ReGeo ISSN: 2177-3246

TDAH EM ADULTOS: SUBDIAGNÓSTICO, USO DE PSICOESTIMULANTES E DESAFIOS DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

ADULT ADHD: UNDERDIAGNOSIS, PSYCHOSTIMULANT USE, AND CHALLENGES IN PHARMACOLOGICAL TREATMENT

TDAH EN ADULTOS: INFRADIAGNÓSTICO, USO DE PSICOESTIMULANTES Y DESAFÍOS DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

https://doi.org/10.56238/revgeov17n11-020

Data de submissão: 04/10/2026 **Data de publicação:** 04/11/2026

Eberson da Silva Rodrigues do Nascimento
Doutor em Psiquiatria
Instituição: Universidade Federal de Goiás (UFG)
E-mail: drebersonnascimento@gmail.com

Diego Faria Querido
Graduado em Medicina
Instituição: Humanitas Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos
E-mail: querido_df@hotmail.com

Leonardo Colognese dos Santos
Graduado em Medicina
Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
E-mail: colognese.leonardo@gmail.com

Luís Augusto Pereira da Silva
Graduado em Medicina
Instituição: Afya Porto Nacional
E-mail: luis.augusto47@outlook.com

Márcio José de Carvalho Lima
Graduado em Medicina
Instituição: Universidade de Pernambuco (UPE)
E-mail: marcio.j.c.lima@gmail.com

João Matheus de Oliveira Santos
Graduado em Medicina
Instituição: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)
E-mail: jmos022003@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0001-5639-2045

Adriana da Silva Matta Oliveira
Graduada em Medicina
Instituição: Universidade Anhembi Morumbi – Campus Mooca
E-mail: draadrianaoliveira@draadrianaoliveira.com.br

Israel Mardey Sousa Santos
Graduado em Medicina
Instituição: Universidad Central del Paraguay (UCP)
E-mail: israelmardey@hotmail.com

Ana Paula Antonelli de Lima
Médica com revalidação do diploma pela Universidade Federal do Paraná (UFPR)
Instituição: Universidade de Pernambuco (UPE)
E-mail: anapaulaantonellidelima@gmail.com

Flávia Karolini Jácome Quirino de Oliveira
Graduada em Medicina
Instituição: Universidade Potiguar (UnP)
E-mail: flaviakarolini@gmail.com

Letícia Piovesan Lemos
Graduada em Medicina
Instituição: Universidade Nove de Julho (UNINOVE)
E-mail: leticia.piovesanlemos@gmail.com

Samara Tereza Eugenio Galli
Graduada em Medicina
Instituição: Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)
E-mail: samarateregagalli@gmail.com

Glenda Lis Leite Carvalho Salvione
Médica com diploma revalidado pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)
Instituição: Universidade de Buenos Aires (UBA)
E-mail: glenda.lis.leite@hotmail.com

Rafaela Kuhn de Freitas
Graduada em Medicina
Instituição: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)
E-mail: rafaelakuhn91@gmail.com

Adalberto Metello Brandão
Graduado em Medicina
Instituição: Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG)
E-mail: metello10@outlook.com

Júlia Warmling Dudy
Graduada em Medicina
Instituição: Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE)
E-mail: juliadudy@gmail.com

Valentina Marques Araujo dos Santos
Graduada em Medicina
Instituição: Afya Centro Universitário de Pato Branco
E-mail: valentina.marques99@gmail.com

ReGeo
ISSN: 2177-3246

Járison Lopes da Silva
Médico, residente em Clínica Médica pela Universidade Federal do Cariri (UFCA)
Instituição: Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
E-mail: jarison.lopes2016@gmail.com

Paulo Marcelo Sá Palácio Câmara
Médico, residente em Clínica Médica pela Universidade Federal do Cariri (UFCA)
Instituição: Centro Universitário Christus (Unichristus)
E-mail: paulomarcelocamara@hotmail.com

Luiz Felipe Yuiti Aihara
Graduado em Medicina
Instituição: Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)
E-mail: luizfelipemed@icloud.com

Tamyres Souza Barros
Graduada em Medicina
E-mail: tamy_barros@hotmail.com

RESUMO
Objetivo: analisar criticamente as barreiras ao reconhecimento do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos, as evidências sobre psicoestimulantes e os desafios da individualização farmacológica. Métodos: revisão narrativa crítica, fundamentada em consulta documental realizada em 24 de outubro de 2026 a registros bibliográficos públicos e páginas de periódicos, com seleção intencional de 12 publicações verificáveis (2018–2026). Foram estruturadas estratégias reprodutíveis para PubMed/MEDLINE, Scopus e LILACS/BVS, sem atribuir contagens não auditadas de rastreamento ou exclusão. Resultados: a prevalência global estimada de TDAH persistente em adultos foi de 2,58%, embora frequência de sintomas e proporção de pessoas diagnosticadas não sejam equivalentes. Apresentações predominantemente desatentas, comorbidades, diferenças de gênero e barreiras assistenciais contribuem para atrasos diagnósticos. Metanálises sustentam benefício de curto prazo dos psicoestimulantes e da atomoxetina na redução de sintomas; os desfechos funcionais duradouros permanecem menos esclarecidos. Evidências de segurança indicam monitoramento cardiovascular e avaliação de efeitos adversos, adesão e risco de uso indevido. Conclusão: o cuidado efetivo depende de diagnóstico clínico qualificado, decisão compartilhada e seguimento longitudinal, evitando tanto a subprescrição decorrente do estigma quanto a medicalização sem avaliação adequada.

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção/hiperatividade. Adultos. Diagnóstico Tardio. Psicoestimulantes. Tratamento Farmacológico.

ABSTRACT
Objective: to critically examine barriers to recognizing adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), evidence concerning psychostimulants, and challenges in individualized pharmacotherapy. Methods: a critical narrative review based on documentary consultation of public bibliographic records and journal websites on October 24, 2026, with a purposive selection of 12 verifiable publications (2018–2026). Reproducible strategies were specified for PubMed/MEDLINE, Scopus, and LILACS/BVS, without reporting unaudited screening or exclusion counts. Results: the estimated global prevalence of persistent ADHD in adults was 2.58%, although symptom prevalence should not

be confused with diagnostic coverage. Predominantly inattentive presentations, comorbidities, gender-related recognition biases, and barriers to care contribute to delayed diagnosis. Meta-analyses support short-term symptom reduction with stimulants and atomoxetine, while evidence regarding sustained functional outcomes remains less established. Safety data underline the need to monitor cardiovascular parameters, adverse effects, adherence, and misuse risks. Conclusion: effective care requires rigorous clinical assessment, shared treatment decisions, and long-term follow-up, avoiding both stigma-related undertreatment and pharmacological treatment without adequate diagnostic evaluation.

Keywords: Attention-deficit/hyperactivity Disorder. Adults. Delayed Diagnosis. Psychostimulants. Drug Therapy.

RESUMEN

Objetivo: analizar críticamente las barreras al reconocimiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adultos, la evidencia sobre psicoestimulantes y los desafíos de la farmacoterapia individualizada. Métodos: revisión narrativa crítica basada en una consulta documental de registros bibliográficos públicos y páginas editoriales realizada el 24 de octubre de 2026, con selección intencional de 12 publicaciones verificables (2018–2026). Se establecieron estrategias reproducibles para PubMed/MEDLINE, Scopus y LILACS/BVS, sin presentar cifras de cribado o exclusiones no auditadas. Resultados: la prevalencia mundial estimada del TDAH persistente en adultos fue del 2,58%, sin que la presencia de síntomas equivalga a cobertura diagnóstica. Las presentaciones predominantemente inatentas, comorbilidades, sesgos de reconocimiento según género y obstáculos asistenciales contribuyen al diagnóstico tardío. Los metaanálisis respaldan beneficios sintomáticos a corto plazo de estimulantes y atomoxetina, mientras que los efectos funcionales sostenidos son menos concluyentes. La seguridad exige seguimiento cardiovascular, vigilancia de efectos adversos, adherencia y posibles usos indebidos. Conclusión: el abordaje requiere evaluación clínica rigurosa, decisiones compartidas y seguimiento prolongado.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Adultos. Diagnóstico Tardío. Psicoestimulantes. Tratamiento Farmacológico.

1 INTRODUÇÃO

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é uma condição do neurodesenvolvimento que pode persistir na vida adulta e comprometer a organização do cotidiano, o desempenho ocupacional e acadêmico e os relacionamentos interpessoais. A apresentação clínica pode diferir daquela habitualmente associada à infância: inquietação subjetiva, desorganização, procrastinação e dificuldades de autorregulação podem predominar sobre manifestações motoras evidentes. A literatura também aponta que concepções estigmatizantes e a persistência da ideia de que o TDAH seria restrito a crianças dificultam o reconhecimento e o acesso ao cuidado (FARAONE *et al.*, 2021; MUNIZ, 2026).

Em metanálise global, Song *et al.* (2021) estimaram prevalência de 2,58% para TDAH persistente desde a infância e de 6,76% para TDAH sintomático em adultos, aplicando definições distintas. Esses valores não representam, por si, a proporção de pacientes sem diagnóstico, pois prevalência, rastreio positivo e confirmação clínica são conceitos diferentes. O subdiagnóstico precisa ser compreendido mediante o estudo dos percursos assistenciais e das dificuldades de identificação de sintomas com prejuízo funcional, e não inferido diretamente da diferença entre pesquisas epidemiológicas e registros administrativos.

Em mulheres, estratégias compensatórias, apresentações desatentas e sintomas internalizantes podem contribuir para trajetórias de reconhecimento tardio; entretanto, não constituem critérios diagnósticos isolados. Em estudo de consenso, Young *et al.* (2020) discutiram vieses de encaminhamento e diferenças de apresentação; revisão sistemática publicada em 2026 identificou experiências recorrentes de demora, estigma e obstáculos estruturais até o diagnóstico, com heterogeneidade entre sistemas de saúde (MCGILL; JARDIM-LALOR; O'CONNOR, 2026). A avaliação diferencial exige atenção a transtornos de ansiedade e humor, distúrbios do sono, uso de substâncias e outras condições capazes de produzir queixas semelhantes.

O tratamento farmacológico representa uma das intervenções mais estudadas para redução de sintomas centrais do TDAH. Psicoestimulantes, como metilfenidato e formulações anfetamínicas, apresentam eficácia de curto prazo em ensaios clínicos, mas as decisões terapêuticas precisam considerar tolerabilidade, segurança cardiovascular, persistência do benefício, comorbidades e risco de uso indevido (CORTESE *et al.*, 2018; OSTINELLI *et al.*, 2025). A disponibilidade de múltiplas formulações não elimina lacunas no diagnóstico nem autoriza prescrição baseada exclusivamente em escalas de rastreamento.

O diferencial da presente revisão é integrar a trajetória que se inicia na identificação insuficiente do TDAH em adultos e prossegue pela indicação, escolha, monitoramento e continuidade da

farmacoterapia. Seu objetivo foi analisar criticamente os fatores associados ao subdiagnóstico, sintetizar a efetividade e a segurança dos psicoestimulantes e discutir estratégias de cuidado centradas na pessoa, distinguindo resultados experimentais, associações observacionais e recomendações clínicas.

2 METODOLOGIA

Realizou-se revisão narrativa crítica com busca documental estruturada, síntese qualitativa e apreciação das limitações de cada desenho. A pergunta norteadora foi: em adultos com TDAH, quais barreiras estão relacionadas ao reconhecimento diagnóstico e quais são os benefícios, riscos e desafios do uso de psicoestimulantes no cuidado farmacológico? O enquadramento conceitual compreendeu população de adultos (idade igual ou superior a 18 anos), fenômenos de interesse (reconhecimento, diagnóstico tardio ou subdiagnóstico, prescrição e acompanhamento farmacológico), comparações disponíveis (placebo, tratamentos alternativos ou ausência de exposição) e desfechos clínicos (sintomas, segurança, funcionalidade, adesão e acesso).

Em 24 de outubro de 2026, foi realizada consulta dirigida a registros bibliográficos públicos indexados, sobretudo PubMed, e a páginas editoriais de publicações identificadas, com conferência de título, autoria, ano, desenho, resultados principais e DOI. Para tornar a estratégia reprodutível, foram elaboradas expressões adaptadas ao PubMed/MEDLINE, Scopus e LILACS/BVS, apresentadas no Quadro 1. Não foi feita exportação integral e deduplicação auditável dos resultados das três bases: portanto, as expressões para Scopus e LILACS/BVS são estratégias reprodutíveis propostas, e não se apresentam números supostamente executados nessas plataformas.

Foram priorizadas publicações de 2018 a 24 de outubro de 2026, em inglês, português e espanhol, com ênfase em adultos, estudos com texto bibliográfico identificável e evidência pertinente a pelo menos um dos eixos da pergunta. A seleção documental incluiu revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais populacionais e consensos de relevância clínica. Foram excluídos do núcleo interpretativo textos sem dados ou argumentos pertinentes a adultos, conteúdos sem fonte identificável e relatos sem informações suficientes para interpretação. Diretrizes internacionais foram empregadas como suporte assistencial, não como prova experimental. A seleção de 12 publicações centrais foi intencional, baseada na pertinência e na possibilidade de verificar as referências, e não deve ser confundida com amostra resultante de triagem sistemática completa.

Quadro 1. Fontes de informação e estratégias de busca reprodutíveis

Fonte	Estratégia estruturada e status
PubMed/MEDLINE	(("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH Terms] OR ADHD[Title/Abstract] OR "adult ADHD"[Title/Abstract]) AND (adult*[Title/Abstract] OR "Adult"[MeSH Terms])) AND ((underdiagnos*[Title/Abstract] OR "delayed diagnosis"[Title/Abstract] OR recognition[Title/Abstract]) OR (stimulant*[Title/Abstract] OR methylphenidate[Title/Abstract] OR lisdexamfetamine[Title/Abstract] OR pharmacotherap*[Title/Abstract] OR safety[Title/Abstract])) AND ("2018/01/01"[Date - Publication] : "2026/10/24"[Date - Publication]). Consulta documental dirigida a registros públicos; sem contagem global auditada.
Scopus	TITLE-ABS-KEY((ADHD OR "attention deficit hyperactivity disorder") AND adult* AND (underdiagnos* OR "delayed diagnosis" OR recognition OR stimulant* OR methylphenidate OR lisdexamfetamine OR pharmacotherap* OR safety)) AND PUBYEAR > 2017 AND PUBYEAR < 2027. Expressão proposta para reprodução; resultados totais não verificados.
LILACS/BVS	(tw:("transtorno de déficit de atenção" OR TDAH OR ADHD)) AND (tw:(adulto* OR adult*)) AND (tw:(subdiagnóstico OR "diagnóstico tardio" OR psicoestimulantes OR metilfenidato OR lisdexanfetamina OR tratamento farmacológico)). Expressão proposta; sem exportação e contagem verificada.
Rastreamento documental	Conferência de registros de artigos nas páginas PubMed e editoriais, comparação de dados apresentados nos resumos, consulta de recomendações NICE NG87; seleção crítica intencional, sem fluxograma PRISMA.

Data da consulta documental: 24/10/2026. As expressões funcionam como roteiro reproduzível; não se afirma execução e recuperação exaustiva dos resultados em Scopus e LILACS/BVS.
Fonte: elaboração própria (2026).

A extração descritiva considerou população, método, comparador quando aplicável, principal achado e limites de inferência. Foram separados: (i) frequência e obstáculos ao diagnóstico; (ii) eficácia sintomática e aceitabilidade de fármacos; (iii) eventos adversos e associações cardiovasculares; e (iv) adesão, comorbidade e organização do seguimento. Não foi realizada metanálise própria, avaliação independente formal de risco de viés, GRADE ou registro de protocolo. Consequentemente, não se utiliza classificação de certeza alta, moderada ou baixa atribuída por esta revisão, e não se reivindica revisão sistemática ou PRISMA.

3 RESULTADOS E SÍNTESE DAS EVIDÊNCIAS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONJUNTO DOCUMENTAL

Foram selecionadas para análise crítica 12 publicações centrais, todas identificáveis por DOI: uma metanálise epidemiológica, duas publicações voltadas diretamente ao reconhecimento diagnóstico, três sínteses comparativas de efetividade ou segurança, duas investigações observacionais populacionais, uma metanálise de eventos adversos e três consensos ou revisões de referência. As categorias de desenho se sobrepõem parcialmente, pois um consenso pode incorporar múltiplas metanálises e uma revisão pode discutir outros estudos selecionados. O conjunto não representa 12 ensaios independentes, e suas populações não devem ser somadas. A diretriz NICE NG87 foi utilizada adicionalmente para contextualização assistencial, sem integrar a contagem de 12 publicações.

Quadro 2. Doze publicações centrais verificadas e sua contribuição para a revisão

Publicação e desenho	Achado pertinente	Limite para interpretação
Cortese et al. (2018) – metanálise em rede de ECRs	Medicamentos, especialmente anfetaminas, reduziram sintomas de TDAH em adultos no curto prazo; diferenças de tolerabilidade.	Comparação majoritariamente de curto prazo; não demonstra superioridade funcional individual ou segurança prolongada.
Young et al. (2020) – consenso de especialistas	Aponta vieses de reconhecimento e encaminhamento de mulheres e meninas com TDAH.	Consenso de especialistas; não quantifica, por si, incidência populacional de subdiagnóstico.
Song et al. (2021) – revisão sistemática/metanálise	Prevalência global estimada de 2,58% (TDAH persistente) e 6,76% (TDAH sintomático) em adultos.	Definições distintas, heterogeneidade; prevalência não equivale à taxa de pessoas não diagnosticadas.
Faraone et al. (2021) – consenso internacional	Reúne 208 conclusões baseadas em evidências; ressalta prejuízos associados a mitos e estigma.	Síntese ampla, não é investigação direta da efetividade de um protocolo diagnóstico local.
Young et al. (2023) – consenso TDAH e uso de substâncias	Propõe rastreamento, diagnóstico especializado e tratamento integrado em comorbidade com transtorno por uso de substâncias.	Recomendações de consenso; risco de uso indevido varia conforme perfil e contexto.
Zhang et al. (2024) – caso-controle aninhado	Exposição cumulativa mais longa a fármacos para TDAH associou-se a maior risco de doença cardiovascular, especialmente hipertensão.	Associação observacional; não comprova causalidade, inclui diferentes medicamentos e idades.
Li et al. (2024) – emulação observacional de ensaio-alvo	Início de farmacoterapia foi associado a menor mortalidade por todas as causas (HR 0,79) e causas não naturais (HR 0,75).	Desfechos observacionais não provam efeito causal; população inclui diferentes faixas etárias.
Ostinelli et al. (2025) – metanálise em rede, adultos	Em 113 ECRs com 14.887 participantes, estimulantes e atomoxetina mostraram benefício sintomático de curto prazo.	Qualidade de vida e resultados duradouros menos esclarecidos; atomoxetina teve menor aceitabilidade.
Farhat et al. (2025) – metanálise em rede	Avaliou alterações hemodinâmicas e eletrocardiográficas associadas a tratamentos para TDAH.	Parâmetros substitutos não equivalem à incidência de eventos cardiovasculares maiores.
Oliva et al. (2025) – metanálise de 93 ECRs	Estimulantes associaram-se a maior frequência de eventos adversos gerais que placebo.	Abrange populações e condições diferentes; interpretação para adultos com TDAH requer contextualização.
McGill et al. (2026) – revisão sistemática qualitativa	Sintetizou 21 estudos sobre diagnóstico em adultos e identificou atrasos, estigma e variações no acesso ao cuidado.	Resultados qualitativos descrevem experiências, não estimam prevalência de subdiagnóstico.
Muniz (2026) – revisão clínica	Discute barreiras assistenciais e papel da atenção primária no TDAH em adultos.	Contexto espanhol; recomendações de organização dos serviços exigem adaptação local.

ECR = ensaio clínico randomizado; HR = hazard ratio. Sínteses secundárias podem abranger estudos comuns e não representam populações independentes.
Fonte: elaboração própria a partir das 12 referências listadas ao final.

3.2 SUBDIAGNÓSTICO, APRESENTAÇÕES CLÍNICAS E BARREIRAS ASSISTENCIAIS

A estimativa populacional de TDAH não deve ser confundida com número de indivíduos que necessitam de psicoestimulantes. Os resultados de Song *et al.* (2021) dependem de critérios de persistência desde a infância, sintomas atuais e faixas etárias. O diagnóstico clínico pressupõe levantamento de sintomas compatíveis com início no desenvolvimento, persistência, ocorrência em diferentes contextos e repercussão funcional significativa, com integração da história longitudinal.

Dados de questionários isolados são úteis no rastreamento, mas não substituem entrevista especializada nem exclusão de explicações alternativas (NICE, 2018).

As apresentações predominantemente desatentas podem ser mascaradas por bom desempenho em situações altamente estruturadas, esforços compensatórios e atribuições inespecíficas de "falta de organização". Em mulheres adultas, reconhecimento tardio pode coexistir com ansiedade, depressão e sobrecarga contextual; não é, contudo, adequado inferir TDAH apenas de dificuldades inespecíficas de atenção ou de diferenças de gênero. Young *et al.* (2020) recomendam sensibilidade clínica a manifestações menos estereotipadas e investigação do prejuízo cumulativo ao longo da vida.

Na síntese qualitativa de McGill, Jardim-Lalor e O'Connor (2026), entrevistas e relatos de experiência evidenciaram obstáculos nas relações com profissionais e sistemas, atrasos até a avaliação e dificuldades na obtenção de suporte após o diagnóstico. Esses achados reforçam a relevância de fluxos claros entre atenção primária e serviços especializados, porém não permitem quantificar a extensão do problema em determinado país. Muniz (2026) descreve insuficiência de capacitação, estigma e fragmentação do acompanhamento como desafios importantes na atenção primária espanhola, com possível aplicabilidade conceitual a outros contextos.

Do ponto de vista clínico, reconhecer o subdiagnóstico não implica minimizar o risco de diagnósticos falso-positivos. A avaliação deve investigar história escolar e ocupacional, informantes quando viáveis, sintomas de transtornos ansiosos ou do humor, sono, uso de substâncias, condições clínicas e repercussão em diferentes ambientes. A distinção entre sofrimento real, rastreamento positivo e confirmação diagnóstica protege pacientes tanto da demora assistencial quanto da medicalização precipitada (NICE, 2018; FARAONE *et al.*, 2021).

3.3 BENEFÍCIOS DOS PSICOESTIMULANTES E LIMITES DOS DESFECHOS

Psicoestimulantes modulam sistemas catecolaminérgicos implicados em funções executivas e controle atencional. Em metanálise de comparações diretas e indiretas, Cortese *et al.* (2018) identificaram eficácia de curto prazo de diferentes medicamentos, com diferenças segundo faixa etária e informante. A análise recomendou considerar anfetaminas como uma opção inicial em adultos segundo o conjunto de ensaios analisado, mas recomendações clínicas nacionais e disponibilidade regulatória podem estabelecer sequências distintas. A diretriz NICE NG87, por exemplo, contempla metilfenidato ou lisdexanfetamina como primeiras opções em adultos elegíveis (NICE, 2018).

A síntese de Ostinelli *et al.* (2025), específica para adultos, reuniu 113 ensaios randomizados e 14.887 participantes e constatou benefício de estimulantes e atomoxetina sobre sintomas centrais em avaliações por clínicos e pelos próprios participantes no curto prazo. Isso não deve ser traduzido

automaticamente em melhora sustentada de qualidade de vida, empregabilidade ou funcionamento global. As medidas de sintoma, aceitabilidade e descontinuação constituem desfechos distintos, e a duração limitada de parte dos ensaios restringe conclusões de longo prazo.

A escolha entre metilfenidato e lisdexanfetamina precisa considerar resposta clínica, duração necessária de cobertura sintomática, efeitos adversos, sono, apetite, comorbidades e preferências. Quando uma alternativa bem titulada não proporciona benefício funcional suficiente, revisão da hipótese diagnóstica, avaliação de adesão e eventual troca de formulação ou princípio ativo devem preceder a intensificação indefinida da dose. A atomoxetina pode ser opção em situações selecionadas, embora apresente perfil temporal de resposta e aceitabilidade distinto dos estimulantes (OSTINELLI *et al.*, 2025; NICE, 2018).

3.4 SEGURANÇA, COMORBIDADES E CONTINUIDADE TERAPÊUTICA

Os efeitos adversos podem incluir redução do apetite, alterações do sono, cefaleia e elevação de frequência cardíaca ou pressão arterial. A metanálise de Oliva *et al.* (2025), que reuniu 93 ensaios randomizados em diferentes populações, observou maior frequência global de eventos adversos com estimulantes em comparação ao placebo. Como o conjunto não se restringiu a adultos com TDAH, a estimativa não deve ser tomada como risco absoluto individual, tampouco todos os eventos têm igual gravidade.

Em metanálise em rede voltada a variáveis cardiovasculares, Farhat *et al.* (2025) avaliaram efeitos hemodinâmicos e parâmetros eletrocardiográficos de diferentes agentes. Essas medidas ajudam a justificar monitoramento, mas não respondem isoladamente à incidência de infarto ou acidente vascular cerebral. Em estudo observacional de larga escala, Zhang *et al.* (2024) encontraram associação entre maior duração acumulada de medicação para TDAH e risco cardiovascular, especialmente hipertensão; a possibilidade de confusão residual e diferenças entre agentes exige cautela antes de inferir causalidade ou recomendar suspensão universal.

Em direção aparentemente distinta, análise sueca de emulação de ensaio-alvo associou início de tratamento farmacológico à redução de mortalidade por todas as causas (HR 0,79) e por causas não naturais (HR 0,75), sem inferência causal definitiva (LI *et al.*, 2024). Não há contradição necessária: mortalidade total, risco de hipertensão e efeitos hemodinâmicos são desfechos diferentes, avaliados por desenhos e períodos distintos. A decisão terapêutica demanda ponderar benefícios e riscos individuais em vez de selecionar isoladamente a associação mais favorável ou desfavorável.

A coexistência de transtornos por uso de substâncias exige avaliação clínica cuidadosa e medidas proporcionais para reduzir desvio, compartilhamento e utilização não prescrita. Não equivale,

por si só, a proibição automática de toda farmacoterapia. Consenso de Young *et al.* (2023) recomenda diagnóstico adequado, abordagem integrada e acompanhamento de ambas as condições. Formulações de ação prolongada, controle de dispensações e revisão regular de objetivos podem ser pertinentes conforme o contexto, sem substituírem intervenções psicossociais e o manejo da comorbidade.

A diretriz NICE recomenda avaliação inicial de história clínica, pressão arterial, pulso, peso e risco cardiovascular; não prevê eletrocardiograma de rotina na ausência de indicação clínica específica. Durante o seguimento, a frequência cardíaca, a pressão arterial, o peso e os efeitos adversos devem ser monitorados conforme orientação, com revisão pelo menos anual da necessidade de continuar o medicamento. A aplicação dessas medidas deve observar a regulamentação profissional e a disponibilidade de serviços no país em que o paciente é acompanhado (NICE, 2018).

Quadro 3. Decisões clínicas e interpretação crítica das evidências

Questão assistencial	**Síntese crítica**	**Implicação prática e lacuna**
Reconhecimento de TDAH em adultos	Consensos e pesquisa qualitativa descrevem atraso diagnóstico, estigma e trajetórias heterogêneas.	Rastrear quando pertinente e confirmar por avaliação clínica; faltam estimativas locais sólidas de subdiagnóstico.
Quadros desatentos e gênero	Evidência convergente de vieses de encaminhamento, especialmente em mulheres; não constitui marcador diagnóstico isolado.	Explorar história do desenvolvimento, sintomas e prejuízo em múltiplos contextos.
Psicoestimulantes para sintomas centrais	Benefício comparativo de curto prazo documentado em metanálises de ECRs.	Individualizar medicamento e titulação; evidência funcional prolongada é mais limitada.
Atomoxetina e alternativas	Eficácia sintomática de curto prazo, com diferenças de aceitabilidade e perfil de ação.	Considerar indicações, tolerância, contraindicações, resposta anterior e diretrizes aplicáveis.
Segurança cardiovascular	Metanálises mostram efeitos sobre sinais vitais; coortes apontam associações de longo prazo.	Avaliação inicial, aferição periódica e atenção a sintomas; observação não equivale a causalidade.
Comorbidade por uso de substâncias	Consensos favorecem manejo integrado; risco de uso indevido depende do caso.	Monitoramento e formulações apropriadas conforme avaliação; não há solução universal.
Adesão e monitoramento	Diretrizes sustentam acompanhamento contínuo, avaliação de benefício, dano e funcionalidade.	Revisão compartilhada das metas; necessidade de estudos pragmáticos e de longo prazo.

Os termos “benefício documentado”, “associação observacional” e “consenso” indicam natureza da evidência, não certificação formal de certeza por GRADE.

Fonte: elaboração própria com base nas publicações sintetizadas e na diretriz NICE NG87. Os termos “benefício documentado”, “associação observacional” e “consenso” indicam natureza da evidência, não certificação formal de certeza por GRADE.

4 DISCUSSÃO

A literatura indica que o principal desafio do TDAH na vida adulta não pode ser reduzido à escolha de um medicamento: trata-se de um percurso clínico atravessado por barreiras de acesso, apresentações heterogêneas e dificuldades no seguimento. O subdiagnóstico é sustentado por relatos e análises de sistemas, mas sua magnitude local permanece indeterminada quando não existem estudos

populacionais que comparem critérios diagnósticos e cobertura assistencial. Assim, números epidemiológicos amplos, como os de Song *et al.* (2021), não autorizam afirmar uma proporção fixa de casos "perdidos" em um serviço ou país.

As discussões recentes também exigem evitar dois extremos. Por um lado, estigmas e pressupostos de que a condição desaparece após a infância favorecem atrasos; por outro, pressões por diagnósticos rápidos ou prescrições baseadas unicamente em questionários podem comprometer a especificidade clínica. A abordagem equilibrada implica investigar história longitudinal e prejuízo funcional, com rastreamento sensível e avaliação diferencial rigorosa, além de encaminhamento oportuno quando a atenção inicial identifica suspeita consistente (FARAONE *et al.*, 2021; MCGILL; JARDIM-LALOR; O'CONNOR, 2026; NICE, 2018).

Os psicoestimulantes permanecem relevantes porque sua eficácia sintomática no curto prazo é sustentada por ensaios randomizados e sínteses quantitativas robustas. Contudo, efeito médio em escalas padronizadas não equivale a resposta uniforme nem a benefício ocupacional prolongado em todas as pessoas. É clinicamente inadequado interpretar a superioridade média de uma classe em metanálise como justificativa para preferi-la automaticamente em indivíduos com ansiedade, insônia, condições cardiovasculares ou dificuldade de adesão. Eficácia, aceitabilidade e segurança devem ser avaliadas de forma integrada (CORTESE *et al.*, 2018; OSTINELLI *et al.*, 2025).

Os dados cardiovasculares ilustram a necessidade de leitura crítica do desenho. Ensaios controlados quantificam com maior rigor alterações iniciais de sinais vitais, porém são frequentemente curtos e limitados para desfechos raros; estudos observacionais ampliam tempo e população, mas podem refletir fatores associados à própria prescrição, comorbidades e acesso ao cuidado. Os achados de Zhang *et al.* (2024), Farhat *et al.* (2025) e Li *et al.* (2024) não devem ser confundidos com respostas idênticas à mesma pergunta causal. As decisões devem incorporar risco basal e monitoramento, sem banalizar efeitos adversos nem supor dano inevitável.

A interface com transtornos por uso de substâncias evidencia uma dificuldade adicional. O medo de desvio e abuso pode produzir restrição excessiva, enquanto a ausência de avaliação específica pode expor a riscos evitáveis. Propostas de cuidado integrado, verificações periódicas e escolha criteriosa de formulações dependem de vínculos assistenciais e estrutura do serviço, não apenas de farmacologia. De modo semelhante, aconselhamento de hábitos, intervenções psicológicas, adaptações no ambiente de trabalho e atenção à rotina podem complementar, mas não substituem automaticamente o tratamento medicamentoso quando clinicamente indicado (YOUNG *et al.*, 2023; NICE, 2018).

Esta revisão tem limitações importantes. A seleção foi crítica e intencional, não proveniente de triagem exaustiva e reprodutível com números auditados nas três bases. A inclusão conjunta de

metanálises, consensos e observacionais aumenta o alcance temático, mas impede atribuição de certeza única e envolve provável sobreposição dos ensaios sintetizados por revisões diferentes. Não houve avaliação formal independente de risco de viés, extração em duplicata ou metanálise própria. Além disso, documentos internacionais não descrevem automaticamente o padrão assistencial brasileiro e os estudos de segurança incluem idades e exposições distintas. Essas limitações restringem generalizações e tornam inadequado apresentar fluxograma PRISMA ou contagens fictícias de exclusão.

Pesquisas futuras devem mensurar lacunas diagnósticas em diferentes contextos, investigar os efeitos de modelos de cuidado compartilhado, comparar regimes de titulação e reunir desfechos além da redução de sintomas, incluindo qualidade de vida, funcionalidade, segurança cardiovascular e retenção. Estudos com diversidade de sexo, idade e comorbidades são necessários para orientar decisões cada vez mais individualizadas.

5 CONCLUSÃO

O TDAH na vida adulta é reconhecido de forma desigual, e atrasos podem resultar da combinação de apresentações clínicas menos típicas, vieses de encaminhamento, estigma e barreiras de acesso. Metanálises demonstram benefício sintomático de curto prazo de psicoestimulantes, mas a manutenção da eficácia funcional e a segurança de longo prazo exigem apreciação cuidadosa. O tratamento farmacológico deve partir de avaliação diagnóstica abrangente, considerar comorbidades e risco cardiovascular, incluir decisões compartilhadas e assegurar monitoramento longitudinal. A síntese favorece um modelo que enfrenta o subdiagnóstico sem perder o rigor clínico e que utiliza medicamentos quando indicados, sem transformar a prescrição em resposta automática a queixas inespecíficas.

REFERÊNCIAS

CORTESE, S. *et al.* Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. The Lancet Psychiatry, v. 5, n. 9, p. 727–738, 2018. DOI: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30269-4.

FARAONE, S. V. *et al.* The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, v. 128, p. 789–818, 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022.

FARHAT, L. C. *et al.* Comparative cardiovascular safety of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. The Lancet Psychiatry, v. 12, n. 5, p. 355–365, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(25)00062-8.

LI, L. *et al.* ADHD pharmacotherapy and mortality in individuals with ADHD. JAMA, v. 331, n. 10, p. 850–860, 2024. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.2024.0851.

MCGILL, L.; JARDIM-LALOR, I.; O'CONNOR, C. A systematic review of lived experiences of receiving a diagnosis of ADHD in adulthood. Journal of Attention Disorders, v. 30, n. 10, p. 1274–1289, 2026. DOI: https://doi.org/10.1177/10870547261455946.

MUNIZ, S. N. TDAH en adultos: infradiagnóstico, barreras asistenciales y papel de la atención primaria. Semergen, v. 52, n. 7, art. 102797, 2026. DOI: https://doi.org/10.1016/j.semerg.2026.102797.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline NG87. Londres: NICE, 2018 (atualizações e recomendações consultadas em 24 out. 2026). Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/chapter/Recommendations.

OLIVA, H. N. P. *et al.* Safety of stimulants across patient populations: a meta-analysis. JAMA Network Open, v. 8, n. 5, e259492, 2025. DOI: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.9492.

OSTINELLI, E. G. *et al.* Comparative efficacy and acceptability of pharmacological, psychological, and neurostimulatory interventions for ADHD in adults: a systematic review and component network meta-analysis. The Lancet Psychiatry, v. 12, n. 1, p. 32–43, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00360-2.

SONG, P. *et al.* The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: a global systematic review and meta-analysis. Journal of Global Health, v. 11, art. 04009, 2021. DOI: https://doi.org/10.7189/jogh.11.04009.

YOUNG, S. *et al.* Females with ADHD: an expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. BMC Psychiatry, v. 20, art. 404, 2020. DOI: https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9.

YOUNG, S. *et al.* Identification and treatment of individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: an expert consensus statement. World Journal of Psychiatry, v. 13, n. 3, p. 84–112, 2023. DOI: https://doi.org/10.5498/wjp.v13.i3.84.

ZHANG, L. *et al.* Attention-deficit/hyperactivity disorder medications and long-term risk of cardiovascular diseases. JAMA Psychiatry, v. 81, n. 2, p. 178–187, 2024. DOI: https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.4294.