

**Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na
clínica, na escola e na família**

Conselho editorial

Livia da Conceição Costa Zaqueu (Universidade Federal do Maranhão)

Maria Aparecida Fernandes Martin (Universidade Presbiteriana Mackenzie)

Rosane Lowenthal (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo)

Luiz Renato Rodrigues Carreiro
Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira
Armando dos Santos Afonso Junior
(Orgs.)

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na clínica, na escola e na família

Avaliação e intervenção

Copyright © 2021 Hogrefe CETEPP

Editora: Cristiana Negrão

Capa e diagramação: Claudio Braghini Junior

Preparação: Carlos Villarruel

Revisão: Joana Figueiredo (In-Fólio) e Eugênia Pessotti

**CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ**

T696

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na clínica, na escola e na família: avaliação e intervenção / organização Luiz Renato Rodrigues Carreiro, Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira, Armando dos Santos Afonso Junior. - 1. ed. - São Paulo : Hogrefe, 2021.

Inclui bibliografia e índice

ISBN 978-65-89092-20-9

1. Distúrbio do déficit de atenção com hiperatividade. 2. Crianças com distúrbio do déficit de atenção. 3. Crianças hiperativas.
4. Distúrbio do déficit de atenção com hiperatividade - Diagnóstico.
5. Distúrbio do déficit de atenção com hiperatividade - Avaliação.
6. Desenvolvimento - Crianças. I. Carreiro, Luiz Renato Rodrigues.
II. Teixeira, Maria Cristina Triguero Veloz. III. Afonso Junior,
Armando dos Santos.

21-73178

CDD: 618.928589

CDU: 616.89-008.47-053.2

Este livro segue as regras da Nova Ortografia da Língua Portuguesa.

Todos os direitos desta edição reservados à:

Editora Hogrefe CETEPP

Rua Barão do Triunfo, 73, cj. 75

Brooklin, São Paulo, SP, Brasil

CEP: 04602-020

Tel.: +55 11 95241-6566

www.hogrefe.com.br

Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer forma ou quaisquer meios (eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópias e gravação) ou arquivada em qualquer sistema ou banco de dados sem permissão escrita.

ISBN: 978-65-89092-20-9

Impresso no Brasil.

Sumário

Prefácio	9
Apresentação.....	11
1. Definição, caracterização e desafios atuais do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade	15
Armando dos Santos Afonso Junior, Luiz Renato Rodrigues Carreiro e Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira	
2. Neurobiologia do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.....	31
João Vitor Cardoso Guedes, Jucineide Silva Xavier, Daiane Patrícia Lisboa Lourenço e José Salomão Schwartzman	
3. Avaliação psiquiátrica: procedimentos de diagnósticos no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade	42
Luiz Scocca	
4. Avaliação genética no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade	64
Decio Brunoni, Izabella Trinta Paes, Jucineide Silva Xavier e Mayara Miyahara Moraes Silva	
5. Avaliação neuropsicológica no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade	77
Armando dos Santos Afonso Junior, Izabella Trinta Paes, Walter Machado Pinheiro e Luiz Renato Rodrigues Carreiro	
6. Avaliação comportamental no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.....	95
Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira, Tally Lichtensztein Tafla, Rafael Augusto Damasceno Pires, Lara Caldas Medeiros de Sá Zandoná d'Almeida e Pedro Henrique Araujo dos Santos	

7. Avaliação de indicadores precoces de dificuldades atencionais e hiperatividade.....	123
Alessandra Gotuzo Seabra, Regina Luísa de Freitas Marino, Adriana de Fátima Ribeiro, Bruna Tonietti Trevisan e Luiz Renato Rodrigues Carreiro	
8. Diferenciação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em relação a outros transtornos do neurodesenvolvimento	133
Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira, Alessandra Gotuzo Seabra, Decio Brunoni, Tally Lichtensztein Tafla e Regina Luísa de Freitas Marino	
9. Contribuições interdisciplinares das avaliações neuropsicológica, comportamental e clínica na compreensão das queixas de desatenção, hiperatividade e impulsividade em crianças e adolescentes: utilização de um protocolo de avaliação para tomadas de decisão	151
Luiz Renato Rodrigues Carreiro, Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira, José Salomão Schwartzman, Mayara Miyahara Moraes Silva e Daiane Patrícia Lisboa Lourenço	
10. Intervenções medicamentosas no transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade em crianças e adolescentes.....	172
Elisa Maria de Mesquita	
11. Intervenções cognitivas nas queixas de desatenção e hiperatividade no contexto clínico.....	190
Luiz Renato Rodrigues Carreiro, Ana Paula Roim Micieli, Adriana de Fátima Ribeiro, Carla Nunes Cantiere e Leilany Barcellos da Rocha	
12. Intervenções comportamentais nas queixas de desatenção e hiperatividade no contexto clínico	204
Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira, Regina Luísa de Freitas Marino, Karla Tomáz Faria e Marina Monzani da Rocha	
13. Intervenções comportamentais nas queixas de desatenção e hiperatividade no contexto de sala de aula.....	222
Marcos Vinícius de Araújo, Luiz Renato Rodrigues Carreiro, Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira e Alisson Rogério Caetano de Siqueira	
14. Intervenções cognitivas no contexto escolar para crianças com queixas de desatenção e hiperatividade	238
Ana Paula Roim Micieli, Alessandra Gotuzo Seabra e Luiz Renato Rodrigues Carreiro	

15. Intervenções psicopedagógicas nas queixas de desatenção e hiperatividade.....	250
Ana Paula Soares de Campos, Leni Porto Costa Siqueira e Nadia Maria Giaretta-Ranalli	
16. Desafios na orientação da prática de atividades físicas para crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade	266
Ronê Paiano, Silvana Maria Blascovi Assis, Rodrigo Carlos Toscano Ferreira e Fernanda Garcia	
17. Orientações para pais no manejo das dificuldades cognitivas e comportamentais de crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.....	279
Adriana de Fátima Ribeiro, Natália Sant’Anna da Silva, Ralf Alves de Souza e Luiz Renato Rodrigues Carreiro	
18. Impactos do isolamento social causados pela pandemia da Covid-19 em crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade.....	299
Decio Brunoni, Rafael Malvar Ribas, Keila Cristina Leme dos Santos Coelho e Izabella Trinta Paes	
19. Abordagens educacionais no retorno às atividades escolares presenciais pós-pandemia da Covid-19 para crianças com transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade	312
Juliana Dalla Martha Rodriguez, Leonardo Torres Carrera, Andréia dos Santos Felisbino Gomes, Lara Caldas Medeiros de Sá Zandoná d’Almeida e Leilany Barcellos da Rocha	
20. Direções futuras nas pesquisas sobre transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade em diferentes contextos.....	329
Armando dos Santos Afonso Junior, Luiz Renato Rodrigues Carreiro e Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira	
Sobre os autores.....	343
Índice	355

Prefácio

Você já ouviu falar em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)? Desconcentração? Agitação? Hiperatividade? Impulsividade? Estar no mundo da lua? Caso sua resposta seja afirmativa, você não pode perder a leitura desta obra, mas saiba que necessitará de muita concentração ou atenção sustentada para aproveitá-la ao máximo na sua clínica, para sua própria vida, para sua qualidade e seu desenvolvimento familiar ou para potencializar sua rotina escolar.

Esta obra, com a colaboração de 42 autores, nos permite a leitura rumo a uma importante atualização, como se um seriado científico e prático sobre TDAH fosse apresentado por meio de 20 capítulos ou “episódios”. O tema TDAH está cada vez mais na “boca do povo”, mas isso, embora demonstre uma conscientização e uma sensibilização importantes da população em geral, também confere, simultaneamente, um grande risco, na medida em que pode causar uma falsa impressão de que tudo sobre esse quadro neurodesenvolvimental já foi desvendado e que o dominamos completamente como sociedade científica, clínica e civil. Doce ilusão! Então, não percam a vaga nesse trem que perpassa todos os aspectos sobre um diagnóstico longe de ser “perfume” perto dos demais ou elogio; ao contrário, pode levar a uma das disfuncionalidades mais limitantes da vida de uma criança até a adultez.

Diferentes ângulos de avaliação clínica são mapeados, desde avaliação psiquiátrica, genética, neuropsicológica comportamental, panorama de fatores de risco/indicadores precoces que podem embasar uma intervenção clínico-educacional preventiva de aumento de gravidade do TDAH. Os autores discutem ainda um dos pontos mais nevrálgicos na clínica neuropsicológica: diagnósticos diferenciais. Por que ainda é tão difícil diferenciar alterações primárias do desenvolvimento da atenção e da inibição no comportamento cotidiano? Porque todos os quadros e algumas fases do próprio desenvolvimento típico podem englobar o desfecho negativo de desatenção e/ou agitação motora, verbal, de pensamentos e impulsividade. Fecha-se o diagnóstico de TDAH quando esse quadro é o único ou o principal que explica tais sinais e sintomas.

Por fim, temas ricos sobre TDAH abordados são as intervenções cognitivas, comportamentais, medicamentosas, esportivas, parentais em três âmbitos essenciais para a vida e para o diagnóstico, na família, na clínica e na escola. Chega de apenas avaliar! Precisamos intervir preventiva e remediativamente para mais funcionalidade e qualidade de vida em todos os nichos.

Poderíamos, na seção final, esquecer que estamos há quase um ano e meio na pandemia da *coronavirus disease 2019* (Covid-19)? Não. Assim, os autores abordam o impacto da pandemia e os pontos de análise comparativa essencial com o retorno às aulas presenciais. Não há como avaliarmos o impacto da pandemia ou interirmos na clínica ou na escola sem compreendermos que a grande maioria das crianças e dos adolescentes teve mudanças em suas funcionalidades atencional, motivacional e de controle de impulsividade, pois há uma estreita relação entre oferta cognitiva e demanda ambiental, com as mudanças bruscas de menor interação social, escolarização presencial e aumento do uso de eletrônicos/exposição a telas.

O *the end* do livro traz perspectivas e desafios futuros. De onde veio a clínica do TDAH, onde estamos e para onde devemos rumar para a temporada final do seriado de um dos quadros mais prevalentes de preocupação escolar e clínica? Leia os capítulos e se atualize com as respostas. Parabênizo os organizadores e cada colaborador desta obra por nos dar a oportunidade de utilizá-la como base de nossa formação continuada.

Rochele Paz Fonseca

Professora titular do curso de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia (Cognição Humana) da Escola de Ciências da Saúde e da Vida da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Presidente da Sociedade Brasileira de Neuropsicologia – SBNp (2019-221)

Coordenação da Rede Nacional de Ciência para a Educação – CpE (2021-2024)

Neuropsicóloga clínica e escolar da Conectare NeuroPsi.

Apresentação¹

Desde os primeiros relatos sobre agitação motora e dificuldades atencionais em crianças, o conhecimento sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) permanece em constante evolução. Atualmente, temos uma base sólida de conhecimento sobre a natureza do TDAH, sobre a prevalência do transtorno em diferentes populações e até sobre como a apresentação dele varia ao longo do desenvolvimento. Tudo isso contribuiu para o surgimento de novos procedimentos de avaliação e intervenção para esse transtorno. Porém, mesmo já tendo adotado uma variedade de nomes e características diferentes, até chegar à forma como o conhecemos hoje, engana-se quem acredita que o TDAH foi plenamente desvendado. Pelo contrário, conforme evidências científicas se acumulam, são descobertas maiores evidências que confirmam a complexidade do TDAH e o longo caminho que ainda temos de percorrer. O TDAH apresenta expressiva variabilidade quanto a sua etiologia e associações importantes com alterações cerebrais, déficits cognitivos, prejuízos sociais, acadêmicos e ocupacionais decorrentes da desatenção, da hiperatividade e da impulsividade. Por isso, a necessidade de se adotar uma abordagem interdisciplinar para avaliação e intervenção do transtorno é essencial. Equipes multidisciplinares, envolvendo psicólogos, psiquiatras, neurologistas e pedagogos, entre outros profissionais da área da saúde e educação, devem trabalhar em conjunto com as famílias de pessoas com o TDAH, a fim de conhecer melhor seus sintomas e expressões específicas, e, assim, reduzir o impacto desse transtorno e facilitar seu processo de adaptação aos contextos escolares e familiares.

Considerando o avanço rápido nas áreas de avaliação e intervenção, é importante que profissionais, familiares e os próprios indivíduos com TDAH se mantenham atualizados sobre as ferramentas e estratégias disponíveis, assim

1 Agradecemos ao Programa de Excelência Acadêmica - Proex (Processo nº 1133/2019) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (Processos nºs 307730/2017-4 e 307443/2019-1) -, ao Fundo Mackenzie de Pesquisa (MackPesquisa) da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - Fapesp (Processos nºs 2018/01063-0 e 2019/20757-1) - pelo suporte necessário para o desenvolvimento das pesquisas que compõem os capítulos deste livro. Os capítulos constituintes deste livro passaram pela revisão por pares.

como a respeito daquelas que ainda estão sob investigação e das que se tornaram obsoletas. Este livro foi elaborado com a intenção de trazer informações atualizadas sobre o TDAH, as quais possam ter utilidade para profissionais que atuem nas frentes de avaliação ou intervenção, estudantes que se dediquem ao assunto ou qualquer um que queira entender mais sobre o transtorno em questão. Os capítulos desta obra foram elaborados por profissionais, professores de graduação e pós-graduação, e alunos de cursos de mestrado e doutorado das mais diversas áreas (psicologia, psiquiatria, neurologia, pedagogia e educação física, entre outras) com *expertise* no assunto, com o objetivo de criar um conteúdo que compartilhe de visões diferentes, porém complementares, sobre o TDAH. Os conteúdos do livro são de extrema relevância, considerando o quão complexo o manejo do TDAH pode se tornar para alguém despreparado, em virtude das inúmeras apresentações do transtorno e em razão dos instrumentos e das técnicas disponíveis para avaliação e intervenção.

O primeiro capítulo introduz o leitor ao modo como o TDAH é entendido atualmente, sendo especialmente relevante para aqueles que têm pouca familiaridade com o transtorno. O segundo complementa o primeiro, detalhando achados recentes sobre a neurobiologia do TDAH, o que ajuda o leitor a compreender as bases neurais do endofenótipo do transtorno. Os sete capítulos seguintes se aprofundam no processo de avaliação do transtorno, ao discutirem como avaliações psiquiátricas, genéticas, neuropsicológicas e comportamentais são utilizadas para o diagnóstico do TDAH, a identificação de possíveis comorbidades e o delineamento de um perfil cognitivo e comportamental de funcionamento que destaque as habilidades e dificuldades de cada indivíduo. Na segunda metade do livro, a partir do Capítulo 10, o conteúdo se direciona para procedimentos de intervenção. Dessa forma, a primeira metade constitui uma base de conhecimento importante para a segunda, ao definir o transtorno e estabelecer métodos de avaliação que resultam em informações utilizadas no processo de tratamento do TDAH - que é o objetivo final de toda avaliação. Essa segunda parte se inicia com um capítulo sobre intervenções medicamentosas, já que elas constituem uma linha de tratamento para grande parte dos casos. Porém, considerando a recomendação de tratamentos multimodais e interdisciplinares, os capítulos seguintes o complementam ao abordarem intervenções cognitivas, comportamentais, psicopedagógicas e físicas. Alguns capítulos também se dedicam à intervenção em diferentes contextos, diferenciando estratégias mais eficientes em sala de aula das que são mais bem aplicadas em ambiente clínico. Também são fornecidas orientações,

específicas para pais, sobre manejo, já que a atuação deles é essencial para uma melhora na qualidade de vida de crianças e adolescentes com TDAH.

Nessa perspectiva, consideramos que escrever um livro atual sobre o TDAH seria uma tarefa incompleta se não dedicássemos o devido espaço para discutir a pandemia iniciada em 2020 por conta da propagação da *coronavirus disease 2019* (Covid-19). Tal pandemia e as estratégias adotadas para lidar com ela, principalmente a de isolamento social, foram sem precedentes e seu impacto global ainda está para ser completamente avaliado. Assim, esse é um tema transversal e recorrente em todo o livro. Diferentes capítulos descrevem como a pandemia está relacionada especificamente com o seu tema. Além disso, dois capítulos se dedicam exclusivamente à pandemia, abordando os impactos até então conhecidos da Covid-19 no TDAH e cuidados quanto ao retorno das atividades educacionais pós-pandemia. No momento de escrita deste livro, o processo de imunização por meio da vacinação está sendo implementado mundialmente, com alguns países em etapas mais avançadas do que outros.

Ainda não é possível prever como diferentes áreas da sociedade vão operar quando o risco de contaminação por casos graves da doença não for mais uma preocupação. No entanto, há a expectativa de que algumas mudanças adotadas durante a pandemia perdurem e de que novas estratégias de adaptação sejam incorporadas permanentemente em um cenário pós-pandêmico. Dessa forma, esperamos que a pandemia esteja controlada e, em breve, seus efeitos sejam os menores possíveis. Contudo, acreditamos que, mesmo no melhor dos cenários, o conteúdo aqui apresentado sobre a Covid-19 seja capaz de produzir profundas reflexões sobre o modo como o TDAH é tratado nos âmbitos educacionais, clínicos e familiares.

Por fim, concluímos o livro demonstrando possíveis caminhos que a pesquisa sobre o TDAH pode tomar e como eles podem contribuir para um melhor manejo e uma melhora na qualidade de vida de pessoas com o transtorno. O capítulo final do livro discute direções futuras nas pesquisas sobre TDAH em diferentes contextos, buscando vislumbrar novos encaminhamentos em procedimentos de identificação e cuidados de pessoas com esse transtorno.

Luiz Renato Rodrigues Carreiro
Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira
Armando dos Santos Afonso Junior

Organizadores

1

Definição, caracterização e desafios atuais do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade

Armando dos Santos Afonso Junior
Luiz Renato Rodrigues Carreiro
Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é um dos transtornos do neurodesenvolvimento mais comuns na infância e adolescência (Wolraich et al., 2019). Ele é caracterizado por sintomas persistentes de desatenção, hiperatividade e impulsividade que são graves a ponto de interferirem no funcionamento social, acadêmico ou profissional dos indivíduos com o transtorno, além de diminuir a qualidade de vida deles (Posner, Polanczyk, & Sonuga-Barke, 2020). O TDAH é uma condição que tem sido diagnosticada cada vez mais frequentemente, como têm mostrado estudos que acompanham a prevalência do transtorno. Nos Estados Unidos, a estimativa de prevalência de casos em crianças aumentou de 6,1%, em 1997-1998, para 10,2%, em 2015-2016 (Xu, Strathearn, Liu, Yang, & Bao, 2018), tornando-se o transtorno infantil mais diagnosticado na infância desde os anos 1960 (Smith, 2017). Mundialmente, estimativas indicam que o transtorno afeta cerca de 5% das crianças (Polanczyk, Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007) e que tal taxa de incidência não tende a apresentar variações significativas entre diferentes culturas ou localizações geográficas (Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling, & Rohde, 2014). Embora o TDAH seja um transtorno do neurodesenvolvimento – condição cujas manifestações têm início na infância –, o transtorno costuma persistir na vida adulta, resultando em prejuízos no funcionamento social, acadêmico e profissional. Dados anteriores mostram que o TDAH afeta mundialmente cerca de 2,5% de adultos (Zalsman & Shilton, 2016; American Psychiatric Association [APA], 2014). Estudos de seguimento indicaram que aproximadamente dois terços das crianças diagnosticadas com TDAH continuam experienciando sintomas de TDAH que prejudicam sua funcionalidade quando adultos (Faraone et al., 2006; Zalsman & Shilton, 2016).

Crianças mais novas com TDAH, como aquelas em idade pré-escolar, costumam se destacar por seu comportamento motor excessivo, associado principalmente a hiperatividade e impulsividade. Aqui, é importante ressaltar que o diagnóstico de TDAH não é indicado para crianças muito novas, menores de 4 anos, segundo consenso médico, já que ainda é difícil identificar quais comportamentos caracterizam sintomas do transtorno e quais fazem parte do desenvolvimento típico nessa idade (Wolraich et al., 2019), mesmo havendo indicadores neuropsicológicos e comportamentais de alerta (Carreiro, Marino, & Ribeiro, 2018; Seabra, Marino, Ribeiro, & Carreiro, 2020). Conforme o aumento da idade, os sintomas de hiperatividade tendem a se atenuar e os de desatenção se tornam mais prevalentes (Biederman, Mick, & Faraone, 2000). Assim, adolescentes e adultos com TDAH costumam ter dificuldades de concentração, se distrair facilmente e ser desorganizados, esquecidos e impulsivos (Magnin & Maurs, 2017). Esse é o quadro evolutivo mais comum do TDAH, apesar de não ser o único. O transtorno tem se mostrado mais heterogêneo do que uniforme, de tal forma que, atualmente, a variabilidade clínica de apresentação dos sinais e sintomas é tida como uma de suas características mais importantes, demandando cuidados da equipe de profissionais da saúde mental, tanto para a avaliação diagnóstica como para a intervenção (Emser et al., 2018).

Os impactos do TDAH no desenvolvimento e no desempenho acadêmico e social variam desde prejuízos na aprendizagem até agravos cognitivos em funções executivas e atencionais, e no processamento temporal de informações, além de alterações em processos motivacionais e na sensibilidade a recompensas (Nigg, Karalunas, Feczko, & Fair, 2020). Esses impactos negativos também dependem da qualidade das intervenções recebidas (Wolraich et al., 2019), bem como da ocorrência concomitante de outras condições psiquiátricas e de neurodesenvolvimento (APA, 2014). As comorbidades modulam expressivamente o curso do TDAH, bem como o prognóstico do transtorno (Banaschewski et al., 2017). É frequente a coocorrência de mais de um transtorno do neurodesenvolvimento. Por exemplo, indivíduos com transtorno do espectro autista (TEA) frequentemente apresentam deficiência intelectual (APA, 2014), e para o TDAH não é diferente; crianças com TDAH podem apresentar também outras comorbidades, como transtorno específico da aprendizagem, transtorno disruptivo da desregulação do humor e transtorno de oposição desafiante (TOD) (Katzman, Bilkey, Chokka, Fallu, & Klassen, 2017).

Parte do interesse em desenvolver novos materiais de suporte e pesquisas sobre o TDAH surge do seu impacto individual e social (Wolraich et al., 2019). O TDAH é associado a uma série de adversidades, incluindo um maior risco de acidentes, maiores dificuldades em relacionamentos interpessoais, no desempenho escolar e no trabalho, uso mais frequente e precoce de drogas e maior número de gravidezes na adolescência (Caye, Swanson, Coghill, & Rohde, 2019). A família de pessoas com TDAH, especialmente pais de crianças com o transtorno, também é afetada, apresentando, inclusive, uma piora em sua saúde mental (Marino et al., 2019).

O TDAH é acompanhado ainda de um impacto econômico substancial. O transtorno é associado com um aumento significativo de gastos médicos, além de adultos com TDAH terem um custo indireto relacionado à abstinência e piora na *performance* do trabalho (Gupte-Singh, Singh, & Lawson, 2017). Famílias de crianças com TDAH têm um custo adicional de aproximadamente 950 dólares a mais por ano (com um intervalo de confiança que varia de 593 a 1.305 dólares), provindos de causas diretas, como atendimentos médicos e compra de medicamentos, e indiretas, como diminuição da produtividade dos responsáveis do lar (Gupte-Singh et al., 2017). Além disso, estima-se que, nos Estados Unidos, o TDAH represente um custo adicional anual de 143 a 266 bilhões de dólares para as famílias, sendo a maior parte atribuída aos prejuízos na funcionalidade de adultos (Doshi et al., 2012).

Uma das estratégias indicadas para diminuir o custo associado ao transtorno é a identificação precoce de sinais de TDAH, de modo a evitar gastos adicionais que pacientes não diagnosticados têm. Por exemplo, os altos gastos com consultas médicas apresentados por crianças pré-escolares com TDAH podem ser diminuídos após o diagnóstico e o consequente uso de tratamentos baseados em evidências, treinamento parental e intervenções escolares que evitem hospitalização e consultas em excesso (Gupte-Singh et al., 2017). Esse panorama econômico é mais um indicativo da importância do desenvolvimento de políticas públicas que incluam o TDAH e suas complicações. No Brasil, o custo de não providenciar tratamentos adequados a pessoas com TDAH pode gerar um gasto público de aproximadamente 1,841 bilhão de reais por ano. Gasto que poderia ser reduzido em 1,163 bilhão de reais se o país adotasse recomendações de tratamentos indicadas por diretrizes como as da Organização Mundial da Saúde (Maia et al., 2015).

Descrições de crianças que apresentam os comportamentos que são hoje associados ao TDAH existem há mais de dois séculos, incluindo o relato do médico escocês *Sir Alexander Crichton* sobre indivíduos de “mente inquieta”, em 1789; as obras infantis do médico *Heinrich Hoffmann*, que contavam as histórias do agitado *Fidgety Phil* e do avoador *Johnny Look-in-the-Air*, no século XIX; e as renomadas palestras de *Sir George Frederic Still*, que atribuiu sintomas de impulsividade e desatenção a um controle moral defeituoso, em 1902. Avanços foram alcançados sobre a compreensão do TDAH, principalmente depois do aumento do interesse pelo estudo do transtorno por um viés neurobiológico e pelas contribuições da genética que aconteceram ao longo do século XX (Efron, 2015; Wolraich et al., 2019). Gradativamente, o TDAH deixou de ser visto como uma deficiência moral ou mesmo como sendo causado por lesões no cérebro, para ser visto como um transtorno associado a alterações em circuitarias e conectividade cerebral. Foi possível também, conforme as características de diferentes psicopatologias ficaram mais claras, distinguir quais comportamentos eram verdadeiramente associados ao TDAH, e quais não eram centrais a ele, e, portanto, seriam mais bem explicados por outra condição em comorbidade, como comportamentos opostos e atitudes desafiantes (Efron, 2015; Wolraich et al., 2019).

Atualmente, o diagnóstico do TDAH é essencialmente clínico, o que significa que deve ser emitido com base em uma anamnese compreendida no histórico médico, psicológico (emocional, comportamental e cognitivo) e pessoal do paciente, dependendo, assim, de uma *expertise* para distinguir as características do transtorno de possíveis explicações alternativas. Alguns exames podem ser solicitados pelo avaliador, a fim de orientar a decisão diagnóstica e o tratamento subsequente, porém nenhum exame isolado é atualmente qualificado para o diagnóstico do TDAH. Para esse trabalho, os profissionais se apoiam em manuais diagnósticos, como o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria, e a *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (CID), publicada pela Organização Mundial da Saúde. Historicamente, o uso desses manuais tem garantido a padronização do processo diagnóstico de transtornos mentais, facilitando a indicação de tratamentos mais específicos para cada caso e ajudando, inclusive, na estimativa de prevalência de transtornos psiquiátricos (Polanczyk et al., 2014).

No DSM, o primeiro reconhecimento de sintomas típicos de TDAH ocorreu em sua segunda edição, de 1968, no transtorno então chamado de reação hiperkinética da infância. Como o nome sugere, o transtorno focava os sintomas de hiperatividade motora, sem destacar para seu reconhecimento dos sintomas de desatenção. Foi no DSM-III, de 1980, que o TDAH começou a ganhar uma forma mais próxima da atual, sob o nome de transtorno de déficit de atenção, com ou sem hiperatividade. Essa edição dava protagonismo aos sintomas de desatenção que poderiam ocorrer com ou sem sintomas de hiperatividade e impulsividade. De uma forma geral, o DSM-III adotava uma visão mais biológica e voltada para intervenções predominantemente farmacêuticas dos transtornos psiquiátricos, abandonando a hegemonia da psicanálise presente em edições anteriores (Smith, 2017), o que ajudou o TDAH a alcançar o *status* de transtorno do neurodesenvolvimento. O nome atual de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade foi proposto na versão revisada do DSM-III, em 1987 (Epstein & Loren, 2013). Também nessa edição os sintomas de hiperatividade, impulsividade e desatenção foram combinados em uma única lista, e os sintomas de desatenção foram novamente ofuscados diante da remoção de um subtipo que apresentasse déficit atencional sem hiperatividade (Lahey et al., 1994).

Porém, a ideia proposta no DSM-III-R de que os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade poderiam ser reunidos em um único grupo não se sustentou diante das evidências e foi logo abandonada (Lahey et al., 1994). Ao mesmo tempo, estudos apontavam que esses sintomas não se distribuíam em três fatores bem delimitados (Lahey et al., 1988). Em vez disso, os sintomas de desatenção constituíam um fator isolado, enquanto a hiperatividade e a impulsividade se agrupavam em um único fator. Essa conclusão de um modelo bifatorial foi embasada por pesquisas que indicavam que os sintomas de desatenção diferem dos de hiperatividade/impulsividade quanto ao seu curso de desenvolvimento, às suas comorbidades às suas taxas de prevalência entre sexos, às respostas farmacológicas e aos prejuízos funcionais. Os sintomas de hiperatividade e impulsividade, por sua vez, permaneciam fortemente associados e indistinguíveis. Por isso, esse modelo de dois fatores foi adotado no DSM-IV, publicado em 1994 (Lahey et al., 1994) e que se sustentou até o DSM-5, que é a versão mais recente do manual, publicado em 2013 e traduzida para o português do Brasil em 2014 (APA, 2014).

Os sintomas do TDAH descritos pelo DSM-5 (APA, 2014) são, então, agrupados em dois domínios: desatenção e hiperatividade/impulsividade.

Cada domínio tem nove sintomas listados no DSM-5, e crianças precisam apresentar um mínimo de seis sintomas em algum dos domínios para cumprir o critério diagnóstico. Um aspecto importante refere-se ao fato de que esses sintomas precisam ser identificados em múltiplos ambientes, como casa e escola, o que reforça a abrangência necessária para o processo diagnóstico, que deve incluir, além do próprio paciente, familiares próximos, professores e outros possíveis informantes. Esses sintomas também precisam interferir na qualidade do funcionamento social, acadêmico ou profissional ou reduzi-la (APA, 2014). Os sintomas do DSM-5 estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Critérios diagnósticos do DSM-5 para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade

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

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamentopositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções.

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:

1.a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).

1.b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).

1.c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).

1.d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).

1.e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (por exemplo, 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).

1.f. 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).

Tabela 1. Critérios diagnósticos do DSM-5 para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (continuação)

- 1.g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).
- 1.h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).
- 1.i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).

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

- 2.a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
- 2.b. Frequentemente levanta da cadeira em situações nas quais 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 sua permanência em um mesmo lugar).
- 2.c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações nas quais isso é inapropriado (em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude).
- 2.d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.
- 2.e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).
- 2.f. Frequentemente fala demais.
- 2.g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
- 2.h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).
- 2.i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se em 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).

Fonte: APA (2014, pp. 59-60).

As manifestações sintomatológicas do transtorno podem variar entre os dois domínios de forma que alguns indivíduos diagnosticados apresentam

sintomas associados exclusivamente à desatenção, exclusivamente à hiperatividade/impulsividade ou uma combinação de ambos. Essas diferentes manifestações eram tratadas anteriormente como “subtipos”. Assim, pessoas com TDAH deveriam ser categorizadas como apresentando o subtipo desatento, hiperativo/impulsivo ou combinado. A partir do DSM-5, o termo “subtipo” foi substituído por “apresentação”, pois acreditava-se que “subtipo” trazia uma ideia de traços estáveis ao longo da vida do indivíduo – o que não acontece (APA, 2014). Pelo contrário, os sintomas de TDAH não são tão rígidos e tendem a se manifestar de diferentes formas dependendo da idade. Em crianças abaixo dos 4-5 anos de idade, quando há atividade motora excessiva, pode ser levantada uma suspeita de TDAH com base nos sintomas de hiperatividade, contudo o TDAH é um transtorno que costuma se manifestar de forma mais expressiva após a criança iniciar o ensino fundamental (APA, 2014; Wolraich et al., 2019). Já adolescentes e adultos manifestam os sintomas de desatenção com mais intensidade (Epstein & Loren, 2013).

As pessoas que têm o diagnóstico de TDAH com a apresentação combinada tendem a ser vistas como hiperativas, inquietas, impulsivas, falantes, desinibidas, desorganizadas e/ou impacientes, enquanto a apresentação predominantemente desatenta é marcada por uma dificuldade em prestar atenção em detalhes, em planejar e lembrar-se de informações relevantes. Apesar de as duas apresentações compartilharem sintomas no domínio da desatenção, eles tendem a apresentar diferenças importantes. Enquanto a dificuldade atencional na apresentação combinada parece ser causada por uma fácil distração por estímulos externos, na desatenta, ela é marcada por uma dificuldade de concentração ocasionada por motivos internos, ou seja, mesmo na ausência de distrações externas, essas pessoas podem ter dificuldades em manter o foco (Diamond, 2005). Das três apresentações, a predominantemente desatenta é a mais prevalente. No entanto, os casos com apresentação combinada são os mais encaminhados para diagnóstico e tratamento, enquanto a desatenta representa apenas 25%-30% dos pacientes clínicos de TDAH (Weiss, Worling, & Wasdell, 2003). Isso provavelmente ocorre em razão da natureza dos sintomas de desatenção e de hiperatividade/impulsividade: esses últimos tendem a se manifestar de forma mais evidente, alertando sobre a necessidade de avaliação e intervenção. A combinada também é associada a mais prejuízos funcionais, além de ser frequentemente diagnosticada como apresentando

uma severidade maior e receber tratamento farmacológico mais facilmente (Ayano, Yohannes, & Abraha, 2020).

Os sintomas do TDAH não devem ser mais bem explicados por alguma outra condição, o que exige que o diagnóstico envolva uma equipe multidisciplinar que investigue de forma abrangente as possíveis causas das queixas apresentadas pelo paciente. Entre as possíveis condições que podem apresentar sintomas similares aos de TDAH, destacam-se o transtorno bipolar (em sua fase maníaca, apresentando altos níveis de energia, fala em excesso, dificuldade de concentração, tomadas de decisão impulsivas), TOD (que pode gerar comportamentos como evasão de atividades escolares e impulsividade), abuso de substância (que pode envolver uma série de dificuldades atencionais e comportamentais), transtornos de aprendizagem (nos quais crianças podem apresentar comportamentos inapropriados ou dificuldades em manter a atenção em sala de aula, o que reflete dificuldade em se engajar nas atividades propostas e conseqüente frustração), TEA (que compartilha dificuldades sociais, desatenção e comportamentos que não condizem com a conduta esperada em certo ambiente) e uma série de outras condições médicas, incluindo convulsões, doenças da tireoide e alterações na visão e na audição (APA, 2014; Katzman et al., 2017).

O DSM-5 estabelece critérios diagnósticos com sutis diferenças a depender se o paciente é criança ou adulto (mais de 17 anos). O consenso atual é que o TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento e, por definição, precisa se manifestar inicialmente na infância, antes dos 12 anos (APA, 2014). No entanto, ele não se limita à infância, já que 40%-50% das crianças diagnosticadas apresentam o transtorno de maneira crônica (Sibley, Mitchell, & Becker, 2016). Ou seja, aproximadamente metade das crianças com TDAH continua apresentando sintomas suficientes na idade adulta para cumprir o critério diagnóstico. Os sintomas de desatenção tendem a ser mais persistentes no adulto, enquanto a hiperatividade diminui significativamente. Dessa forma, adultos com TDAH tendem a apresentar principalmente dificuldades de organização/planejamento, falta de concentração, inquietude motora e atitudes impulsivas (Michielsen et al., 2018). Esses adultos costumam alcançar menor nível educacional, ter pior desempenho no trabalho, envolver-se mais frequentemente em acidentes automobilísticos e ter uma maior probabilidade de abusar de substâncias ou encontrar-se desempregados (Caye et al., 2019). A persistência do transtorno ao longo da vida depende de uma série de fa-

tores, como a severidade e o número de sintomas apresentados na infância, o tipo de apresentação de sintomas, a presença do TDAH na família, a existência de comorbidades e uma série de fatores psicossociais diversos (Roy, Hechtman, Arnold, & Sibley, 2016).

O DSM-5 tornou mais brandos os critérios diagnósticos do TDAH no adulto (APA, 2014). Para que seja diagnosticado com TDAH, o adulto precisa apresentar um número menor de sintomas (cinco sintomas em um dos domínios é o mínimo, em vez dos seis requeridos para crianças e para adultos em edições anteriores do manual), e foi estipulada uma idade mais tardia para o aparecimento dos sintomas (12 anos, em vez de 7), o que ajuda os pacientes adultos que estão sendo avaliados a recordar mais facilmente do surgimento dos sintomas. Essas mudanças foram feitas com base em evidências de que alguns adultos com TDAH poderiam não estar sendo corretamente diagnosticados segundo as diretrizes vigentes da época. Quando o critério passou a ser mais liberal, o número de adultos com TDAH identificados aumentou, o que indica que tal medida foi eficiente em seu objetivo de abranger mais pessoas que são acometidas pelo transtorno, mas não estavam sendo diagnosticadas ou tratadas (Rigler et al., 2016).

A manifestação dos sintomas pode variar com relação à sua severidade, que pode ser classificada como leve, moderada ou grave. Casos leves são aqueles em que nenhum ou poucos sintomas estão presentes além do mínimo necessário para o diagnóstico, e seus prejuízos são relativamente pequenos. No outro extremo, casos graves são aqueles em que há muitos sintomas além dos necessários para o diagnóstico, os sintomas presentes são particularmente graves ou resultam em sérios prejuízos funcionais. Os casos moderados se encontram entre leves e graves (APA, 2014). O uso de um sistema de classificação de sintomas que varia do leve ao grave confere ao TDAH que diferentes tratamentos possam ser indicados, a depender da gravidade de cada caso (Caye et al., 2019). Abordagens multimodais de intervenção são sempre recomendadas, ou seja, aquelas que combinam diferentes procedimentos para dar conta das queixas e dos prejuízos funcionais, o que deve ser avaliado por equipe interdisciplinar. O uso de medicamentos pode ser relevante para melhorar o foco atencional e ajudar no autocontrole, entretanto treinos cognitivos podem ser implementados para estimular habilidades como atenção, memória ou funções executivas. Além disso, intervenções comportamentais em múltiplos contextos (familiar e escolar, por exemplo) são fundamentais para a implementação de

um repertório necessário para que a criança saiba como estudar e lidar com situações de conflito, entre outros aspectos (Carreiro et al., 2018; Siqueira et al., 2019).

Diversos fatores neuropatológicos e ambientais associados à incidência do transtorno já foram identificados, entretanto uma causa única não se estabeleceu. O transtorno apresenta um forte fator hereditário, como mostram estudos que investigam a prevalência do TDAH em familiares próximos do paciente, em irmãos gêmeos e em filhos adotivos (Efron, 2015). A herdabilidade do transtorno, estimada a partir de estudos com gêmeos, é de 70%-80% (Brikell, Kuja-Halkola, & Larsson, 2015) e envolve a herança de uma série de traços neurobiológicos associados aos sintomas de TDAH, como alterações funcionais e morfológicas em sistemas dopaminérgicos, serotoninérgicos e glutamatérgicos (Hawi et al., 2015). Estudos epidemiológicos apontam alguns fatores ambientais que também são associados à incidência do TDAH, como contato com toxinas (por exemplo, intoxicação por chumbo e o metilmercúrio encontrado em alguns peixes), fumo durante a gravidez, anoxia durante o parto, traumas cerebrais leves, além de estresses psicossociais, como estresse conjugal, estilos parentais inadequados (Marino et al., 2019) e um limitado acesso a recursos básicos durante a infância. Supõe-se que a exposição a esses elementos, em interações com predisposições genéticas, pode prejudicar o desenvolvimento cerebral de crianças, contribuindo para o surgimento dos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade que marcam o transtorno. Do mesmo modo, já há evidências suficientes que sugerem que alguns fatores ambientais não são associados ao TDAH, como substâncias presentes em vacinas, consumo de açúcar, restrição de sono e partos cesáreos (Rohde, Buitelaar, Gerlach, & Faraone, 2019). Identificar os fatores etiológicos por trás do TDAH ajuda a entender a psicopatologia do transtorno e desenvolver melhores métodos de tratamento e prevenção.

Em situações corriqueiras do dia a dia, os sintomas do TDAH já apresentam um sério potencial para trazer prejuízos (social, econômico, escolar ou no trabalho) àqueles que têm o transtorno. Diante de uma mudança drástica de rotina que obrigue um indivíduo com déficits na regulação da atenção e do comportamento a se adaptar a um cenário inédito, esse potencial aumenta em larga escala. Esse é o desafio que pessoas com TDAH enfrentam durante a pandemia global da Covid-19 - *coronavirus disease 2019* - (Cortese et al., 2020), período no qual este livro foi escrito. A pandemia da Covid-19 re-

presenta um cenário sem precedentes para as atuais gerações, e as medidas implementadas para conter a propagação do vírus são particularmente complicadas para pessoas com TDAH, considerando a natureza de seu transtorno. Para essas pessoas, déficits atencionais, hiperatividade e impulsividade se somam ao estresse, à ansiedade e à falta de contato social presentes em todo o mundo (McGrath, 2020). Além disso, a disponibilidade de serviços de saúde mental diminuiu. Consultas presenciais foram reduzidas, departamentos médicos fecharam, e alguns tratamentos precisaram ser interrompidos ou modificados. Desse modo, foi essencial que a comunidade que dá suporte ao TDAH se mobilizasse com o objetivo de facilitar a adaptação dessas pessoas a esse momento tão difícil (McGrath, 2020). Os professores precisaram considerar as dificuldades para se concentrar e a fácil distração e desorganização de alunos com TDAH, tratando-os como um grupo prioritário e criando estratégias de monitoramento. As famílias precisaram se acostumar com um convívio mais intenso e foram aconselhadas a empregar estratégias comportamentais baseadas em evidências, quando propício. Os tratamentos que antes eram realizados em consultórios, e que eram transferíveis para outros ambientes, precisaram ser realizados em casa (McGrath, 2020). De modo geral, os profissionais precisaram adaptar suas práticas, de modo a buscar um equilíbrio entre o risco mórbido de não tratar o TDAH e os riscos associados à Covid-19 (Cortese et al., 2020).

Durante a escrita dos capítulos, os autores deste livro consideraram o contexto da pandemia da Covid-19 e as dificuldades enfrentadas por pacientes, familiares, professores e profissionais da saúde mental. Algumas mudanças adotadas nesse período no modo como o TDAH é diagnosticado, tratado e acolhido, apesar de terem sido adotadas no caráter emergencial da pandemia, podem perdurar e se tornar práticas rotineiras, caso se mostrem mais vantajosas. É o caso de consultas *on-line* e tratamentos que podem ser feitos em casa, que possuem vantagens logísticas e práticas. Outros costumes podem ser socialmente implementados de modo geral, como modelos de trabalho ou estudo *on-line*, ou híbridos (parte *on-line* e parte presencial). Nesses casos, é importante que os profissionais e os indivíduos com TDAH estejam preparados para essa adaptação. Este livro atentou a isso, na intenção de criar um conteúdo informativo sobre o TDAH, que seja útil para diversos públicos, enquanto mantém a relevância diante de um cenário em constante mudança e evolução.

Referências

- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Ayano, G., Yohannes, K., & Abraha, M. (2020). Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents in Africa: A systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry, 19*(21), 1-10. doi: 10.1186/s12991-020-00271-w
- Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M., & Romanos, M. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Deutsches Ärzteblatt International, 114*(9), 149-159. doi: 10.3238/arztebl.2017.0149
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S.V. (2000) Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *The American Journal of Psychiatry, 157*(5), 816-818. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.816
- Brikell, I., Kuja-Halkola, R., & Larsson, H. (2015). Heritability of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *American Journal of Medicam Genetics, 168*(6), 406-413. doi: 10.1002/ajmg.b.32335
- Carreiro, L. R. R., Marino, R. L. F., & Ribeiro, A. F. (2018). Indicadores de transtorno de déficit de atenção em pré-escolares: Avaliação e intervenção precoces. In N. M. Dias & A. G. Seabra (Orgs.), *Neuropsicologia com pré-escolares: Avaliação e intervenção* (Vol. 1, pp. 221-236). São Paulo: Pearson.
- Carreiro, L. R. R., Teixeira, M. C. T. V., Ribeiro, A. F., Duarte, D. B., Souza, A. O., & Marino, R. L. F. (2018). Orientações a pais sobre dificuldades cognitivas e comportamentais em crianças com TDAH. In C. A. de la H. Amato, Decio B., & Paulo S. B. (Orgs.), *Distúrbios do desenvolvimento: Estudos interdisciplinares* (Vol.1, pp. 128-139). São Paulo: Memnon.
- Caye, A., Swanson, J. M., Coghill, D., & Rohde, L. A. (2019). Treatment strategies for ADHD: An evidence-based guide to select optimal treatment. *Molecular Psychiatry, 24*, 390-408. doi: 10.1038/s41380-018-0116-3
- Cortese, S., Asherson, P., Sonuga-Barke, E., Banaschewski, T., Brandeis, D., Buitelaar, J., Cohill, D., Daley, D., Danckaerts, M., & Dittmann, R. W. (2020). ADHD management during the Covid-19 pandemic: Guidance from the European ADHD Guidelines Group. *The Lancet Child and Adolescent Health, 4*(6), 412-414. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30110-3
- Diamond, A. (2005). Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): A neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Development and Psychopathology, 17*(3), 807-825.
- Doshi, J. A., Hodgkins, P., Kahle, J., Sikirica, V., Cangelosi, M. J., Setyawan, J., Erder, M. H., & Neumann, P. J. (2012). Economic impact of childhood and adult attention-deficit/hyperactivity disorder in the United States. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51*(10), 990-1002. doi: 10.1016/j.jaac.2012.07.008

- Efron, D. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder: The past 50 years. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 51, 69-93. doi: 10.1111/jpc.12809
- Emser, T. S., Johnston, B. A., Steele, J. D., Kooij, S., Thorell, L., & Christiansen, H. (2018). Assessing ADHD symptoms in children and adults: Evaluating the role of objective measures. *Behavior and Brain Functions*, 14(1), 11. doi: 10.1186/s12993-018-0143-x
- Epstein, J. N., & Loren, R. E. A. (2013). Changes in the definition of ADHD in DSM-5: Subtle but important. *Neuropsychiatry*, 3(5), 455-458. doi: 10.2217/np.13.59
- Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T., Mick, E., Murray, K., Petty, C., Adamson, J. J., & Monuteaux, M. C. (2006). Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: Are late onset and subthreshold diagnoses valid? *The American Journal of Psychiatry*, 163, 1720-1729.
- Gupte-Singh, K., Singh, R. R., & Lawson, K. A. (2017). Economic burden of attention-deficit/hyperactivity disorder among pediatric patients in the United States. *Value in Health*, 20, 602-609. doi: 10.1016/j.jval.2017.01.007
- Hawi, Z., Cummins, T. D., Tong, J., Johnson, B., Lau, R., Samarrai, W., & Bellgrove, M. A. (2015). The molecular genetic architecture of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 20(3), 289-97. doi: 10.1038/mp.2014.183
- Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: Clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-15. doi: 10.1186/s12888-017-1463-3
- Lahey, B. B., Applegate, B., McBurnett, K., Biederman, J., Greenhill, L., Hynd, G. W., Barkley, R. A., Newcorn, J., Jensen, P., Ritchers, J., Garfinkel, B., Kerdyk L., Frick, P. J., Ollendick, T., Perez, D., Hart, E. L., Waldman, I., & Shaffer, D. (1994). DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 151(11), 1673-1685.
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Schaughency, E. A., Atkins, M. S., Murphy, H. A., Hynd, G. W., Russo, M., Hartdagen, S., & Lorys-Vernon, A. (1988). Dimensions and types of attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 330-335.
- Magnin, E., & Maurs, C. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder during adulthood. *Revue Neurologique*, 173, 506-515.
- Marino, R. L. F., Teixeira, M. C. T. V., Cantiere, C. N., Ribeiro, A. F., Micieli, A. P. R., & Carreiro, L. R. R. (2019). Parenting styles and mental health in parents of children with ADHD. *Interamerican Journal of Psychology*, 53, 430-444.
- Maia, C. R., Stella, S. F., Mattos, P., Planczyk, G. V., Polanczyk, C. A., & Rohde, L. A. (2015). The Brazilian policy of withholding treatment for ADHD is probably increasing health and social costs. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(1), 67-70. doi: 10.1590/1516-4446-2014-1378
- McGrath, J. (2020). ADHD and Covid-19: Current roadblocks and future opportunities. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(3), 204-211. doi: 10.1017/ipm.2020.53
- Michielsen, M., Kruif, J. T. C. M. de, Comijs, H. C., Mierlo, S. van, Semeijn, E. J., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., & Kooij, J. J. S. (2018). The burden of ADHD in old-

- er adults: A qualitative study. *Journal of Attention Disorders*, 22(6), 591-600. doi: 10.1177/1087054715610001
- Nigg, J. T., Karalunas, S. L., Feczko, E., & Fair, D. A. (2020). Toward a revised nosology for attention-deficit/hyperactivity disorder heterogeneity. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 5(8), 726-737. doi: 10.1016/j.bpsc.2020.02.005
- Polanczyk, G., Lima, M. S. de, Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 64 (6), 942-948. doi: 10.1176/ajp.2007.164.6.942
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434-442. doi: 10.1093/ije/dyt261
- Posner, J., Polanczyk, G. V., & Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 395(10222), 450-462. doi: 10.1016/S0140-6736(19)33004-1
- Rigler, T., Manor, I., Kalansky, A., Shorer, Z., Noyman, I., & Sadaka, Y. (2016). New DSM-5 criteria for ADHD: Does it matter? *Comprehensive Psychiatry*, 68, 56-9. doi: 10.1016/j.compsych.2016.03.008.
- Rohde, L. A., Buitelaar, J. K., Gerlach, M., & Faraone, S. T. (2019). *The World Federation of ADHD Guide*. São Paulo: Artmed.
- Roy, A., Hechtman, L., Arnold, E., & Sibley, M. (2016). Childhood factors affecting persistence and desistence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adulthood: Results from the MTA. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(11), 937-944. doi: 10.1016/j.jaac.2016.05.027
- Seabra, A. G., Marino, R. L. F., Ribeiro, A. F., & Carreiro, L. R. R. (2020). Défices no funcionamento executivo em crianças em idade pré-escolar com PHDA. In O. Moura, M. Pereira, & M. R. Simões (Orgs.), *Perturbação de hiperatividade/défi ce de atenção (PHDA): Diagnóstico, intervenção e desenvolvimento ao longo da vida* (Vol. 1, pp. 263-280). Lisboa: Pactor.
- Sibley, M. H., Mitchell, J. T., & Becker, S. P. (2016). Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: A systematic review of longitudinal studies. *Lancet Psychiatry*, 3, 1157-65. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30190-0
- Siqueira, A. R. C., Silva, M. M. M., Paula, E. T., Araújo, M., Teixeira, M. C. T. V., & Carreiro, L. R. R. (2019). Effects of a behavioral intervention in a school setting on hyperactivity and inattention. *Psicologia: Teoria e Prática*, 21, 102-118.
- Smith, M. (2017). Hyperactive around the world? The history of ADHD in global perspective. *Social History of Medicine*, 30(4), 767-787. doi: 10.1093/shm/hkw127
- Weiss, M., Worling, D., & Wasdell, M. (2003). A chart review study of the inattentive and combined types of ADHD. *Journal of Attentional Disorders*, 7(1), 1-9. doi: 10.1177/108705470300700101
- Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S. W., Flinn, S. J., Froehlich, T., Frost, H J., Holbrook, J. R., Lehmann, C. U., Lessin, H. R., Okechukwy, K., Pierce, K. L., Winner, J. D., Zurhellen, W., & Subcommittee on Children and Adoles-

- cents with Attention-Deficit/Hyperactive Disorder (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, *144*(4), 1-27. doi: 10.1542/peds.2019-2528
- Xu, G., Strathearn, L., Liu, B., Yang, B., & Bao, W. (2018). Twenty-year trends in diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder among US children and adolescents, 1997-2016. *JAMA Network Open*, *1*(4), 1-9. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.1471
- Zalsman, G., & Shilton, T. (2016). Adult ADHD: A new disease? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *20*(2), 70-76. doi: 10.3109/13651501.2016.1149197