

# CONSEQUÊNCIAS DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) NA IDADE ADULTA

---

Carolina Xavier Lima Castro; Ricardo Franco de Lima

---

**RESUMO - Objetivo:** Revisar impactos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na idade adulta. **Método:** Foram realizadas buscas em bases de dados *online* (SciELO e Bireme) e site de busca (Google Acadêmico). Os descritores utilizados foram “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade” and “idade adulta” and “impactos” or “consequências”. Os critérios de inclusão foram: artigos completos, publicados em Português, Inglês ou Espanhol. Foram excluídos aqueles que não responderam à questão da pesquisa. **Resultados:** Foram encontrados 776 estudos e selecionados 15 para análise. Desses, cinco são artigos de revisão e dez, empíricos. Os principais impactos evidenciados pelos estudos foram no desenvolvimento afetivo-emocional, educacional, desempenho profissional, gestão financeira, relacionamento interpessoal, relacionamento conjugal e exercício das funções parentais. **Conclusão:** Adultos com TDAH possuem impactos negativos e significativos em diferentes aspectos de seu desenvolvimento e que podem ser mediados pelos déficits nas funções executivas. O diagnóstico precoce e intervenções adequadas podem minimizar tais impactos.

**UNITERMOS:** Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. Adulto. Impactos na Saúde.

---

*Carolina Xavier Lima Castro – Pedagoga e psicóloga, pós-graduação em psicopedagogia pelo Centro Universitário Salesiano (UNISAL), Liceu, Campinas, SP, Brasil.*

*Ricardo Franco de Lima – Psicólogo, neuropsicólogo, mestre e doutor em Ciências Médicas (FCM/UNICAMP). Professor nos cursos de graduação (Psicologia) e pós-graduação *latu-sensu* (Educação) do Centro Universitário Salesiano (UNISAL), Liceu, Campinas, SP, Brasil.*

---

*Correspondência*

*Carolina Xavier Lima Castro*

*Pós-Graduação em Educação, Centro Universitário Salesiano (UNISAL), Campus Liceu. Rua Baronesa Geraldo de Resende, 330 – Guanabara – Campinas, SP, Brasil – CEP: 13075-270*

*E-mail: carolinaxlcastro@gmail.com*

## INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada pela combinação de sintomas de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade. Tais sintomas são apresentados de forma frequente e desproporcional em relação aos sujeitos com a mesma idade, causando sofrimento ao indivíduo<sup>1,2</sup>.

Estima-se que a prevalência mundial do TDAH seja de aproximadamente 5,3%<sup>3</sup>. 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<sup>4</sup>. 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<sup>2</sup>.

A etiologia do TDAH é multifatorial, uma vez que a manifestação de seus sintomas consiste na combinação de fatores: genéticos, ambientais, sociais, culturais, além de alterações na estrutura e/ou funcionamento cerebral<sup>5</sup>. Como ocorre com outros transtornos mentais, não é possível desconsiderar a influência genética, de modo que o surgimento e a evolução dependerão da ação de múltiplos genes entre si e suas respectivas interações com o ambiente<sup>6</sup>.

Alguns autores identificaram associações significativas entre fatores ambientais e a manifestação do TDAH em crianças, como: família muito numerosa, criminalidade dos pais, classe social baixa, severo desentendimento familiar, exposição a fumo e álcool durante a gravidez<sup>7,8</sup>. Outros autores descreveram intercorrências gestacionais ou neonatais que podem predispor um indivíduo ao transtorno, como: toxemia, eclampsia, tempo de duração do parto, estresse fetal, baixo peso ao nascer e má saúde materna<sup>9</sup>.

Apesar das alterações biológicas, o diagnóstico de TDAH é essencialmente clínico e interdisciplinar<sup>10-12</sup>. De modo geral, o método clínico se

baseia em critérios estabelecidos nos sistemas classificatórios, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) da Associação Psiquiátrica Americana<sup>2</sup> e a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10) da Organização Mundial da Saúde<sup>1</sup>. É recomendado que a avaliação inclua a utilização de escalas e entrevistas não apenas com o paciente, mas também com familiares e professores, conforme a idade<sup>13</sup>.

Segundo o DSM-5, há 18 sintomas principais do TDAH, sendo nove referentes à desatenção e nove, à hiperatividade/impulsividade. Durante o processo diagnóstico, é necessário que o indivíduo apresente, no mínimo, seis sintomas (para adultos o número necessário é cinco) persistentes por, pelo menos, seis meses. Além disso, é preciso que estes sintomas tenham se iniciado antes dos 12 anos, causando impactos negativos em, pelo menos, dois ambientes<sup>2</sup>.

De acordo com a frequência dos sintomas, o TDAH pode ser distinto em apresentação: (a) combinada; (b) predominantemente desatenta; ou (c) predominantemente hiperativa/impulsiva<sup>2</sup>. A atual classificação do DSM sugere ainda a classificação do transtorno como leve, moderado e grave, conforme a quantidade de sintomas presentes e o grau de comprometimento que os mesmos causam no funcionamento do indivíduo<sup>2</sup>.

Para a CID-10<sup>1</sup>, o TDAH tem sintomas similares aos do DSM-5, porém para o diagnóstico é necessário que exista comprometimento tanto na atenção quanto a presença da hiperatividade (concomitância), evidentes em mais de uma situação de vida. Além disso, outros critérios que diferem do DSM5 são: a necessidade que os sintomas tenham surgido antes dos 6 anos e o fato de não ser possível realizar o diagnóstico na presença de depressão e/ou ansiedade. O Quadro 1 sintetiza os principais sintomas mencionados pelos manuais diagnósticos (CID-10 e DSM-5).

Independentemente da faixa etária, o TDAH ocasiona problemas em diferentes domínios do desenvolvimento: social, escolar/acadêmico, profissional e intrapessoal<sup>12-14</sup>. 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<sup>10</sup>.

Na idade adulta, a hiperatividade pode ser manifesta 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<sup>10</sup>. 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<sup>15</sup>.

A maior parte das dificuldades supracitadas podem ser justificadas por déficits em habilidades denominadas Funções Executivas (FE)<sup>11,16</sup>. As FE representam habilidades associadas ao

<b>Quadro 1.</b> Sintomas de TDAH nos manuais diagnósticos internacionais (CID-10) <sup>1</sup> e DSM-5 <sup>2</sup> .	
<b>CID-10</b> <b>F90 Transtornos Hipericnéticos</b>	<b>DSM-5</b> <b>Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atenção comprometida: interrompe tarefas prematuramente; deixa tarefas inacabadas; crianças mudam frequentemente de uma atividade para outra, parecendo perder o interesse em uma tarefa porque se distraem com outras;</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Desatenção</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dificuldade de prestar atenção em detalhes e erros por descuido;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Presença de hiperatividade: inquietação excessiva; correr, pular ou levantar do lugar quando é esperado ficarem sentadas; loquacidade excessiva; o padrão para julgamento deve ser que a atividade é excessiva no contexto do que é esperado na situação e por comparação com outros indivíduos da mesma idade e quociente intelectual (QI);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificuldade em manter a atenção em tarefas lúdicas;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>São evidentes em mais de uma situação (Ex.: casa, escola, clínica);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>“Não escutar” quando alguém lhe dirige a palavra;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estes déficits devem ser considerados se forem excessivos para a idade e QI da criança;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificuldade em seguir instruções de forma completa e finalizar atividades;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aspectos associados não são suficientes ou necessários para o diagnóstico (dificuldades de aprendizagem, desinibição em relacionamentos, imprudência);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificuldade para organizar tarefas;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>As dificuldades devem ter início precoce e longa duração. O diagnóstico pode ser feito na vida adulta, respeitando as normas apropriadas do desenvolvimento.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Hiperatividade/Impulsividade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Remexer ou batucar as mãos ou pés ou mesmo se contorcer na cadeira;</li> <li>Levantar em situações em que o esperado é permanecer sentado;</li> <li>Correr ou subir em objetos em situações inapropriadas;</li> <li>Incapacidade de envolvimento em atividade de lazer de forma calma;</li> <li>Falar demais;</li> <li>Responder antes que a pergunta tenha sido concluída, dificuldade para esperar a vez, interromper.</li> </ul>

córtex pré-frontal e suas conexões com outras áreas encefálicas. Tais funções permitem que o indivíduo se empenhe, de maneira autônoma, em comportamentos orientados a objetivos e envolvem, operacionalmente, processos cognitivos e metacognitivos, como: planejamento diário; priorização; iniciativa; tomada de decisão; uso de estratégias; resolução de problemas; monitoramento do próprio desempenho; controle inibitório de pensamentos, emoções e impulsos<sup>17,18</sup>. Desta forma, as FE são fundamentais quando o indivíduo precisa adaptar ou flexibilizar seu comportamento diante de uma demanda do ambiente ou lidar com situação nova<sup>19</sup>.

Existem alguns modelos neurocognitivos explicativos para o TDAH. Um deles é denominado "modelo híbrido de funções executivas – autorregulatório" ou "teoria da autorregulação". Este modelo considera a presença de um déficit cognitivo central no controle inibitório, ao invés de um déficit atencional. Tal dificuldade envolveria prejuízo em três processos: (i) inibir uma resposta "principal"; (ii) suspender uma resposta já iniciada e; (iii) controlar as interferências. Para esse modelo, os déficits em outros domínios são secundários à dificuldade no controle inibitório. Na prática, as funções que dependem da inibição comportamental permitem ao indivíduo internalizar comportamentos para antecipar possíveis mudanças e suas consequências<sup>20,21</sup>.

O modelo denominado "cognitivo-energético" explica que o processamento das informações depende da interação de três níveis de funcionamento: (i) mecanismos computacionais de processamento; (ii) fatores de estado e; (iii) funcionamento executivo. Os mecanismos computacionais envolvem outros aspectos que são eliciados desde a apresentação do estímulo até a emissão da resposta, como: decodificação da informação, busca de informação na memória, decisão para selecionar a resposta mais adequada e organização motora que está envolvida na emissão da resposta que foi escolhida. Assim, a dificuldade do indivíduo com TDAH se deve ao déficit em um desses níveis<sup>20,21</sup>.

Por sua vez, o "modelo de aversão à resposta tardia" parte do pressuposto de que o TDAH afeta os mecanismos de recompensa. Dessa forma, os indivíduos com este transtorno evitariam situações nas quais existe atraso na recompensa, escolhendo recompensas menores, porém imediatas, além de se sentirem frustrados quando precisam esperar pela gratificação<sup>20,21</sup>.

Por último, o "modelo de múltiplos caminhos" explica que mais de um mecanismo neuropsicológico pode estar envolvido na compreensão das dificuldades observadas no TDAH. Este modelo é dual e enfatiza que os déficits no controle inibitório e nos mecanismos de recompensa compõem "tipos" diferentes de TDAH, pelo fato de serem subsidiados por circuitos cerebrais distintos. Alguns autores referem ainda a percepção temporal como um terceiro componente, levando o indivíduo a dificuldades na discriminação de intervalos de tempo<sup>21,22</sup>.

Com base no exposto, o objetivo do presente trabalho foi revisar as produções científicas acerca dos impactos do TDAH na idade adulta.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura elaborada a partir da busca em bases de dados online (*Scientific Electronic Library Online – Scielo e Bireme*) e site de busca (*Google Acadêmico*). Os descritores utilizados foram: "*Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*" AND "*Adulto*" AND "*Impactos*" OR "*Consequências*". Para as bases de dados internacionais, foram usados os mesmos termos em inglês. Foram incluídos artigos originais publicados em português, espanhol ou inglês. De acordo com os critérios de seleção, foram excluídos os artigos que: (i) não respondiam à questão de pesquisa; (ii) estudos que abordassem o TDAH em crianças; (iii) pesquisas que enfatizassem aspectos biológicos do transtorno em detrimento aos impactos do mesmo; (iv) artigos que objetivassem analisar os efeitos do tratamento medicamentoso; e (v) aqueles que não estavam acessíveis na íntegra.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme pode ser observado no Quadro 2, na busca inicial foram encontradas 776 referências. De acordo com os critérios de seleção estabelecidos, após a leitura do título e resumo, foram selecionados 21 artigos para a análise. Ao final da leitura, foram analisados 15 estudos. O Quadro 3 apresenta a síntese dos artigos analisados.

Por mais que a literatura sugira que os sintomas do TDAH tendem a diminuir na idade adulta<sup>10,17</sup>, aproximadamente 56% dos indivíduos relatam sofrer com a hiperatividade e 62%, com a impulsividade<sup>32</sup>. Os impactos do TDAH mudam conforme as demandas de cada faixa etária e podem ser ainda mais significativos na idade adulta. É nesta etapa de vida que o indivíduo deve exercer suas funções com maior autonomia para planejar, priorizar, monitorar, flexibilizar e avaliar, desde as situações cotidianas até problemas mais complexos<sup>24,27</sup>.

Em estudo realizado com amostra de grande amplitude de idade (20 a 56 anos), foram observados níveis diferenciados de angústia e ansiedade. Os mais jovens buscavam realização e estabilidade em vários segmentos de vida, como na vida acadêmica, no trabalho e no relacionamento afetivo. Em contrapartida, os mais velhos "lamentavam" mais as perdas ocorridas ao longo da vida e apresentavam a estabilidade no trabalho e na vida familiar como principais preocupações<sup>28</sup>.

Outra pesquisa 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<sup>37</sup>.

De modo geral, os artigos analisados apontaram que o TDAH pode causar consequências negativas, principalmente no desenvolvimento educacional e desempenho profissional<sup>32</sup>. No aspecto educacional, apesar de se tratar de adultos, muitas dificuldades que eram presentes na escola permaneceram. A análise do relato destes indivíduos permite identificar que as experiências vividas na escola contribuíram para que desenvolvessem: baixa autoestima, inibição social e dificuldade para expressar sentimentos. Por outro lado, alguns apontam que essa vivência foi significativa para o aprendizado de estratégias de enfrentamento, desenvolvendo autonomia e tomando mais cuidado com os limites<sup>30</sup>.

Em um estudo conduzido no Brasil, foram entrevistados 21 indivíduos com TDAH que estavam nos anos finais de escolarização ou já haviam saído da escola. Os resultados demonstraram que os participantes relataram que não só os pares, mas também os professores os tratavam de forma inadequada. Diante de alto número de reprovações, expulsões e transferências compulsórias, bem como problemas de aprendizagem e de comportamento, é possível que o longo período no convívio escolar, vivido com sofrimento, tenha

**Quadro 2.** Artigos identificados nas bases de dados e site de busca.

Base de dados e site de busca	Nº de artigos identificados	Nº de artigos selecionados	Nº de artigos analisados
Scielo	10	03	03
BIREME	22	04	03
PubMed	46	07	06
Google Acadêmico	701	07	03
<b>Total</b>	<b>776</b>	<b>21</b>	<b>15</b>

<b>Quadro 3. Síntese dos estudos de revisão e empíricos seleccionados.</b>	
<b>Estudos de revisão</b>	
Grevet et al. (2003) <sup>23</sup>	Propõem nova abordagem psicoeducativa em grupos para pacientes adultos TDAH.
Mattos & Coutinho (2007) <sup>24</sup>	Discutem uso de escala para avaliar qualidade de vida de adultos TDAH e a necessidade de sua validação.
Saboya et al. (2007) <sup>25</sup>	Discutem a presença e apresentação clínica da disfunção executiva em indivíduos com TDAH.
Johnston et al. (2012) <sup>26</sup>	Analizam como o TDAH afeta a capacidade de parentalidade dos adultos.
Harpin (2000) <sup>27</sup>	Revisa os impactos do TDAH da infância até a idade adulta.
<b>Estudos empíricos</b>	
Da Silva et al. (2006) <sup>28</sup>	Descrevem variáveis sociodemográficas da população adulta com TDAH.
González-Hernández et al. (2007) <sup>29</sup>	Descrevem características de adultos com TDAH comparando diferenças entre os sexos. As queixas de hiperatividade/impulsividade permanecem da vida adulta. Os sintomas nas mulheres, quando crianças, não são facilmente identificados.
Rangel Júnior & Loos (2011) <sup>30</sup>	Investigam a percepção dos indivíduos acerca do papel da escola. O número elevado de reprovações e expulsões, desempenho acadêmico insatisfatório e rotulações contribuem para a construção de crenças negativas.
Quintero et al. (2011) <sup>31</sup>	Avaliam a evolução de pacientes que foram diagnosticados na infância. Presença de histórico de dificuldades escolares e interpessoais. Há melhor prognóstico quando são tratados.
Brod et al. (2012) <sup>32</sup>	Descrevem variáveis sociodemográficas da população adulta com TDAH em sete países. Diferenças culturais são pouco evidentes.
Surman et al. (2013) <sup>33</sup>	Descrevem características de desregulação emocional em adultos com TDAH.
Michels & Gonçalves (2014) <sup>34</sup>	Caracterizam o perfil neuropsicológico de um adulto com TDAH. Resultados sugerem disfunção executiva.
Biscaia & Kelmo (2013) <sup>35</sup>	Verificam aspectos neuropsicológicos do TDAH que implicam na qualidade de vida e dinâmica da relação conjugal. Os sintomas de impulsividade, desatenção e instabilidade de humor afetam a relação.
Ersoy et al. (2015) <sup>36</sup>	Observam que o impacto do TDAH no casamento é maior, conforme o tipo de relação do casal (tradicional ou igualitária).
Philipp-Wiegmann et al. (2016) <sup>37</sup>	Analizam se os impactos nos indivíduos com TDAH são os mesmos em adultos e idosos. Os resultados apontam que a sintomatologia permanece e os impactos se alteram de acordo com a demanda de cada etapa da vida.

influenciado negativamente na construção da identidade<sup>30</sup>.

Apesar de se sentirem diferentes dos outros ao longo da vida, os sintomas do TDAH parecem ser uma parte significativa de suas estruturas de personalidade, trazendo qualidades positivas e negativas. Em outro estudo, quando questionados sobre o que achariam se pudessem se "curar" do TDAH, 28% dos participantes relataram que concordariam em ter os sintomas removidos de

suas vidas, 35% disseram que não concordariam e 16% eram ambivalentes nas respostas, e os 21% restantes não conseguiram responder<sup>32</sup>.

No que concerne ao trabalho, os estudos mostram que os prejuízos típicos incluem: desempenho ineficiente; mudanças de emprego frequentes; faltas; atrasos, erros excessivos; e dificuldades para corresponder às demandas das atividades<sup>27</sup>. Além disso, é comum o relato de: desorganização; esquecimento; fala impulsiva;

problemas com autoridade; distração; lentidão; e dificuldade para iniciar ou priorizar tarefas<sup>28,32</sup>.

Outras implicações no contexto do trabalho são: procrastinação, sobretudo quando realizam uma tarefa que exige mais atenção e que a recompensa não será imediata; dificuldade para persistir em uma mesma atividade, levando à interrupção da mesma e a inicialização de outra, deixando ambas incompletas; e a labilidade motivacional, trazendo o desejo de buscar sempre algo novo<sup>25</sup>.

Tais dificuldades são identificadas como obstáculos para o sucesso no profissional, apesar de suas capacidades, por vezes, notáveis. Como consequência, indivíduos com TDAH podem receber rótulos de "desleixados" e pouco confiáveis no ambiente de trabalho<sup>28,32</sup>.

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<sup>32</sup>.

Quanto à gestão financeira, as características mais observadas são: gastos impulsivos; uso excessivo do cartão de crédito; pouca ou nenhuma reserva financeira; dificuldades para estabelecer prioridades e pagar contas<sup>13,32</sup>.

Indivíduos com TDAH relatam problemas nos relacionamentos com seus familiares, amigos e colegas do trabalho. Características pessoais, como a irritabilidade, falta de atenção, fala impulsiva e esquecimento, contribuem para mal-entendidos nestas interações<sup>13</sup>. Em uma pesquisa realizada com adultos com TDAH, 61% relatou possuir autorregulação emocional deficiente quando comparados ao grupo controle. Além disto, o grupo com TDAH obteve índices menores nos questionários que avaliavam qualidade de vida e ajuste social, além de maior frequência de acidentes de trânsito<sup>33</sup>. Em jovens adultos, também é comum o relato: de dificuldades para se manterem em uma mesma relação; comportamento sexual de risco; gravidez precoce; e frequência aumentada de doenças sexualmente transmissíveis<sup>13,32</sup>.

Particularmente, no domínio parental são observadas dificuldades: de controle dos pais; ausência de rotina organizada e de monitoramento; falha em corresponder às necessidades da criança; e em respostas impulsivas e negativas, como consequências dos comportamentos dos filhos. Os efeitos diretos e negativos das ações parentais podem ser acompanhados por *feedbacks* ruins sobre esta função, acarretando dificuldades no relacionamento tanto com a criança como com o cônjuge. Em última análise, esta situação pode ocasionar prejuízos nas crenças de eficácia parental, desmoralização deste papel, desmotivação e problemas emocionais<sup>26</sup>. Os estudos também ressaltam que pais com diagnóstico de TDAH possuem maior probabilidade de terem filhos com o distúrbio. Por sua vez, esta situação promove maiores desafios para a intervenção, sobretudo porque o sucesso dos programas de psicoeducação para pais de crianças com TDAH é influenciado pelos comportamentos dos mesmos. Assim, no geral, os pais necessitam de ajuda para os mesmos comportamentos em que precisam auxiliar seus filhos<sup>27</sup>.

Quanto aos relacionamentos conjugais, um estudo turco demonstrou que os papéis sociais dos gêneros podem atuar como mediadores dos impactos do TDAH no casamento<sup>36</sup>. Outros trabalhos enfatizam que o diagnóstico pode favorecer a relação, uma vez que a falta de conhecimento sobre os sintomas e suas consequências podem ser fontes de conflitos. Em determinadas situações, estratégias simples, como compartilhar uma agenda e usar de mediadores externos, podem facilitar a realização de tarefas cotidianas<sup>23,35</sup>.

Com relação às diferenças entre os sexos, os manuais diagnósticos referem menor prevalência do TDAH em meninas. Porém, na maior parte das pesquisas com adultos, a proporção do transtorno em mulheres e homens é muito próxima<sup>24,28,29,32,36</sup>. Uma possível diferença entre os sexos é geralmente atribuída ao "subdiagnóstico" nas meninas, provavelmente por fatores psicológicos e socioculturais múltiplos, favorecendo que os sintomas não sejam reconhecidos ou considerados patológicos<sup>29</sup>.

Da mesma forma, não há consenso se as consequências dos sintomas na idade adulta são semelhantes entre os sexos. Um dos estudos indicou resultados similares, independentemente do sexo<sup>28</sup>. Porém, outras pesquisas encontraram evidências que as mulheres possuem prejuízos psicossociais mais graves, relatam mais sintomas depressivos, ansiosos e de estresse<sup>32</sup>. Adicionalmente, elas demonstram sintomas mais severos, sobretudo de desatenção<sup>36</sup>. É possível inferir que o “subdiagnóstico” pode privar meninas de tratamento adequado, uma vez que o encaminhamento e diagnóstico são realizados somente quando os sintomas e impactos são significativos<sup>29</sup>.

Um outro conjunto de publicações descreveu tendências do adulto com TDAH a apresentar comportamentos de risco, como: escolha por atividades perigosas ou arriscadas; prazer por situações extremas (esportes, desafios ou nas próprias escolhas profissionais); capacidade alterada para avaliar o risco; abuso de substâncias psicoativas; comportamento de dirigir carros de maneira agressiva e imprudente<sup>29,34</sup>. Em outro estudo, os indivíduos com TDAH relataram dar respostas precipitadas antes das perguntas serem concluídas, tendo dificuldade em aguardar sua vez. Suas decisões, na maioria das vezes, eram tomadas de forma impulsiva, o que invariavelmente, trazia prejuízo<sup>34</sup>.

Em situações enfadonhas ou quando desmotivados, indivíduos com TDAH se queixam de dificuldades para controlar a atenção e selecionar estímulos relevantes e, conseqüentemente, são considerados “sonhadores” ou distraídos<sup>28</sup>. Confusão, desorientação e perda do curso do pensamento também são queixas que impactam na qualidade de vida<sup>34</sup>.

Alguns exemplos de prejuízos menos frequente, porém passíveis de risco, são: condutas antissociais (mentir, roubar ou brigar); adotar estilo de vida menos saudável (lazer sedentário e solitário, excesso de uso de videogames, TV e internet) e sobrepeso<sup>17</sup>.

Outra consequência importante do TDAH ao longo da vida é a sua associação com outros transtornos psiquiátricos, tornando o diagnóstico

e tratamento mais complexos<sup>32,33</sup>. A maior parte dos adultos com TDAH tem pelo menos um transtorno comórbido e mais da metade pode ter até três transtornos psicológicos<sup>17</sup>. As principais comorbidades descritas na literatura são: transtorno desafiador opositor, transtorno de conduta, dificuldades de aprendizagem (atrasos em leitura, ortografia, matemática, escrita, dentre outras), transtorno de humor bipolar, transtorno de personalidade antissocial, transtorno de abuso de substâncias psicoativas e transtorno de tiques<sup>17</sup>.

As altas taxas de comorbidades do TDAH podem ampliar o impacto de seus sintomas em até 80%, independentemente da cultura<sup>17</sup>. Em um estudo realizado em sete países, 42% dos adultos entrevistados descreveram alguma comorbidade. Outro estudo, realizado com idosos, também apontou alta taxa de comorbidades, principalmente dependência de nicotina, vício em álcool, transtorno de humor e de ansiedade<sup>37</sup>. Outro estudo mostrou que 52% dos participantes relataram ter desenvolvido depressão em algum momento de suas vidas e necessitaram de tratamento especializado<sup>29,30</sup>.

Especificamente, o diagnóstico de TDAH em indivíduos adultos é um desafio, uma vez que os sintomas podem ser mimetizados por outros transtornos psiquiátricos. Outra dificuldade para os clínicos é a obtenção de informações precisas, normalmente fornecidas pelo indivíduo que possui o transtorno<sup>28</sup>. Alguns indivíduos podem se tornar mais conscientes da extensão de suas dificuldades somente na idade adulta. É comum que os indivíduos com TDAH relatem apresentar desempenho melhor em algumas tarefas, sendo incongruente com a observação externa e avaliações objetivas<sup>17</sup>. Por este motivo, o processo de diagnóstico em adultos também deve levar em consideração as informações provenientes de múltiplos informantes<sup>36,37</sup>.

Quando mais de um transtorno é identificado, é comum que os pacientes questionem qual quadro causou o outro. Porém, do ponto de vista clínico, nem sempre há uma resposta para essa pergunta. É possível considerar que as alterações na

estrutura e desenvolvimento do cérebro estejam relacionadas à manifestação do TDAH, e que seus principais sintomas também representem fragilidades, facilitando a ocorrência de comorbidades<sup>17</sup>.

Há consenso na literatura de que a apresentação clínica do TDAH é heterogênea<sup>34</sup> e possui relações com dificuldades nas funções executivas, nomeadas de disfunções executivas<sup>23,37</sup>. Alguns estudos utilizam o modelo da autorregulação como teoria unificadora para explicar tais disfunções que ocasionam prejuízos adaptativos e para corresponder às demandas ao longo da vida<sup>25,33,34</sup>. Apesar de não terem sido enfatizados pelos trabalhos descritos, os modelos cognitivos do TDAH podem auxiliar na explicação dos déficits e seus impactos ao longo da vida<sup>21</sup>.

Um dos estudos descreveu três grandes categorias de disfunção cognitiva apresentadas por diferentes modelos: (i) Processos cognitivos (memória operacional, planejamento e controle inibitório); (ii) Déficits de autorregulação; e (iii) Dificuldades de motivação ou de excitação (resposta a incentivos e aversão ao atraso)<sup>26</sup>. Porém, os autores afirmam que, em função da heterogeneidade do TDAH e a probabilidade de múltiplas vias ou disfunções subjacentes, presume-se que outras disfunções ocorrem concomitantemente, como propõem o modelo de múltiplos caminhos<sup>26</sup>.

Estudos longitudinais com pacientes diagnosticados com TDAH na infância sugerem melhor prognóstico quando são submetidos a intervenções corretas, e que minimizam os impactos negativos deste transtorno em seu desenvolvimento<sup>31</sup>. A título de exemplo, um estudo demonstrou que indivíduos que estavam em tratamento há mais tempo apresentavam pontuações mais altas em escalas de qualidade de vida, quando comparados àqueles diagnosticados durante a

pesquisa<sup>24</sup>. Os pacientes tratados corretamente podem apresentar vantagem qualitativa para a realização de tarefas complexas, como cursar o ensino superior, por exemplo<sup>29</sup>.

Algumas propostas terapêuticas têm sido sugeridas para indivíduos adultos com TDAH. Um exemplo é a psicoterapia, que tem como objetivo, inicialmente, propiciar ao indivíduo conhecimento adequado e esclarecimento acerca do transtorno. Desta forma, o primeiro passo é auxiliar o indivíduo no reconhecimento dos sintomas e dos impactos causados por eles. Posteriormente, é importante que o processo psicoterapêutico instrumentalize o indivíduo, do ponto de vista estratégico. Dentre os aspectos que podem constituir alvos terapêuticos, se destacam: o autoconceito; as relações conjugais; as dificuldades no trabalho e nas atividades acadêmicas<sup>23</sup>. Apesar da escassez de guias técnicos que orientam a abordagem dos profissionais que lidam com adultos com TDAH<sup>23</sup>, é possível encontrar algumas recomendações em diretrizes internacionais<sup>38,39</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho demonstrou que adultos com TDAH possuem impactos negativos e significativos em diferentes aspectos de seu desenvolvimento: afetivo-emocional; desenvolvimento educacional; desempenho profissional; gestão financeira; relacionamento interpessoal; relacionamento conjugal e exercício de suas funções parentais. Os diferentes impactos podem ser mediados por déficits nas funções executivas, uma vez que representam habilidades relacionadas com a autonomia e autorregulação. Os estudos enfatizam que o diagnóstico precoce e intervenções adequadas podem minimizar os impactos causados pelo TDAH.

## SUMMARY

## The consequences of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adulthood

**Objective:** The aim of work was to review the Attention Deficit Hyperactivity Disorder impacts in adulthood. **Methods:** We conducted search in the databases online (SciELO, Bireme and PubMed) and search site (Google Scholar). The descriptors were "attention deficit hyperactivity disorder" and "adulthood" and "impacts" or "consequences". The inclusion criteria were: full-text articles, published in Portuguese, English or Spanish. The articles that did not respond the questions research were excluded. **Results:** In total, 776 studies were found, and 15 studies were selected to analysis (five reviews and ten empirical studies). The main impacts evidenced by the studies were affective emotional development, professional performance, financial management, marital relationship and parental role. **Conclusion:** Adults with ADHD have negative and significant impacts on different aspects of their development and can be mediated by deficits in executive functions. Early diagnosis and appropriate interventions can minimize the impacts.

**KEYWORDS:** Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. Adult. Impacts on Health.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.
2. Associação Psiquiátrica Americana (APA). Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais, 5ª edição - DSM-5. Porto Alegre: Artmed; 2014.
3. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(6):942-8.
4. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *JAMA*. 2004;292(5):619-23.
5. Rohde LA, Halpern, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(2 Suppl):61-70.
6. Roman T, Rohde LA, Hutz MH. Genes de suscetibilidade no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(4):196-201.
7. Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, et al. Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(6):464-70.
8. Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayer J, Kleinman S. Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(4):378-85.
9. Faraone SV, Biederman J. Neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 1998;44(10):951-8.
10. Mattos P, Palmira A, Salgado CA, Segenreich D, Grevet E, Oliveira IR, et al. Painel brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2006;28(1):50-60.
11. Ciasca SM, Rodrigues SD, Salgado CA.

- TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Rio de Janeiro: Revinter; 2010. 248 p.
12. Ciasca SM, Rodrigues SD, Azoni CAS, Lima RF. Transtornos de Aprendizagem: neurociência e interdisciplinaridade. São Paulo: Book Toy; 2015. 391 p.
  13. Barkley R, Benton C. Vencendo o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade adulto. Porto Alegre: Artmed; 2011. 242 p.
  14. De Luccia DPB. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) diagnosticado na infância: a narrativa do adulto e as contribuições da psicanálise [Dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2014.
  15. Corkum P, Tannock R, Moldofsky H, Hogg-Johnson S, Humphries T. Actigraphy and parental ratings of sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Sleep*. 2001;24(3):303-12.
  16. Szobot CM, Eizirik M, Cunha RD, Langleben D, Rohde LA. Neuroimagem no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(Suppl. 1):32-5.
  17. Barkley R. Executive Functions: what they are, how they work, and why they evolved. New York: The Guilford Press; 1949.
  18. Malloy-Diniz LF, Leite WB, Moraes PHP, Correa H, Bechara A, Fuentes D. Brazilian Portuguese version of the Iowa Gambling Task: transcultural adaptation and discriminant validity. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(2):144-8.
  19. Gazzaniga MS, Ivry RB, Mangun GR. Neurociência cognitiva: A biologia da mente. Porto Alegre: Artmed; 2006. 767 p.
  20. Miguel CS. Estudo comparativo do desempenho cognitivo de portadores adultos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) associado a Transtorno de Déficit de Substâncias Psicoativas (TUSP) e portadores adultos de TDAH e sem a presença de TUSP [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.
  21. Wagner F, Rohde LA, Trentini CM. Neuropsicologia do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Modelos Neuropsicológicos e Resultados de Estudos Empíricos. *Psico-USF*. 2016;21(3):573-82.
  22. Sonuga-Barke E, Bitsakou P, Thompson M. Beyond the dual pathway model: Evidence for the dissociation of timing, inhibitory, and delay-related impairments in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(4):345-55.
  23. Grevet EH, Abreu PB, Shansis F. Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2003;25(3):446-52.
  24. Mattos P, Coutinho G. Qualidade de vida e TDAH. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(Suppl. 1):50-2.
  25. Saboya E, Saraiva D, Palmieri A, Lima P, Coutinho G. Disfunção executiva como uma medida de funcionalidade em adultos com TDAH. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(Suppl 1):30-3.
  26. Johnston C, Mash EJ, Miller N, Ninowski JE. Parenting in adults with attention - deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clin Psychol Rev*. 2012;23(4):215-28.
  27. Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child*. 2005;90 Suppl. 1:i2-7.
  28. da Silva MA, Louza MR, Vallada HP. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults: social-demographic profile from a university hospital ADHD outpatient unit in São Paulo, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2006; 64(3A):563-7.
  29. González-Hernández J, Galdames-Contreras D, Oporto-Segura S, Nervi-Nattero A, von Bernhardt R. Transtorno por déficit de atención/hiperactividad del adulto: estudio descriptivo em uma Unidade de Memoria. *Rev Neurol*. 2007;44(9):519-23.
  30. Rangel Júnior EB, Loos H. Escola e desenvolvimento psicossocial segundo percepções de jovens com TDAH. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2011;21(50):373-82.
  31. Quintero J, Loro M, Jiménez B, García Campos N. Aspectos evolutivos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): de los factores de riesgo al impacto socioacadémico y a la comorbilidad. *VERTEX Rev Argent Psiquiatr*. 2011;22:101-8.
  32. Brod M, Pohlman B, Lasser R, Hodgkins P. Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:47.
  33. Surman CB, Biederman J, Spencer T, Miller CA, McDermott KM, Faraone SV. Understanding deficient emotional self-regulation in

- adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2013;5(3):273-81.
34. Michels M, Gonçalves HA. Funções executivas em um caso de TDAH adulto: a avaliação neuropsicológica auxiliando o diagnóstico e o tratamento. *Rev Neuropsicol Latino-am.* 2014; 6(2):35-41.
  35. Biscaia G, Kelmo F. As implicações do TDAH na relação conjugal: estudo de caso explicatório. *Rev Neurociênc.* 2013;21(3):396-401.
  36. Ersoy MA, Topçu Ersoy H. Gender-Role Attitudes Mediate the Effects of Adult ADHD on Marriage and Relationships. *J Atten Disord.* 2015. pii: 1087054715618789. [Epub ahead of print]
  37. Philipp-Wiegmann F, Retz-Junginger P, Retz W, Rösler M. The intraindividual impact of ADHD on the transition of adulthood to old age. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2016;266(4):367-71.
  38. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugué M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry.* 2010;10:67.
  39. National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. Clinical Guideline [Internet]. 2008 [acesso 2017 Jan 5]; 42 telas. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg72/resources/attention-deficit-hyperactivity-disorder-diagnosis-and-management-975625063621>. Last updated 2016.

---

*Trabalho realizado no Centro Universitário Salesiano (UNISAL), Liceu, Campinas, SP, Brasil.*

*Trabalho de conclusão do curso de pós-graduação lato sensu em Psicopedagogia do Centro Universitário Salesiano (UNISAL), Liceu, Campinas, SP, Brasil.*

---

*Artigo recebido: 8/1/2018*

*Aprovado: 20/1/2018* ■