Moulton JL 3rd. Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry Res*. 2008 Sep 30;160(3):237-46. [Texto completo](#)
38. DuPaul GJ, Stoner G. ADHD in the schools: assessment and intervention strategies. New York, NY: Guilford Press; 1994.

39. Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ, et al. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2007;16(2):52-65. [Texto completo](#)
40. Conners CK. Clinical use of rating scales in diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North Am.* 1999 Oct;46(5):857-70.
41. Audenaert K, Jansen HM, Otte A, et al. Imaging of mild traumatic brain injury using 57Co and 99mTc HMPAO SPECT as compared to other diagnostic procedures. *Med Sci Monit.* 2003 Oct;9(10):MT112-7. [Texto completo](#)
42. Barkley RA, ed. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 3rd ed. New York, NY: Guilford Press; 2006.
43. Brown TE. The Brown attention deficit disorder scales. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
44. Wender PH. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. New York, NY: Oxford University Press; 2001.
45. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry.* 1993 Jun;150(6):885-90.
46. Das D, Vélez JI, Acosta MT, et al. Retrospective assessment of childhood ADHD symptoms for diagnosis in adults: validity of a short 8-item version of the Wender-Utah Rating Scale. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2016 Dec;8(4):215-23.
47. Searight HR, Burke JM, Rottnek F. Adult ADHD: evaluation and treatment in family medicine. *Am Fam Physician.* 2000 Nov 1;62(9):2077-86. [Texto completo](#)
48. Barkley RA, Brown TE. Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS Spectr.* 2008 Nov;13(11):977-84.
49. Taylor A, Deb S, Unwin G. Scales for the identification of adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review. *Res Dev Disabil.* 2011 May-Jun;32(3):924-38.
50. Spencer TJ, Adler LA, Meihua Qiao, et al. Validation of the adult ADHD investigator symptom rating scale (AISRS). *J Atten Disord.* 2010 Jul;14(1):57-68.
51. Hodgkins P, Shaw M, McCarthy S, et al. The pharmacology and clinical outcomes of amphetamines to treat ADHD: does composition matter? *CNS Drugs.* 2012 Mar 1;26(3):245-68.
52. Faraone SV, Glatt SJ. A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit/hyperactivity disorder using meta-analysis of effect sizes. *J Clin Psychiatry.* 2010 Jun;71(6):754-63.
53. Kendall T, Taylor E, Perez A, et al; Guideline Development Group. Diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in children, young people, and adults: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2008 Sep 24;337:a1239.

54. Lopez PL, Torrente FM, Ciapponi A, et al. Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Mar 23;(3):CD010840. [Texto completo](#)
55. Emilsson B, Gudjonsson G, Sigurdsson JF, et al. Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2011 Jul 25;11:116. [Texto completo](#)
56. Knouse LE, Safren SA. Current status of cognitive behavioral therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2010 Sep;33(3):497-509. [Texto completo](#)
57. Solanto MV, Marks DJ, Wasserstein J, et al. Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. *Am J Psychiatry*. 2010 Aug;167(8):958-68. [Texto completo](#)
58. Hirvikoski T, Waaler E, Alfredsson J, et al. Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: results from a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2011 Mar;49(3):175-85.
59. Wingo AP, Ghaemi SN. Frequency of stimulant treatment and of stimulant-associated mania/hypomania in bipolar disorder patients. *Psychopharmacol Bull*. 2008;41(4):37-47.
60. Chang Z, Quinn PD, Hur K, et al. Association between medication use for attention-deficit/hyperactivity disorder and risk of motor vehicle crashes. *JAMA Psychiatry*. 2017 Jun 1;74(6):597-603. [Texto completo](#)
61. Barkley RA, Cox D. A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. *J Safety Res*. 2007;38(1):113-28.
62. Jerome L, Habinski L, Segal A. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and driving risk: a review of the literature and a methodological critique. *Curr Psychiatry Rep*. 2006 Oct;8(5):416-26.

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

**Marios Adamou, MD, MSc, LL.M, MA, MBA, PhD, MRCPsych, DOccMed, FRSB**

Consultant Psychiatrist

South West Yorkshire NHS Partnership Foundation Trust, University of Huddersfield, Huddersfield, UK

DIVULGAÇÕES: MA is a board member of the East Riding Clinical Commissioning Group.

### // Reconhecimentos:

Professor Marios Adamou would like to gratefully acknowledge Dr Bridget Craddock, Dr S. Nassir Ghaemi, and Dr Elizabeth A. Whitham, the previous contributors to this topic.

DIVULGAÇÕES: BC declares that she has no competing interests. SNG has received research grants from Pfizer, served on the speakers' bureaus of Astra Zeneca and Pfizer, and received honoraria from Bristol Myers Squibb. Neither SNG nor his family hold equity positions in pharmaceutical corporations. EAW declares that she has no competing interests.

### // Colegas revisores:

**Gianni Faedda, MD**

Lucio Bini Mood Disorders Center

New York, NY

DIVULGAÇÕES: GF has been reimbursed by Astra Zeneca, the manufacturer of Seroquel, for attending several conferences.

**David W. Goodman, MD**

Assistant Professor

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, MD

DIVULGAÇÕES: DWG has received research grants from Shire Pharmaceuticals. DWG has received speaking fees from Neuroscience Education Institute, Temple University, American Professional Society of ADHD and Related Disorders, Medscape, and WebMD. DWG has been a paid consultant to American Physician Institute for Advanced Professional Studies, Prescriber's Letter, Consumer Reports, Thomson Reuters, GuidePoint Global, Shire Pharmaceuticals, McNeil Pediatrics, Cephalon, Teva Pharmaceuticals, Lundbeck, Otsuka Pharmaceuticals, and Novartis.