



ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH): UMA REVISÃO DE LITERATURA

Isadora Veras Araújo Soares ¹, Catarina de Oliveira Vasconcelos ¹, Yasmin de Oliveira Vasconcelos ¹, Victor Fernando Leal Leopoldo ¹, Pedro Augusto Cirilo de Medeiros ², Enoi Alves Silvestre Farias ², Letícia Arruda Araújo ³, Vitória de Quadros Brustolin ⁴, Maria Clara de Oliveira Vasconcelos ⁵, Maria Fernanda de Sousa Vintura ⁶, Karina Manoela Ferreira de Paula ⁶, Izabella Rodrigues Carneiro ⁷, Marjory Mont'Alverne Bezerra ⁸

REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

Apresenta-se uma revisão integrativa de literatura acerca do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), seus aspectos clínicos, epidemiológicos, bem como o impacto dessa condição na vida do indivíduo. Essa condição caracteriza-se como um transtorno no desenvolvimento em que há dificuldade de manter a atenção, além de inquietude e agitação. Essa desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade comprometem o funcionamento em pelo menos dois contextos (ex.: casa e escola) e causam impacto significativo na vida do indivíduo e da família. Utilizam-se critérios diagnósticos para definir o quadro, que pode coexistir com outras comorbidades. Há necessidade de uma equipe multidisciplinar para intervir na melhoria e na qualidade de vida dos pacientes, assim como um tratamento voltado para os vários aspectos que esse transtorno apresenta.

Palavras-chave: TDAH, clínica, epidemiologia.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD): A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

An integrative literature review is presented on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), its clinical and epidemiological aspects, as well as the impact of this condition on the individual's life. This condition is characterized as a developmental disorder in which there is difficulty maintaining attention, as well as restlessness and agitation. This inattention and/or hyperactivity-impulsivity compromises functioning in at least two contexts (e.g. home and school) and has a significant impact on the lives of the individual and their family. Diagnostic criteria are used to define the condition, which can coexist with other comorbidities. There is a need for a multidisciplinary team to intervene to improve patients' quality of life, as well as treatment aimed at the various aspects of this disorder.

Keywords: ADHD, clinical, epidemiology.

Instituição afiliada – 1- Centro Universitário Uninovafapi; 2- Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba; 3- Universidade Estadual do Piauí; 4- Centro Universitário São Lucas; 5- Centro Universitário UniFacid; 6- Centro Universitário Metropolitano da Amazônia; 7- Faculdade de Ciências Médicas do Pará; 8- Unichristus

Dados da publicação: Artigo recebido em 16 de Abril e publicado em 06 de Junho de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p499-514>

Autor correspondente: Isadora Veras Araújo Soares isadora.veras@hotmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é considerado uma desordem neurobiológica que afeta entre 3% a 7% da população infantil, tanto no Brasil quanto em outros países do mundo. O DSM-5 descreve o TDAH como um conjunto de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade que se manifestam por meio de um padrão persistente e frequente ao longo do tempo. Esses sintomas dizem respeito ao excesso de agitação, inquietação, falta de autocontrole, falar em demasia, interromper os outros, responder antes de ouvir a pergunta inteira, incapacidade para protelar respostas, como também distrair-se com facilidade, não prestar atenção a detalhes, dificuldade para memorizar compromissos, organizar e realizar tarefas, perder objetos, entre outros (BENCZIK; CASELLA, 2015).

As crianças com TDAH são comumente descritas como desligadas, aborrecidas e desmotivadas frente às tarefas, sem força de vontade, bagunceiras e desorganizadas. São crianças agitadas, como se estivessem a mil por hora, são barulhentas e tendem a fazer coisas fora de hora. Além dessas características, é comum que crianças com TDAH apresentem outros sintomas, como baixa tolerância à frustração, troca contínua de atividades, dificuldade de organização e presença de sonhos diurnos. A essa patologia podem estar relacionados os fracassos escolares, as dificuldades emocionais e dificuldades de relacionamento em crianças e adolescentes (GRAEFF; VAZ, 2008).

O transtorno é observado a partir de três subtipos: os que apresentam predominantemente as dificuldades de atenção; outro que prevalece a impulsividade e a hiperatividade; e o que combina os dois anteriores. O tipo com predomínio de sintomas de desatenção é mais frequente no sexo feminino e parece apresentar, conjuntamente com o tipo combinado. Nos tipos que apresentam, predominantemente, as dificuldades de atenção, são apresentadas características marcantes de falta de atenção e dificuldade para se ater aos detalhes, os que ocasionam erros grosseiros nas atividades, sejam elas escolares ou não. Apresenta ainda uma falta de organização o que dificulta ainda mais o cumprimento de suas atividades. No tipo combinado, no qual concomitantemente apresenta sintomas de ambos os subtipos, as pessoas com déficit de atenção se distraem com facilidade diante do menor estímulo, interrompendo



continuamente suas atividades. Nelas, a hiperatividade se manifesta não só como inquietação motora, mas também intelectual e verbal. A impulsividade se evidencia por respostas aceleradas, dificuldade de autocontrole e de auto-regulação de seguir instruções de forma sequenciada e pausada, e de antecipar as consequências de seus atos (COUTO; JÚNIOR; GOMES, 2010).

As interações familiares de pais e filhos que tenham o diagnóstico de TDAH são marcadas, frequentemente, por mais conflitos, sendo a vida da família caracterizada, geralmente, pela desarmonia e discórdia, impactando na qualidade de vida de todos os membros do núcleo familiar (BENCZIK; CASELLA, 2015).

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada no período de junho de 2024. Para a seleção dos artigos, foram aplicados os descritores TDAH, clínica, epidemiologia, aliados ao operador AND, que foram utilizados de forma combinada em buscas nas bases de dados eletrônicas LILACS, MedLine/Pubmed e Google Acadêmico. Foram incluídos artigos originais com textos completos nos idiomas português e inglês, publicados entre os anos de 2005 a 2024. Foram excluídos artigos duplicados nas bases de dados, aqueles não disponíveis em texto completo e artigos de revisão.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Definição e epidemiologia

O TDAH é um transtorno no desenvolvimento do autocontrole, marcado por déficits referentes aos períodos de atenção, ao manejo dos impulsos e ao nível de atividade. A patologia é essencialmente caracterizada pela dificuldade de manter atenção, pela agitação e inquietude, o que muitas vezes pode configurar em

hiperatividade e impulsividade. Esses sintomas seguem um padrão persistente e são mais freqüentes e severos do que manifestações similares presentes em crianças da mesma idade e nível desenvolvimental, tendo em vista ser bastante comum as crianças apresentarem um comportamento mais ativo, desatento e impulsivo que os adultos (GRAEFF; VAZ, 2008).

Estima-se que a prevalência mundial do TDAH seja de aproximadamente 5,3%. Apesar de ser um transtorno que costuma surgir na infância, é comum que ele persista na idade adulta, ocasionando prejuízos nas diferentes dimensões do desenvolvimento, principalmente social, acadêmico e profissional. É esperado que cerca de 60% de crianças persistam com sintomas significativos na idade adulta. O TDAH é mais frequente no sexo masculino, com uma proporção de 2:1 em crianças e de 1,6:1 nos adultos. Além disso, é mais frequente que mulheres apresentem sintomas de desatenção (CASTRO; LIMA, 2018).

Fatores de risco

Segundo o DSM-V, o TDAH está associado a níveis menores de inibição comportamental, de controle à base de esforço ou de contenção, a afetividade negativa e/ou maior busca por novidades. Esses traços predispõem algumas crianças ao TDAH, embora não sejam específicos do transtorno.

Além disso, muito baixo peso ao nascer (menos de 1.500 gramas) confere um risco 2 a 3 vezes maior para TDAH, embora a maioria das crianças com baixo peso ao nascer não desenvolva transtorno. Embora o TDAH esteja correlacionado com tabagismo na gestação, parte dessa associação reflete um risco genético comum. Uma minoria de casos pode estar relacionada a reações a aspectos da dieta. Pode haver história de abuso infantil, negligência, múltiplos lares adotivos, exposição a neurotoxina (p. ex., chumbo), infecções (p. ex., encefalite) ou exposição ao álcool no útero. Exposição a toxinas ambientais foi correlacionada com TDAH subsequente, embora não se saiba se tais associações são causais.

Com relação a fatores genéticos, o TDAH é frequente em parentes biológicos de primeiro grau com o transtorno. A herdabilidade do TDAH é substancial. Enquanto genes específicos foram correlacionados com o transtorno, eles não constituem fatores causais

necessários ou suficientes. Deficiências visuais e auditivas, anormalidades metabólicas, transtornos do sono, deficiências nutricionais e epilepsia devem ser considerados influências possíveis sobre sintomas de TDAH.

O TDAH não está associado a características físicas específicas, ainda que taxas de anomalias físicas menores (p. ex., hipertelorismo, palato bastante arqueado, baixa implantação de orelhas) possam ser relativamente aumentadas. Atrasos motores sutis e outros sinais neurológicos leves podem ocorrer. (Notar que falta de jeito e atrasos motores comórbidos devem ser codificados em separado [p. ex., transtorno do desenvolvimento da coordenação]).

Quadro clínico e diagnóstico

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V, os critérios diagnósticos baseiam-se em critérios elencados de A a E, sendo cada um detalhado abaixo:

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

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

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

- Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).
- Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).



- Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
- Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).
- Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).
- Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).
- Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).
- Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).
- Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).

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

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

- Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.



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

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

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

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



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

Algumas características apoiam o diagnóstico como baixa tolerância a frustração, irritabilidade ou labilidade do humor. Mesmo na ausência de um transtorno específico da aprendizagem, o desempenho acadêmico ou profissional costuma estar prejudicado. Comportamento desatento está associado a vários processos cognitivos subjacentes, e indivíduos com TDAH podem exibir problemas cognitivos em testes de atenção, função executiva ou memória, embora esses testes não sejam suficientemente sensíveis ou específicos para servir como índices diagnósticos. No início da vida adulta, o TDAH está associado a risco aumentado de tentativa de suicídio, principalmente quando em comorbidade com transtornos do humor, da conduta ou por uso de substância.

Não há marcador biológico que seja diagnóstico de TDAH. Como grupo, na comparação com pares, crianças com TDAH apresentam eletrencefalogramas com aumento de ondas lentas, volume encefálico total reduzido na ressonância magnética e, possivelmente, atraso na maturação cortical no sentido pósterio-anterior, embora esses achados não sejam diagnósticos. Nos raros casos em que há uma causa genética conhecida (p. ex., síndrome do X-frágil, síndrome da deleção 22q11), a apresentação do TDAH ainda deve ser diagnosticada.

Além dos critérios diagnósticos, o DSM-V traz diagnósticos diferenciais que cursam com características semelhantes, porém com algumas peculiaridades como o transtorno de oposição desafiante, em que os indivíduos podem resistir a tarefas profissionais ou escolares que exijam autodeterminação porque resistem a se conformar às exigências dos outros. Seu comportamento caracteriza-se por negatividade, hostilidade e desafio. O TDAH e o transtorno explosivo intermitente compartilham níveis elevados de comportamento impulsivo. Entretanto, indivíduos com o transtorno explosivo intermitente apresentam agressividade importante dirigida aos outros, o que não é característico do TDAH, e não têm problemas em manter a atenção como se vê no TDAH.

A atividade motora aumentada que pode ocorrer no TDAH deve ser diferenciada do comportamento motor repetitivo que caracteriza o transtorno do movimento estereotipado e alguns casos de transtorno do espectro autista. No transtorno do

movimento estereotipado, o comportamento motor costuma ser fixo e repetitivo (p. ex., balançar o corpo, morder a si mesmo), enquanto a inquietude e a agitação no TDAH costumam ser generalizadas e não caracterizadas por movimentos estereotipados repetitivos.

No transtorno específico da aprendizagem, as crianças podem parecer desatentas devido a frustração, falta de interesse ou capacidade limitada. A desatenção, no entanto, em pessoas com um transtorno específico da aprendizagem, mas sem TDAH, não acarreta prejuízos fora dos trabalhos acadêmicos.

Sintomas de TDAH são comuns entre crianças colocadas em ambientes acadêmicos inadequados à sua capacidade intelectual. Nesses casos, os sintomas não são evidentes durante tarefas não acadêmicas. Um diagnóstico de TDAH na deficiência intelectual exige que desatenção ou hiperatividade sejam excessivas para a idade mental.

Indivíduos com TDAH e aqueles com transtorno do espectro autista exibem desatenção, disfunção social e comportamento de difícil manejo. A disfunção social e a rejeição pelos pares encontradas em pessoas com TDAH devem ser diferenciadas da falta de envolvimento social, do isolamento e da indiferença a pistas de comunicação faciais e de tonalidade encontrados em indivíduos com transtorno do espectro autista. Crianças com transtorno do espectro autista podem ter ataques de raiva devido a incapacidade de tolerar mudanças no curso dos eventos esperado por elas. Em contraste, crianças com TDAH podem se comportar mal ou ter um ataque de raiva durante alguma transição importante devido a impulsividade ou autocontrole insatisfatório.

Crianças com transtorno de apego reativo podem apresentar desinibição social, mas não o conjunto completo de sintomas de TDAH, exibindo, ainda, outras características, tais como ausência de relações duradouras, que não são características do TDAH.

O TDAH compartilha sintomas de desatenção com transtornos de ansiedade. Indivíduos com TDAH são desatentos por causa de sua atração por estímulos externos, atividades novas ou predileção por atividades agradáveis. Isso é diferente da desatenção por preocupação e ruminação encontrada nos transtornos de ansiedade. Agitação pode ser encontrada em transtornos de ansiedade. No TDAH, todavia, o sintoma não está associado a preocupação e ruminação.



Indivíduos com transtornos depressivos podem se apresentar com incapacidade de se concentrar. Entretanto, a dificuldade de concentração nos transtornos do humor fica proeminente apenas durante um episódio depressivo. Por outro lado, indivíduos com transtorno bipolar podem ter aumento da atividade, dificuldade de concentração e aumento na impulsividade. Essas características, entretanto, são episódicas, ocorrendo por vários dias de cada vez. No transtorno bipolar, aumento na impulsividade ou desatenção é acompanhado por humor elevado, grandiosidade e outras características bipolares específicas.

O transtorno disruptivo da desregulação do humor é caracterizado por irritabilidade pervasiva e por intolerância a frustração, mas impulsividade e atenção desorganizada não são aspectos essenciais. A maioria das crianças e dos adolescentes com o transtorno, no entanto, tem sintomas que também preenchem critérios para TDAH, que deve ser diagnosticado em separado.

Diferenciar o TDAH dos transtornos por uso de substância pode ser um problema se a primeira apresentação dos sintomas do TDAH ocorrer após o início do abuso ou do uso frequente. Evidências claras de TDAH antes do uso problemático de substâncias, obtidas por meio de informantes ou registros prévios, podem ser essenciais para o diagnóstico diferencial.

Tratamento

O tratamento do TDAH requer uma abordagem global e interdisciplinar, que inclui intervenções farmacológicas e psicossociais. Os medicamentos de primeira escolha são os estimulantes, considerados seguros e capazes de proporcionar benefícios significativos em curto espaço de tempo. No Brasil, a medicação disponível e de maior eficácia é o metilfenidrato, um estimulante conhecido pelo nome comercial Ritalina. Prescrita e acompanhada pelo médico, dificilmente causará dependência, não se acumula no organismo e seu efeito dura em média 4 a 5 horas, e o tratamento deverá persistir enquanto os sintomas forem evidentes. Quando o metilfenidrato não produz resultados positivos, a segunda opção inclui os antidepressivos, como imipramina (Tofranil), nortriptilina (Pamelor), venlafaxina (Efexor), bupropiona (Wellbutrim), fluoxetina (Prozac), sertalina (Zoloft) e Paroxetina (Aropax) (DESIDÉRIO; MIYAZAKI,

2007).

Além da farmacoterapia, o tratamento psicoterápico inclui treino de pais em manejo de contingências, aplicação do manejo de contingências em sala de aula e uma combinação destas estratégias. É importante ressaltar que nenhum destes tratamentos promove a cura do TDAH, mas sim uma redução temporária dos sintomas e das dificuldades associadas ao problema. A orientação aos pais visa facilitar o convívio familiar, ajudar a entender o comportamento do portador de TDAH e ensinar técnicas para manejo dos sintomas e prevenção de futuros problemas. A orientação escolar visa facilitar o convívio de crianças com TDAH com colegas e evitar o desinteresse pela escola e pelos estudos, fato comum em adolescentes portadores de TDAH (DESIDÉRIO; MIYAZAKI, 2007).

Consequências funcionais e sociais do TDAH

De acordo com o DSM-V, o TDAH está associado a desempenho escolar e sucesso acadêmico reduzidos, rejeição social e, nos adultos, a piores desempenho, sucesso e assiduidade no campo profissional e a maior probabilidade de desemprego, além de altos níveis de conflito interpessoal. Crianças com TDAH apresentam uma probabilidade significativamente maior do que seus pares para desenvolver transtorno da conduta na adolescência e transtorno da personalidade antissocial na idade adulta, aumentando, assim, a probabilidade de transtornos por uso de substâncias e prisão. O risco subsequente para transtornos por uso posterior de substâncias é alto, especialmente quando se desenvolve transtorno da conduta ou transtorno da personalidade antissocial. Indivíduos com TDAH são mais propensos a sofrer lesões do que seus colegas. Acidentes e violações de trânsito são mais frequentes em condutores com o transtorno. Pode haver probabilidade aumentada de obesidade entre indivíduos com TDAH.

Autodeterminação variável ou inadequada a tarefas que exijam esforço prolongado frequentemente é interpretada pelos outros como preguiça, irresponsabilidade ou falta de cooperação. As relações familiares podem se caracterizar por discórdia e interações negativas. As relações com os pares costumam ser conturbadas devido a rejeição por



parte daqueles, negligência ou provocações em relação ao indivíduo com TDAH. Em média, pessoas com o transtorno alcançam escolaridade menor, menos sucesso profissional e escores intelectuais reduzidos na comparação com seus pares, embora exista grande variabilidade. Em sua forma grave, o transtorno é marcadamente prejudicial, afetando a adaptação social, familiar e escolar/profissional. Déficits acadêmicos, problemas escolares e negligência pelos colegas tendem a estar principalmente associados a sintomas elevados de desatenção, ao passo que rejeição por colegas e, em menor grau, lesões acidentais são mais proeminentes com sintomas acentuados de hiperatividade ou impulsividade.

Independentemente da faixa etária, o TDAH ocasiona problemas em diferentes domínios do desenvolvimento: social, escolar/acadêmico, profissional e intrapessoal. De forma geral, o indivíduo com TDAH pode apresentar desempenho abaixo do esperado, alcançar escolaridade menor, e apresentar maior probabilidade de desemprego, insucesso profissional, e problemas de relacionamento interpessoal no trabalho. Além disto, tais indivíduos também são mais suscetíveis a se envolver em acidentes automobilísticos, violar regras de trânsito e adotar práticas sexuais de risco. Na idade adulta, a hiperatividade pode se manifestar por excesso de atividades ou trabalho. Por sua vez, os traços de impulsividade podem ser observados em exemplos como a direção imprudente no trânsito ou relacionamentos amorosos de curta duração. As alterações do sono também são comuns e manifestas por dificuldades em manter um horário para dormir, não acordar nos horários previstos e sonolência diurna.

Um estudo realizado comparou os impactos negativos em diferentes faixas etárias e situações. Os resultados mostraram que, antes dos 50 anos, houve relato significativo de dificuldades na vida familiar (27%), nas relações sociais (46%), no manejo do dinheiro (27%) e na organização da vida diária (18%). Tais prejuízos permaneceram estáveis ao longo dos anos, sendo que 18% dos indivíduos continuaram relatando dificuldades na vida familiar, 46% nas relações sociais, 18% no manejo financeiro e 36% na organização da vida diária. Os desafios vividos por indivíduos com TDAH vão além do ambiente acadêmico ou de trabalho. Eles também convivem com dificuldades no controle de suas finanças, nos relacionamentos interpessoais, no exercício de suas funções parentais e de cônjuges (CASTRO; LIMA, 2018).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, o TDAH é um transtorno comum na infância e pode ter um impacto significativo sobre o desenvolvimento posterior. Ainda que existam diversos procedimentos para a tomada de decisão diagnóstico de TDAH, a avaliação da patologia é essencialmente clínica, baseada em critérios claros e bem definidos, como os que constam no DSM-IV e no CID-10. Ainda que os critérios estabelecidos sejam mais precisos e bem definidos que os da CID-10, a simples avaliação do indivíduo por esses critérios não é suficiente para que se confirme o diagnóstico. O tratamento requer uma abordagem sistêmica, uma vez que nenhum tipo de tratamento abrange todas as dificuldades experimentadas por estas crianças e adolescentes. Os enfoques terapêuticos mais utilizados incluem educação sobre o transtorno para todos que têm contato com a criança, como família e professores, psicofarmacologia, treino de pais e professores em estratégias para modificação do comportamento e terapia familiar com ênfase na solução de problemas e habilidades de comunicação. O tratamento deve ser oferecido de forma contínua, considerando e abrangendo os diferentes contextos e pessoas com quem estas crianças convivem.



REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.. 5 Porto Alegre: Artmed, 2014.
2. BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni; CASELLA, Erasmo Barbante. Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. **Rev. psicopedag.**, São Paulo , v. 32, n. 97, p. 93-103, 2015 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862015000100010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 jun. 2024.
3. CASTRO, Carolina Xavier Lima; DE LIMA, Ricardo Franco. Consequências do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na idade adulta. **Rev. psicopedag.**, São Paulo , v. 35, n. 106, p. 61-72, 2018 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862018000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 jun. 2024.
4. COUTO, Taciana de Souza; DE MELO-JUNIOR, Mario Ribeiro; DE ARAUJO GOMES, Cláudia Roberta. Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão. **Ciênc. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 241-251, abr. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212010000100019&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 jun. 2024.
5. Desidério, R.C.S; Miyazaki, M.C.O.S. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): orientações para a família. **Revista Psicologia Escolar e Educacional**, vol 11 (1), São Paulo, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/G4mGnPctSwHkLZgMn8hZs7b/?lang=pt>. Acesso em: 02 jun. 2024.
6. Graeff, R.L; Vaz, C.E. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Revista Psicologia USP**, vol 19 (3), São Paulo, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/8yKwZ7nLBCxr7h5TffqPvKz/#>. Acesso em: 02 jun. 2024.