

Perturbação de deficiência da atenção/ hiperactividade nos adultos: abordagem nos cuidados primários de saúde

A perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade nos adultos – uma situação altamente prevalente que pode ter um impacto negativo sobre todos os aspectos da vida de uma pessoa – pode ser identificada e tratada no âmbito dos cuidados primários de saúde. Eis a informação de que necessita sobre quais os doentes que podem beneficiar com o rastreio, como efectuar o diagnóstico e como proceder em relação ao regime de tratamento.

MICHELLE KHURANA, MD, MPH

Médica do quadro do Departamento de Medicina Familiar do Hospital de Providence, Southfield, Mich.

HOWARD SCHUBINER, MD

Médico do quadro do Departamento de Medicina Interna do Hospital de Providence, Southfield, Mich.

Atendendo à consciência crescente do público em relação à perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade nos adultos, os médicos dos cuidados primários de saúde estão a observar mais doentes adultos que estão preocupados relativamente a um possível diagnóstico de perturbação desta situação. Os estudos sugerem que a prevalência da perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade nos adultos se situa entre 4 e 5%, o que a torna uma das doenças psiquiátricas mais comuns nos adultos.^{1,2} De facto, esta prevalência torna a perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade tão comum como a asma (que também tem uma prevalência de 4-5%). A prevalência exacta da perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade nos adultos é obscurecida pelo facto de muitos doentes adultos que têm esta perturbação nunca terem sido diagnosticados ou tratados para este problema. Num estudo realizado em adultos com uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade que foram seleccionados a partir de consultas de cuidados primários de saúde ou de psiquiatria, 76% dos doentes observados por médicos dos cuidados primários eram auto-referenciados.³ Aproximadamente metade destes nunca tinham sido diagnosticados antes de consultarem o seu médico actual. Em aproximadamente metade dos que foram diagnosticados, o diagnóstico tinha sido efectuado antes da idade de 21 anos. Deste modo, apenas 25% tinham sido diagnosticados na infância ou na adolescência. Este estudo implica que 75% dos adultos que procuram o diagnóstico de perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade serão auto-referenciados e uma proporção semelhante não terá sido diagnosticada na infância.

Este artigo num relance

- A perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade nos adultos é uma situação comum que pode afectar negativamente o desempenho na escola e no local de trabalho e causar problemas com a família, nas relações interpessoais e com a auto-estima.
- A perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade pode ser identificada e tratada com eficiência ao nível dos cuidados primários de saúde.
- Entre os doentes que devem ser submetidos a um rastreio para a perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade encontram-se os que têm filhos ou outros familiares com a doença, os toxicodependentes, os que apresentam desorganização ou protelamentos crónicos e os que têm conflitos conjugais ou história de depressão ou perturbações ansiosas.
- O diagnóstico baseia-se na avaliação clínica usando os critérios do *DSM-IV*.
- Embora a medicação continue a ser a base da terapêutica, a educação do doente é essencial para a aderência. O apoio e defesa são adjuvantes importantes.

Enquanto no passado se pensava que a perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade não continuava para além da adolescência, os estudos de seguimento controlados a longo prazo demonstraram que a perturbação persiste num número considerável de adultos que tinham sido diagnosticados como tendo uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade na infância. De facto, dois estudos de seguimento recentes revelam uma persistência da perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade de 72% e de 85%.^{4,5} No entanto, muitos médicos dos cuidados primários de saúde tiveram pouca experiência com o diagnóstico e tratamento da perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade. Ao contrário daquilo que alguns médicos podem acreditar, não é necessário um grau elevado de sofisticação para diagnosticar e tratar adultos com uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade, atendendo aos avanços nos métodos de rastreio válidos e nas opções de tratamento. Os médicos de família e os pediatras tratam a grande maioria das crianças com perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade. Com um treino redu-

zido, acreditamos que os médicos dos cuidados primários de saúde podem sentir-se confortáveis no tratamento e melhoria da qualidade de vida dos seus doentes adultos com uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade.

Doentes que podem necessitar de rastreio

A perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade não tratada nos adultos tem um impacto negativo significativo. Os adultos com uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade não tratada têm uma maior probabilidade de apresentarem um mau desempenho académico e profissional e a ter dificuldades em se adaptarem à sociedade adulta. Eles têm tipicamente histórias de infância reflectindo uma disfunção escolar, incluindo défices no desempenho educativo, problemas de disciplina e taxas elevadas de reprovação, de entrega a tutores, de colocação em classes especiais e de incapacidades na leitura. As dificuldades escolares enfrentadas pelas crianças com perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade frequentemente persistem e agravam-se na faculdade, resultando em maus resultados académicos, médias baixas, taxas de conclusão mais baixas e mais tempo necessário para completar os graus.⁶ Os adultos com uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade tendem a ter uma situação socioeconómica mais baixa, taxas mais baixas de emprego, mudanças de emprego mais frequentes e taxas mais elevadas de divórcio. Eles apresentam igualmente mais violações dos limites de velocidade, mais apreensões da carta de condução e mais acidentes de viação e apresentam desempenhos inadequados nos simuladores de condução. Além disso, existem incapacidades intangíveis, incluindo problemas com a auto-estima, a auto-valorização e a auto-competência, resultando da luta durante toda a vida com incapacidades em diversos contextos. Os adultos que apresentam um risco mais elevado de perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade incluem os que têm uma história familiar desta doença (particularmente numa criança), os que têm muitas de trânsito e/ou acidentes de viação, dificuldades matrimoniais e um desempenho

profissional ou acadêmico inadequado em comparação com as suas aptidões, os com perturbações ansiosas, depressão ou toxicod dependência e os que são cronicamente atrasados, desorganizados e que estão sempre a procurar adiamentos.

Diagnóstico

O diagnóstico pode ser realizado de forma segura em adultos que têm sintomas de perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade tal como se encontra definida no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. O DSM-IV caracteriza três subtipos de perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade: predominantemente hiperactivo, predominantemente desatento e um tipo combinado. Os doentes devem apresentar pelo menos 6 a 9 sintomas de desatenção (fazer erros por descuido, dificuldade em prestar atenção, dificuldade em se concentrar na comunicação verbal, dificuldade em terminar projectos, dificuldade em organizar, evitar ou adiar o início de projectos difíceis, perder objectos, distrair-se facilmente, esquecer compromissos) ou pelo menos 6 a 9 sintomas hiperactivos/impulsivos (irrequieto, agitado; dificuldade em permanecer sentado; mover as mãos ou os pés; dificuldade em relaxar; excessivamente activo; fala demasiado; termina as frases das outras pessoas; dificuldade em esperar a sua vez; interrompe os outros). O médico deve então determinar se os sintomas causam uma incapacidade significativa em pelo menos duas áreas da vida do indivíduo, seja na escola ou no emprego, em casa ou socialmente. Um ponto essencial a salientar é que, se não existir incapacidade, não existe diagnóstico. Os sintomas devem causar incapacidades que são persistentes. Os sintomas devem igualmente ter estado presentes desde a infância, pelo que é importante determinar se, retrospectivamente, o início dos sintomas ocorreu realmente durante a infância e verificar que os problemas não começaram na idade adulta. Finalmente, nenhum outro diagnóstico, como a esquizofrenia ou outra doença médica ou psiquiátrica, pode ser responsável pelos sintomas de perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade.

A investigação demonstrou que o diagnóstico de uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade baseado em auto-relatos retrospectivos de adultos constitui um método válido para diagnosticar a doença. Existem diversos testes de rastreio para ajudar a identificar os indivíduos em risco; por exemplo, o *Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist* (disponível em <http://www.med.nyu.edu/psych/psychiatrist/adhd.html>). A *ADHD Rating Scale (Guilford Press)* e a *Conners Adult ADHD Diagnostic Interview (Multi-Health Systems)* incorporam os critérios do DSM-IV para a perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade e são métodos altamente válidos e fiáveis. No entanto, deve ser realizada uma entrevista clínica para corroborar os achados e para excluir outro diagnóstico, como uma esquizofrenia, uma perturbação bipolar ou uma depressão, como causa principal dos sintomas. Muitos médicos dos cuidados primários de saúde que tratam adultos com uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade não se sentem confortáveis na realização do diagnóstico e referenciam os doentes para um psiquiatra ou um psicólogo que tenha experiência nesta área para uma avaliação diagnóstica.

Uma etiologia orgânica

Os estudos demonstraram que existe uma etiologia genética para a perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade. A hereditariedade da doença, de aproximadamente 70%, é das mais elevadas para as doenças psiquiátricas.⁷ As taxas de concordância para os gémeos idênticos são mais elevadas do que para os gémeos não idênticos, sendo de 79% contra 32%, respectivamente. Os pais de crianças com uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade têm uma probabilidade de 15% de terem a mesma perturbação, enquanto os filhos de adultos com uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade têm uma probabilidade de 55% de preencherem os critérios para esta doença.⁸ Existe actualmente evidência para o envolvimento de diversos genes na etiologia da perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade: o gene dos receptores

D2 da dopamina (*DRD2*), o gene da dopamina-beta-hidroxilase, o gene do transportador da dopamina, o *SNAP-25*, o gene dos receptores D4 da dopamina (*DRD4*) e outros.⁹ Em comparação com os controlos, as crianças previamente não medicadas com perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade têm volumes cerebrais totais e volumes cerebelosos significativamente mais baixos. É agora claro que as influências genéticas e/ou ambientais precoces sobre o desenvolvimento cerebral na perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade são estáticas (isto é, não progressivas) e não relacionadas com um tratamento estimulante.¹⁰

Comorbilidades

Até 70% das crianças e adultos com uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade têm uma situação de comorbilidade psiquiátrica ou cognitiva durante a vida.¹¹ As situações de comorbilidade incluem problemas como incapacidades de aprendizagem e défices funcionais, assim como uma perturbação desafiadora de oposição, uma perturbação da conduta, uma perturbação depressiva major, uma perturbação bipolar, uma perturbação de ansiedade generalizada, perturbações de tiques, tabagismo e toxicod dependência. Deste modo, os médicos de família que avaliam um adulto com uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade necessitam de ter em consideração estas possibilidades como parte da avaliação diagnóstica. Alguns adultos com uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade têm uma história clara: um grande número de sintomas, um impacto grave, um início precoce, persistência e ausência de diagnósticos de situações de comorbilidade. Outros doentes apresentam-se com uma história complicada e diagnósticos possíveis de uma perturbação afectiva, de perturbações ansiosas ou de toxicod dependência, juntamente com sintomas de uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade.

A diferenciação das situações de comorbilidade da perturbação de deficiência da atenção/hiper-

O diagnóstico de uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade baseado em auto-relatos retrospectivos de adultos constitui um método válido para diagnosticar a doença.

ractividade é dificultada pelo facto de muitas situações de comorbilidade terem sintomas semelhantes aos da perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade. A presença de uma história durante toda a vida constitui uma peça de informa-

ção essencial neste dilema diagnóstico. A perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade tem início numa fase precoce da vida e persiste, enquanto muitas das situações de comorbilidade flutuam ao longo do tempo. A perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade é mais frequentemente o diagnóstico principal em casos em que existe uma situação de comorbilidade pelo facto de surgir mais precocemente na vida. A perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade é uma perturbação com um início muito precoce, tendendo a emergir durante os anos da instrução primária, entre os 5 e os 10 anos. Algumas situações de comorbilidade também tendem a emergir durante a infância, mas ocorrem mais tardiamente do que a perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade. A idade média de início da ansiedade e das perturbações afectivas situa-se próximo dos 12 anos. A investigação demonstrou igualmente que os doentes que se apresentam principalmente com uma perturbação psiquiátrica para além da perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade podem ter igualmente esta última doença. Foi demonstrado que aproximadamente um quarto dos doentes adultos que se apresentam com toxicod dependência, depressão ou com uma perturbação ansiosa podem ter um diagnóstico de perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade.¹²

Tratamento

Depois de ser efectuado o diagnóstico de perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade, o médico dos cuidados primários de saúde deve decidir uma estratégia de abordagem. Idealmente, esta consiste na educação sobre a perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade, no aconselhamento sobre aptidões organizacionais

e na farmacoterapia. A educação envolve explicar que a perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade é principalmente uma doença hereditária e não é devida a problemas familiares ou práticas parentais. Descrevemos brevemente a investigação que revela alterações na bioquímica cerebral, na neuroanatomia e em alelos genéticos. A perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade não tem relação com a inteligência e é amplamente distribuída na população, sem relação com a raça, com a etnia ou com a situação socioeconómica. Explicamos aos nossos doentes que outras incapacidades ligeiras interferem frequentemente com a produtividade em contextos académicos, profissionais e sociais. Por exemplo, muitas pessoas nasceram com uma deficiência na acuidade visual e requerem óculos para ler e funcionar em sociedade. Outros têm doenças físicas, tais como a diabetes mellitus, que requerem uma terapêutica médica continuada. A perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade é análoga e tentamos eliminar a estigmatização associada à doença através da sua comparação com outros problemas médicos. Finalmente, recomendamos a leitura de materiais e a consulta de sítios na Internet (tais como www.chadd.org e www.add.org) para ajudar os doentes a compreenderem melhor o problema.

Para a maior parte dos doentes, a chave para controlar a perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade é a farmacoterapia. Actualmente, os estimulantes encontram-se entre os medicamentos psicotrópicos mais eficazes na utilização clínica.¹³ Os seus efeitos sobre o comportamento disruptivo foram descobertos em 1937, quando estes medicamentos demonstraram aumentar a aderência, melhorar o desempenho académico e reduzir a actividade motora nas crianças hiperactivas. Os estudos sobre os benefícios a curto prazo dos estimulantes sobre os sintomas de perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade constituem o maior conjunto de literatura sobre o tratamento em qualquer doença psiquiátrica com

O metilfenidato e a anfetamina são os estimulantes mais frequentemente utilizados e são altamente eficazes de uma forma dose-dependente nos adultos com uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade.

início na infância. Embora os dados nos adultos sejam menos extensos do que nas crianças, foram realizados diversos ensaios clínicos nos adultos durante a última década.¹⁴ O tratamento estimulante nos adultos com uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade proporcionaram evidência de uma melhoria rápida na funcionalidade e na qualidade de vida.

O metilfenidato e a anfetamina são os estimulantes mais frequentemente utilizados e são altamente eficazes de uma forma dose-dependente nos adultos com uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade. Os estimulantes têm um início de acção imediato e o seu efeito pode durar 3 a 12 horas, dependendo da formulação do agente (Quadro 1). Os efeitos adversos mais comuns dos estimulantes são a irritabilidade, as insónias, as cefaleias e aumentos ligeiros da frequência cardíaca e da pressão arterial. Por esta razão, devem monitorizar-se regularmente a frequência cardíaca e a pressão arterial. As contra-indicações para os estimulantes incluem a doença coronária, a cardiomiopatia, as arritmias, a perturbação bipolar, o glaucoma, a hipertensão, as perturbações de tiques, as convulsões e a toxicodependência activa. Os efeitos secundários comuns incluem as cefaleias, as insónias, a diminuição do apetite, a xerostomia, a sensação de sudação, a irrequietude ou a “intoxicação”, os efeitos *rebound* e a elevação da pressão arterial. Os efeitos secundários raros incluem os tiques, a psicose e as convulsões. Ao prescrever a medicação, tente evitar todos os efeitos secundários e seja cuidadoso relativamente à utilização concomitante de outros estimulantes, tais como a cafeína. Tente determinar a posologia óptima para cada indivíduo para se assegurar de que ele alcança o máximo benefício terapêutico com um mínimo de efeitos secundários. Uma abordagem simples para o ajuste da dose dos estimulantes consiste em começar com uma posologia muito pequena e, em seguida, aumentá-la com intervalos de 3 a 5 dias até ocorrer um efeito máximo ou os efeitos

QUADRO 1

Medicamentos para a perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade

	Doses disponíveis (mg)	Duração da acção (h)	Mg por dose/doses por dia
Metilfenidato	5, 10, 20	3-4	5-30/2-4
D-metilfenidato	2.5, 5, 10	3-4	2.5-15/2-4
Metilfenidato (libertação sustida)	20	4-6	20-60/1-2
Metilfenidato, cápsulas	20, 30, 40	6-8	20-80/1-2
Metilfenidato, cápsulas	20, 30, 40, 60	6-8	18-108/1
Metilfenidato, cápsulas	18, 27, 36, 54	8-12	5-30/1
D-metilfenidato, cápsulas	5, 10, 20	8-12	10-30/1
Metilfenidato, adesivo	10, 15, 20, 30	12	5-20/2-4
D-anfetamina, comprimidos	5, 10	3-4	5-30/1-2
D-anfetamina	5, 10, 15	6-8	5-30/1-2
D,L-anfetamina	5, 7.5, 10, 12.5, 15, 20, 25, 30	4-6	5-30/1-3
D,L-anfetamina, cápsulas	5, 10, 15, 20, 25, 30	8-12	10-60/1
Atomoxetina	10, 18, 25, 40, 60	≤24	18-120/1*

Nota: As formas posológicas são comprimidos, a menos que especificado em contrário. Algumas das doses indicadas são mais elevadas do que as das orientações da FDA e, deste modo, devem constituir uma utilização não aprovada.

*Com base no peso, utilizando doses de 0,8-1,2 mg/dia.

secundários contra-indicarem uma posologia mais elevada. A tolerância desenvolve-se raramente com a utilização clínica destes agentes.

Recentemente, foi devotada grande atenção ao potencial para efeitos secundários cardíacos graves da terapêutica estimulante. Em 2005, a D,L-anfetamina foi retirada do mercado no Canadá durante vários meses.

A FDA convocou um painel para examinar a questão dos estimulantes e da segurança cardiovascular. A morte súbita cardíaca nas crianças ocorreu em aproximadamente 0,2 a 0,4 crianças e adolescentes por 100.000 doentes-anos.¹⁵ A maior parte destas crianças tinham doenças cardíacas congénitas subjacentes, tais como uma cardiomiopatia hipertrófica. Uma vez que a prevalência de base da morte súbita cardíaca nas crianças é, na realidade, mais elevada do que a observada nas crianças medicadas com estimulantes (1,5-8,3 por 100.000 doentes-anos), parece haver um

risco muito pequeno de que os estimulantes sejam um factor principal nestas mortes.¹⁶ No entanto, é claro que os estimulantes não devem ser prescritos aos doentes com doenças cardíacas graves subjacentes. Deste modo, é imperativo proceder a um rastreio cuidadoso para identificar uma história familiar de enfartes do miocárdio precoces, arritmias graves, deficiências cardíacas congénitas (especialmente uma cardiomiopatia hipertrófica) e morte súbita cardíaca. O médico dos cuidados primários de saúde deve igualmente inquirir a respeito de uma história pessoal de doença cardíaca, hipertensão, sopros cardíacos, palpitações e arritmias, síncope, tonturas com o esforço, desconforto precordial e dispneia. Deve ser realizado um ECG e uma investigação cardíaca em qualquer doente com uma história clínica ou com achados no exame objectivo sugestivos de risco de doença cardíaca. Esta avaliação é essencial e constitui uma das razões pela qual os médicos dos

cuidados primários se encontram numa posição excelente para se tornarem os médicos principais para os doentes adultos com uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade.

É essencial uma posologia equipotente no tratamento dos adultos com estimulantes. Os mesmos medicamentos que são eficazes nas crianças são eficazes nos adultos se forem utilizados em posologias que sejam equipotentes em relação às posologias pediátricas. Para alcançar um efeito clínico óptimo, a posologia deve igualmente cobrir a totalidade do período de tempo em que o doente está activo. Em particular na população adulta, a perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade é mais do que um problema baseado na escola; ela afecta todos os domínios funcionais (vida familiar, desempenho académico, produtividade profissional). Isto requer estimulantes de acção longa ou múltiplas doses diárias para tratar eficazmente o problema. A comodidade da administração pode constituir um factor importante para os adultos com perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade, uma vez que as suas aptidões organizacionais inadequadas podem resultar numa falta de aderência ao tratamento.

Os adolescentes e os adultos têm utilizado, nos últimos anos, estimulantes prescritos pelo médico para melhorar o desempenho profissional ou escolar ou para alcançar estados de euforia. Os médicos necessitam de ter consciência disto e devem estar atentos a potenciais abusos. Nós aconselhamos os nossos doentes a terem cuidado e a evitarem permitir que outras pessoas usem os seus medicamentos. No entanto, a existência de um abuso relativamente pouco significativo não deve dissuadir os médicos de proporcionarem medicamentos muito eficazes aos doentes que podem beneficiar com eles.

A atomoxetina é um tratamento alternativo para os doentes nos quais os tiques, a ansiedade ou a toxicod dependência constituem motivo de preocupação. Pode ter um efeito ligeiramente mais pequeno do que os estimulantes mas pode ser útil quando os medicamentos estimulantes não foram eficazes ou não são tolerados. Os efeitos adversos comuns incluem desconforto gastrointestinal,

aumentos ligeiros da frequência cardíaca e da pressão arterial e disfunção sexual nos homens. Foram igualmente descritos casos raros de doença hepática. Uma vantagem da atomoxetina é a sua posologia com uma administração diária e uma cobertura prolongada durante o dia. Este medicamento deve ser tomado todos os dias para manter níveis sanguíneos adequados e os efeitos completos podem só ser observados ao fim de 4 a 8 semanas. A atitude recomendada consiste em começar com posologias baixas e aumentar para as doses alvo de 0,8 a 1,2 mg/kg/dia. Outros medicamentos que estão a ser utilizados para o tratamento da perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade no adulto incluem a bupropiona* e os antidepressivos tricíclicos.*

Aconselhamento e treino

O aconselhamento e o treino constituem modalidades adjuvantes de terapêutica que podem desempenhar um papel essencial nos adultos com uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade. Muitos indivíduos beneficiam com o aconselhamento, com um foco no indivíduo, no casamento, na toxicod dependência, nas realizações pedagógicas ou nas estratégias organizacionais. Os terapeutas que têm experiência com doentes com uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade podem constituir um trunfo valioso no desenvolvimento de uma estratégia de abordagem coordenada. O treino tem sido utilizado com uma frequência crescente como uma alternativa de custo mais baixo para ajudar os adultos com uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade a cumprirem as tarefas e a alcançarem os seus objectivos. Finalmente, devem ser aplicadas adaptações académicas ou profissionais, tais como as proporcionadas no *Americans with Disabilities Act* para ajudar os indivíduos com uma perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade a serem bem-sucedidos ao nível das suas aptidões. □

Este artigo foi uma contribuição dos Drs. Khurana e Schubiner e foi editado por Peter D'Epiro, PhD.

*Não aprovados pela FDA para esta indicação.

Os Drs. Khurana e Schubiner declaram que não apresentam nenhum tipo de envolvimento financeiro com nenhum dos fabricantes nesta área da medicina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Murphy K, Barkley R. Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: implications for clinical diagnosis. *J Atten Disord.* 1996;1:147-161.
2. Heiligenstein E, Conyers LM, Berns AR, et al. Preliminary normative data on DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in college students. *J Am Coll Health.* 1998;46:185-188.
3. Faraone SV, Spencer TJ, Montano CB, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: a survey of current practice in psychiatry and primary care. *Arch Intern Med.* 2004;164:1221-1226.
4. Hechtman L. Assessment and diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2000;9:481-498.
5. Biederman J, Faraone S, Milberger S, et al. Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35:343-351.
6. Barkley RA. Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry.* 2002;63(suppl 12):10-5.
7. Hudziak J, Heath A, Madden P, et al. Latent class and factor analysis of DSM-IV ADHD: a twin study of female adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37:848-857.
8. Faraone SV. Genetics of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2004;27:303-321.
9. Faraone SV. Report from the third international meeting of the Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Molecular Genetics Network. *Am J Med Genet.* 2002;114:272-276.
10. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, et al. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA.* 2002;288:1740-1748.
11. Waxmonsky J. Assessment and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in children with comorbid psychiatric illness. *Curr Opin Pediatr.* 2003;15:476-482.
12. Willens TE, Faraone SV, Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *JAMA.* 2004;292:619-623.
13. Faraone SV, Spencer T, Aleardi M, et al. Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2004;24:24-29.
14. Biederman J, Spencer TJ. Psychopharmacology of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Primary Psych.* 2004;11:57-62.
15. US Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research. Public health advisory for Adderall and Adderall XR. February 9, 2005. Available at: <http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/adderall.htm>. Accessed January 3, 2007.
16. Berger S, Utech L, Hazinski MF. Sudden death in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am.* 2004;51:1653-1677, ix-x.