

Desafios no diagnóstico de TDAH e repercussões nas condutas terapêuticas

Challenges in diagnosing ADHD and repercussions on therapeutic approaches

DOI:10.34119/bjhrv6n2-189

Recebimento dos originais: 01/03/2023

Aceitação para publicação: 04/04/2023

Murilo Rezende Paula

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Franca (UNIFRAN)

Endereço: Av. Doutor Armando Sales Oliveira, 201, Parque Universitário, Franca - SP,

CEP: 14404-600

E-mail: murilor10@hotmail.com

Ana Beatriz Silva

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade do Vale do Sapucaí

Endereço: Av. Cel. Alfredo Custódio de Paula, 320, Medicina, Pouso Alegre - MG,

CEP: 37553-068

E-mail: abeatrizsilva@hotmail.com

Bauer Vieira César Filho

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Mineiros (Unifimes)

Endereço: Av. Elizabeth Marques, 45, St. Maysa, Trindade - GO, CEP: 75380-307

E-mail: bauervieiracesar@icloud.com

Caroline Oliveira Silva

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento s/nº, Bairro Dom Bosco, Juiz de Fora - MG,

CEP: 36038-330

E-mail: caroline.oliveirasilva@hotmail.com

Isabella Piauilino Rosal

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Uninovafapi

Endereço: Rua Vitorino Orthigues Fernandes, 6123, Uruguai, Teresina - PI,

CEP 64073-505

E-mail: isarosal_@outlook.com

Pâmella Alves Pirovani Rodrigues

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade Multivix de Cachoeiro de Itapemirim

Endereço: Rua Dulcino José Bernardo, 19, Jardim América, Cachoeiro de Itapemirim - ES,

CEP: 29310-717

E-mail: pamellapirovani.pp@gmail.com

Valentina Barroso Santiago

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade FACERES

Endereço: Av. Anísio Haddad, 6751, Jardim Francisco Fernandes, São José do Rio Preto - SP,
CEP: 15090-305

E-mail: valentinasantiago2016@hotmail.com

Hayane Nepomuceno Curto

Graduada em Medicina pela Faculdade de Minas (FAMINAS)

Instituição: Faculdade de Minas (FAMINAS)

Endereço: Rua Sete de Abril, 208, Vila Maquine, Mariana - MG, CEP: 35420-000

E-mail: hayanenc@gmail.com

RESUMO

O presente artigo buscou analisar, por meio de uma revisão narrativa de literatura, os impasses para se estabelecer o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e suas repercussões na conduta terapêutica. Esse transtorno é bastante recorrente no infanto-juvenil e gera prejuízos para o desenvolvimento individual, social e acadêmico do indivíduo. Entretanto, a inexistência de um exame específico para detecção e a mimetização de outros quadros neuropsiquiátricos, bem como a dificuldade de acesso e adesão a equipes multidisciplinares e estabelecimento da relação médico-paciente, impactam no tempo requerido para o diagnóstico e dificultam uma avaliação precoce do paciente com TDAH. O tratamento é realizado de maneira multimodal, incluindo medicamentos e condutas não medicamentosas. Entretanto, o diagnóstico tardio do transtorno interfere principalmente na relação benéfica entre o tratamento não farmacológico e o tratamento medicamentoso. Ademais, a persistência dos sintomas pode ocorrer de forma parcial ou total até a vida adulta, implicando na necessidade de mudanças no tratamento ao longo do tempo.

Palavras-chave: TDAH, Diagnóstico/TDAH, Tratamento/TDAH.**ABSTRACT**

This following article aimed to analyze, from a narrative literature review, the challenges to establish the diagnostic of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and their consequences in the therapeutic conduct. This disorder is too recurrent in children and young people and bring harm to individual, social and academic development of the person. However, the inexistence of a specific exam to detect and the mimetization of others neuropsychiatric conditions, but also the difficult of access and adhesion of multidisciplinary equips, and the establishment of the doctor-patient relationship, impact in required time to the diagnostic and make difficulties in a early evaluation of the patient with ADHD. The treatment is carried out in a multimodal way, including medication and non-medication approaches. However, late diagnosis of the disorder mainly interferes with the beneficial relationship between non-pharmacological treatment and drug treatment. Furthermore, the persistence of the symptoms can happen in partial or totally until adult life, implicating in the necessity of changes in treatment over time

Keywords: ADHD, Diagnostic, Treatment

1 INTRODUÇÃO

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um transtorno de neurodesenvolvimento de origem biológica, com etiologia multifatorial, envolvendo fatores genéticos e ambientais, onde geralmente os sintomas surgem em idades precoces. É o transtorno neurológico mais comum na infância, prolongando até a idade adulta, acarretando repercussão no desenvolvimento de vários âmbitos, como pessoal, social, acadêmico e ocupacional, principalmente quando seu diagnóstico é postergado ou inexistente (CABRAL; LIU; SOARES, 2019).

Esse transtorno possui prevalência de cerca de 5% nas crianças em idade escolar em todo o mundo e, aproximadamente, 80 a 85% dos pré-adolescentes continuam a apresentar sintomas na adolescência, sendo que em 60% dos casos prolongam-se até a vida adulta. Crianças e adolescentes com esse transtorno neurológico podem apresentar hiperatividade e/ou impulsividade, possuem dificuldades ao realizar atividades diárias devido ao desajuste com a atenção, menor funcionamento social e baixa autoestima, dificultando o convívio com a família e entre pares (BRAHMBHATT *et al.*, 2017).

O diagnóstico do TDAH é prioritariamente clínico e deve ser realizado a partir de uma avaliação minuciosa por um profissional médico especializado (psiquiatra, neurologista, neuropediatra), integrado a critérios operacionais claros e bem definidos, baseados de classificações como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos de Saúde mental, o DSM-5 (BOLFER *et al.*, 2017). Além disso, podem ser associados, para melhor diagnóstico, testes neurológicos e avaliação do comprometimento das atividades executivas, como também testes visuais, auditivos e laboratoriais como forma de exclusão de causas orgânicas (RUSCA-JORDÁN; CORTEZ-VERGARA, 2020).

Visto que o TDAH atinge a vida social de forma complexa e que o diagnóstico é dificultado devido à flutuação dos sintomas e diagnóstico diferencial complexo, torna-se essencial integrar informações da família, da escola e do paciente, para que seja realizado, de forma precoce, o diagnóstico preciso, rastreamento de comorbidades frequentemente associadas e seja iniciado o tratamento a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente e reduzir as consequências do transtorno (BRAHMBHATT *et al.*, 2017).

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo descrever, a partir de uma revisão narrativa da literatura, quais os desafios para o diagnóstico do TDAH e suas repercussões na conduta terapêutica.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O TDAH é classificado como um transtorno do neurodesenvolvimento que se inicia na infância e é caracterizado por desorganização, hiperatividade, impulsividade e desatenção. Esse transtorno, além de acarretar diversos prejuízos em diferentes áreas na vida do indivíduo (social, escolar, acadêmico e profissional), pode cursar com outros quadros como transtorno desafiador opositor, dificuldade de aprendizado e transtorno de ansiedade (DSM-5, 2014; DIAS *et al.*, 2013).

O TDAH pode perdurar até a fase adulta, porém a tendência é que ocorra uma redução dos sintomas com o decorrer dos anos, sendo que cerca de 65% das pessoas possuem uma redução parcial dos sintomas, porém apenas 15% das crianças apresentam uma remissão total quando atingem o início da fase adulta (DIAS *et al.*, 2013).

A taxa de incidência do TDAH pode sofrer variação tendo em vista as regiões geográficas, idade, gênero e até mesmo etnias. De acordo com a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), 5% a 8% da população mundial tem TDAH e cerca de 70% das crianças que apresentam o transtorno possuem outra comorbidade associada (ABDA, 2017). Estudos apontam, ainda, que homens são mais diagnosticados com o transtorno do que as mulheres (obedecendo a proporção 2:1); já no quesito racial, o diagnóstico ocorre em cerca de 12,8% de negros não hispânicos, 12% de brancos não hispânicos e 6,1% de hispânicos (CABRAL; LIU; SOARES, 2019).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-5), determina que existem dezoito sintomas principais no TDAH, onde nove são pertinentes à hiperatividade/impulsividade e nove estão relacionados à desatenção. Para o diagnóstico, esses sintomas devem ser persistentes com duração de pelo menos seis meses, iniciando-se antes dos doze anos e acontecendo em, pelo menos, dois ambientes. Ademais, o DSM-5 classifica o TDAH em leve, moderado ou grave, conforme a quantidade de sintomas presentes e o nível de comprometimento no desempenho do indivíduo (DSM-5, 2014).

Apesar de não estarem incluídos nos critérios diagnósticos, pessoas com TDAH apresentam maiores chances de terem atraso leve no desenvolvimento social, motor e linguístico, além de labilidade do humor, irritabilidade, baixa tolerância à frustração (BÉLANGER *et al.*, 2018). Logo, a coleta adequada da história clínica é fundamental na avaliação diagnóstica. O profissional deve procurar por fatores de risco na história do paciente que podem ter colaborado para o início do quadro, assim como a existência de história familiar (ANDRADE; VASCONCELOS, 2018).

Os fatores de risco são multifatoriais, englobando fatores genéticos e ambientais. Meta-análises sugerem a possibilidade da associação do TDAH com os genes dos transportadores de serotonina 1B (HTR1B) e dopamina (D4 e D5), vias da serotonina (5-hidroxitriptamina [5-HT]) e acetilcolina, o gene codificador de uma proteína relacionada a liberação de neurotransmissores (SNAP25), entre outros genes, que poderiam afetar o funcionamento das estruturas cerebrais relacionadas ao processamento de recompensas, função executiva, a memória de trabalho e controle emocional. No entanto, diversas pesquisas continuam sendo realizadas no intuito de determinar especificamente o papel dos genes nesse distúrbio (FARAONE, 2018).

Os fatores ambientais, por sua vez, podem ser divididos em fatores pré-natais, perinatais e pós-natais. Os fatores pré-natais são formados por traumatismos, infecções congênitas, sangramentos, intoxicações e doenças maternas crônicas. Já dentre os fatores perinatais, pode-se citar as malformações pélvicas, prematuridade, macrossomia fetal, malformações fetais, distúrbios respiratórios do recém-nascido como a doença da membrana hialina, distocias no parto, descolamento prematuro da placenta, entre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

Já entre os fatores pós-natais citam-se: infecções neonatais, intoxicações, lesões expansivas, etc. Classe socioeconômica, situações psicoafetivas e grau de instrução familiar e escolar também são considerados fatores ambientais (ROTTA; OHLWEILER; RIESGO, 2016).

É válido enfatizar que o diagnóstico não deve ser descartado caso a criança não demonstre sintomas relacionados ao transtorno durante a consulta médica, pois algumas possuem a habilidade de conter os sintomas por um intervalo de tempo. Além disso, o atendimento estruturado da consulta pode favorecer o autocontrole (ANDRADE; VASCONCELOS, 2018). No entanto, essa situação pode contribuir como um fator desafiador para o diagnóstico, pois não permite que o profissional tenha oportunidade para avaliar os sintomas e sinais típicos do TDAH (CALIXTO; SOARES; VASCONCELOS, 2021).

A história escolar e relatórios dos professores também apresentam grande importância para avaliar se as dificuldades de comportamento e aprendizagem na escola são causadas principalmente por desatenção ou pela falta de compreensão do material didático. Associado a isso, a análise do relacionamento social com irmãos, pessoas próximas e adultos, e o desempenho em atividades podem indicar dicas diagnósticas preciosas (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Outrossim, as crianças que apresentem queixas de comportamento hipercinético ou impulsivo e desatenção, devem, através da avaliação clínica, exame físico, história progressa, exame neurológico e triagem auditiva e visual serem analisadas quanto à presença de outros distúrbios que se assimilam ao quadro do TDAH. Entre os principais diagnósticos diferenciais, pode-se citar a epilepsia tipo ausência infantil, déficit visual, sequelas de lesões cerebrais, deficiências auditivas, síndromes genéticas, distúrbios neuromusculares, entre outras (ANDRADE; VASCONCELOS, 2018).

Nesse contexto, outros profissionais podem contribuir no processo de diagnóstico. Entre eles, pode-se citar a participação da psicologia através da investigação de fatores emocionais que podem atrapalhar o rendimento e a qualidade de vida, e através da realização da avaliação neuropsicológica, para avaliar as funções cognitivas. Pode contribuir também a área de fisioterapia, pela avaliação da aquisição das habilidades motoras globais, atenção, equilíbrio, percepção e concentração, fundamental já que pessoas com TDAH apresentam maiores riscos de terem alterações no desenvolvimento da coordenação motora (EFFEGEM *et al.*, 2017).

A fonoaudiologia também pode atuar na análise do processamento da linguagem e audição da criança, permitindo diagnosticar alterações auditivas que excluiriam quadros de desatenção (PRANDO *et al.* 2013).

Entre adolescentes, outro fator dificultador do diagnóstico de TDAH é que muitos deles podem não ser autoavaliadores de confiança, tendendo a não reportar corretamente algo que poderia ser considerado um critério diagnóstico (CABRAL; LIU; SOARES, 2019). Isso também pode acontecer com os pais de adolescentes, que tendem a achar normal diversos comportamentos que se assemelham ao TDAH, uma vez que eles costumam passar menos tempo com filhos nessa fase o que pode ser mais comum em pais mais ausentes ou que trabalham fora (MARK *et al.*, 2005).

Assim, por mais que as avaliações multidisciplinares não sejam obrigatórias, quanto maior o número de profissionais envolvidos na investigação do TDAH, maior será a chance do estabelecimento correto e célere do diagnóstico e conduta terapêutica. No entanto, nem sempre esses profissionais são acessíveis às famílias. Ademais, por mais que testes físicos e neurológicos auxiliem no diagnóstico, não existem exames que comprovem a presença do TDAH, sendo outro fator dificultador ao diagnóstico (CALIXTO; SOARES; VASCONCELOS, 2021).

Essa ausência de exames específicos está associada a uma baixa compreensão acerca da fisiopatologia dessa síndrome, apesar dos extensos estudos para se determinar a relação causal entre os neurotransmissores envolvidos e o desenvolvimento do TDAH (CAMPO *et al.*, 2011).

Dessa forma, o diagnóstico clínico continua sendo a principal ferramenta do médico no diagnóstico desses pacientes, o que se torna ainda mais difícil nos pacientes com comportamentos mais atípicos ou mais velhos (WOLRAICH, 2019).

Conforme já descrito, o transtorno possui alta hereditariedade (estimado em 76%). Porém, mesmo com todas as evidências que associam o fator genético no desenvolvimento da doença, ainda não foi encontrado nenhum padrão genético específico que possa determinar ou descartar transtorno (WOLRAICH, 2019). Assim, os testes genéticos ainda não são úteis para fins diagnósticos (THAPAR, 2018).

Logo, é de extrema importância a investigação acerca das condições acadêmicas, psicológicas, familiares e sociais da criança, para que seja possível delinear um plano de intervenção adequado para tratamento. Somente após a realização do diagnóstico do TDAH é que será avaliado a melhor forma de tratamento para cada indivíduo (EFFEGEM *et al.*, 2017; TASSOTTI, 2015).

Quanto ao tratamento do TDAH, recomenda-se que seja multimodal, incluindo medicamentos e condutas não medicamentosas, assim como orientação aos pais e professores, além de técnicas específicas que são ensinadas ao portador (ABDA, 2017).

No tratamento medicamentoso os fármacos estimulantes do sistema nervoso central são os mais utilizados. Esses medicamentos agem em neurotransmissores do sistema nervoso central e têm a capacidade de reequilibrar o sistema, melhorando a hiperatividade e, em consequência, o nível de atenção e de concentração. Além dos estimulantes, drogas antidepressivas e acessórias também podem ser combinadas a fim de gerar um resultado satisfatório (TASSOTTI, 2015).

Segundo o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), atualmente observa-se superioridade das medicações psicoestimulantes (metilfenidato e lisdexanfetamina) em comparação às outras classes medicamentosas, com um início de ação mais rápido e mais eficaz, sendo os mais recomendados nas diretrizes atuais (NICE, 2018).

No Brasil, utiliza-se duas classes medicamentosas principais: o metilfenidato (concerta, ritalina) e a lisdexanfetamina (venvanse). Para que seja iniciada a terapia medicamentosa é importante selecionar os pacientes candidatos através de uma adequada anamnese e exames complementares, sempre que necessário. Devem ser considerados fatores como a idade, comorbidades, outras medicações em uso e possíveis efeitos colaterais (DRECHSLER *et al.*, 2019).

Pacientes com menos de cinco anos não devem iniciar as medicações sem avaliação por múltiplos profissionais, sendo considerado apenas em casos muito sintomáticos. São

recomendados como primeira escolha medicações com tomada única (concerta e venvanse) para maior comodidade posológica, e o tratamento deve ser reavaliado periodicamente, com pausas programadas, para verificar a necessidade de se continuar com a terapia medicamentosa (NICE, 2018).

Com relação ao tratamento não medicamentoso, recomenda-se uma abordagem multidisciplinar, envolvendo não apenas a criança ou jovem acometido como também a sua família e escola sempre que possível. A inclusão do profissional de psicologia, por exemplo, nos cuidados com o paciente com TDAH pode trazer benefícios, inclusive para os cuidadores. A terapia cognitivo-comportamental vem ganhando espaço no atendimento desses pacientes buscando a melhor adesão, a conscientização do paciente para tomar frente em relação ao seu tratamento e melhorar a convivência entre ele e os seus familiares, especialmente em relação aos adolescentes (EFFGEM *et al.*, 2017).

O fonoaudiólogo pode ser incluído para melhorar o vocabulário e melhorar a capacidade de concentração ao praticar exercícios. Isso é feito através de testes que estimulam o paciente a desenvolver melhor essas áreas (concentração, paciência, vocabulário), o que o auxilia a superar algumas de suas limitações do dia a dia, e é especialmente importante em crianças menores (EFFGEM *et al.*, 2017).

O diagnóstico tardio do TDAH interfere principalmente na relação benéfica entre o tratamento não farmacológico e o tratamento medicamentoso. Estudo realizado por Charach *et al.* (2013) na Universidade de Toronto, apontou que a terapia comportamental com a presença dos pais em crianças de idade pré-escolar com alto risco de TDAH tem efeito superior ao uso de metilfenidato. Entretanto, com o avançar da idade do paciente, a efetividade das terapias comportamentais é menor, sendo necessária a intervenção farmacológica (CAYE *et al.*, 2017).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos achados na literatura em questão, evidencia-se que o TDAH é uma doença que impacta a vida do indivíduo em diferentes cenários. Logo, o diagnóstico precoce da doença é de suma importância para minimizar esses efeitos e direcionar o tratamento específico e eficaz para o paciente. Portanto, reforça-se a importância do estímulo à conduta terapêutica multiprofissional e acompanhamento familiar, a fim de direcionar o diagnóstico precoce e preciso, melhorando a qualidade de vida do indivíduo e os sintomas associados.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, P. F. S. M.; VASCONCELOS, M. M. Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade. **Resid. Pediátr.** v.8, n. 1, p. 64-71, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO (ABDA), Tratamento do TDAH, 2017. Disponível em: <https://tdah.org.br/tratamento/>. Acesso em 25 de fevereiro de 2023.

BOLFER, C. *et al.* Attention-deficit/hyperactivity disorder: the impact of methylphenidate on working memory, inhibition capacity and mental flexibility. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v. 75, n. 4, abr. 2017.

BRAHMBHATT, K. *et al.* Diagnosis and treatment of adhd during adolescence in the primary care setting: review and future direction, amos Angeles. **J Adolesc Health.**, v. 59, n. 2 , p. 135-143, aug. 2016.

CABRAL, M. D. I.; LIU, S.; SOARES, N. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnostic criteria, epidemiology, risk factors and evaluation in youth. **Transl pediatri.**, v. 9, p.S104-S113, 2020.

CALIXTO, F. G. C.; SOARES, S. L.; VASCONCELOS, F. U. P. A aprendizagem e o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: uma análise da produção brasileira. **Rev. Contexto & Educação**, v.36, n.113, p.74-84, 2021.

CAMPO, N. D. *et al.* The roles of dopamine and noradrenaline in the pathophysiology and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. **Biol Psychiatry**, v. 69, n. 12, p. 1, set. 2011.

CAYE, A. *et al.* Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. **Mol Psychiatry**, v. 24, p. 390-408, mar. 2019.

DIAS, T. G. C. *et al.* Developments and challenges in the diagnosis and treatment of ADHD. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 35,suppl 1, 2013.

DRECHSLER.R. *et al.* ADHD: Current Concepts and treatments in children and adolescents. **Neuropediatrics**, v.51, n.5, p. 315-335, 2020.

CHARACH. A. *et al.* Interventions for preschool children at high risk for ADHD: a comparative effectiveness review. **Pediatr Rev**, v.131, p. 1584–1604. 2013.

EFFGEM, V. *et al.* A visão de profissionais de saúde acerca do TDAH- processo diagnóstico e práticas de tratamento. **Rev. Construção psicopedagógica.** São Paulo, v. 25, n. 26, p. 34-45, 2017.

FARAONE, S. V. The pharmacology of amphetamine and methylphenidate: Relevance to the neurobiology of attention deficit/hyperactivity disorder and other psychiatric comorbidities. **Neurosci Biobehav Rev.** v. 87, p. 255-270, 2018.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSM-5). 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management**. v. 1, n. 1, p. 1-60, mar. 2018. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/resources/attention-deficit-hyperactivity-disorder-diagnosis-and-management-pdf-1837699732933>. Acesso em: 27 fev. 2023.

PRANDO, M. L. *et al.* Avaliação da linguagem e do processamento auditivo na caracterização neuropsicológica do TDAH: Revisão Sistemática. **Psicol. pesq.**, v.7, n.1, p.23-36. 2013.

ROTTA N. T.; OHLWEILER L.; RIESGO R. S. **Transtornos da Aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2016. 512p.

RUSCA-JORDÁN, F.; CORTEZ-VERGARA, C. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. **Rev. neuropsiquiatr.**, v.83, n.3, p. 148-156, jul-sep 2020.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 1490 p.

SMITH, B. H. *et al.* The reliability, validity, and unique contributions of self-report by adolescents receiving treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. **J consult and clin psychol.**, v. 68, n. 3, jan. 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Departamento Científico Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento SBP**, 2018. Disponível: <https://www.sbp.com.br/departamentos-cientificos>. Acessado em: 12 de fevereiro de 2023.

TASSOTTI, C. **TDAH: diagnóstico diferencial e tratamento**. 2015. 35p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Psicologia) - Departamento de Humanidades e Educação, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2015.

THAPAR, A. Discoveries on the Genetics of ADHD in the 21st Century: New Findings and Their Implications. **Am J Psychiatry**, v. 175, n. 10, p. 943-950, 2018.

WOLRAICH, M. L. *et al.* ADHD Diagnosis and Treatment Guidelines: A Historical Perspective. **PEDIATRICS**, Oklahoma City, v. 144, n. 4, 2019.