

**FACULDADE DE ILHÉUS - CESUPI  
COLEGIADO DE PSICOLOGIA**

**DRAULO BRESSAN LOPES**

**REFLEXÃO TEÓRICA SOBRE O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/  
HIPERATIVIDADE**

**ILHEÚS/BA  
2024.1**

**FACULDADE DE ILHÉUS - CESUPI  
COLEGIADO DE PSICOLOGIA**

**DRAULO BRESSAN LOPES**

**REFLEXÃO TEÓRICA SOBRE O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/  
HIPERATIVIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no curso de Psicologia da Faculdade de Ilhéus - CESUPI, como requisito necessário à obtenção de título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Dayane Mangabeira Santana Dias

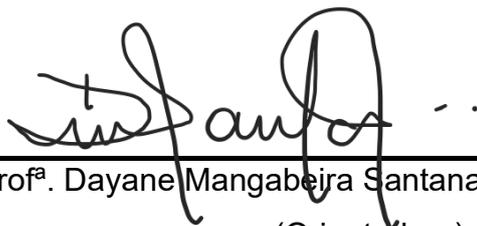
ILHÉUS/BA  
2024.1

**REFLEXÃO TEÓRICA SOBRE O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE  
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE**

**DRAULO BRESSAN LOPES**

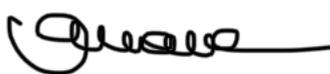
Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**



---

Prof.ª. Dayane Mangabeira Santana Dias – Especialista  
(Orientadora)



---

Prof.ª. Laysa Rodrigues Viana Moreira – Especialista  
(Avaliadora)

---

Prof.ª. Iasmin Steffany Almeida dos Santos  
(Avaliadora)

## **RESUMO**

Este artigo apresenta uma análise teórica das mudanças no diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) ao longo das diferentes edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). O foco central é a investigação das transformações no entendimento e diagnóstico do TDAH e o impacto dessas mudanças na nomenclatura associada ao transtorno e na percepção pública e estigmas relacionados. Os objetivos incluem descrever a importância do DSM no estudo dos transtornos mentais e expor as alterações no diagnóstico do TDAH nas diferentes edições do DSM, a partir do DSM-III. A metodologia utilizada baseou-se em revisão bibliográfica para examinar as mudanças no diagnóstico do TDAH nas edições mencionadas do DSM. Foi constatado que, embora haja uma evolução na descrição e pesquisa sobre o transtorno, essa evolução não consegue acompanhar a demanda crescente por compreensão e tratamento. Conclui-se que é necessária uma mudança paradigmática que envolva a revisão contínua dos critérios diagnósticos e o incentivo a pesquisas que explorem as potencialidades dos indivíduos com TDAH. Somente através dessa abordagem abrangente será possível promover uma visão mais inclusiva e completa do TDAH, contribuindo para a redução do estigma e para a valorização das capacidades dos diagnosticados em lidar com o transtorno.

**Palavras-chave:** TDAH; DSM; Diagnóstico

## **ABSTRACT**

This article presents a theoretical analysis of the changes in the diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) across different editions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). The central focus is the investigation of transformations in the understanding and diagnosis of ADHD, and the impact of these changes on the nomenclature associated with the disorder, as well as public perception and related stigmas. The objectives include describing the importance of the DSM in the study of mental disorders and exposing the changes in the diagnosis of ADHD across different editions of the DSM, starting from DSM-III. The methodology used was a bibliographic review to examine the changes in the diagnosis of ADHD in the mentioned editions of the DSM. It was found that, although there is an evolution in the description and research on the disorder, this evolution cannot keep up with the growing demand for understanding and treatment. It is concluded that a paradigmatic shift is necessary, involving the continuous review of diagnostic criteria and the encouragement of research that explores the potential of individuals with ADHD. Only through this comprehensive approach will it be possible to promote a more inclusive and complete view of ADHD, contributing to the reduction of stigma and the appreciation of the capacities of those diagnosed in dealing with the disorder.

**Keywords:** ADHD; DSM; Diagnosis.

## INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é objeto de estudo e análise em diferentes edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). A evolução do entendimento desse transtorno, refletida nas sucessivas edições do DSM, suscita questionamentos sobre sua nomenclatura e os impactos dessa escolha terminológica no diagnóstico e na percepção social.

Este artigo visa realizar uma reflexão teórica sobre as mudanças ocorridas no diagnóstico do TDAH ao longo das edições do DSM (III; III-R; IV; IV-TR; 5; 5-TR). A problemática central reside na compreensão das alterações promovidas em diferentes momentos históricos e no possível reflexo dessas mudanças na forma como o transtorno é percebido e diagnosticado.

As hipóteses sugerem que a nomenclatura atual do TDAH pode apresentar desafios no entendimento e diagnóstico, além de carregar um estigma que impacta os indivíduos diagnosticados. A ênfase na disfunção atencional, sem considerar possíveis aspectos positivos e funcionais do transtorno, representa um ponto crucial da nossa análise. No escopo dos objetivos, propomos descrever a importância do DSM como instrumento de estudo dos transtornos mentais, expondo as nuances das alterações no diagnóstico ao longo de suas edições.

A justificativa para a realização deste artigo baseia-se na evolução e necessidade de revisão dos critérios diagnósticos para o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) ao longo das diferentes edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). As mudanças nos critérios diagnósticos refletem a necessidade contínua de garantir uma descrição precisa do transtorno e suas manifestações variadas, além de abordar o impacto social e a estigmatização das pessoas diagnosticadas. A falta de compreensão ampla e inclusiva contribui para percepções errôneas, tornando crucial uma análise detalhada para mitigar esses impactos sociais negativos.

Além disso, há uma carência significativa de pesquisas que explorem as habilidades positivas e as potencialidades das pessoas com TDAH, como criatividade, hiperfoco e habilidades de adaptação, que são frequentemente negligenciadas. Para reduzir o estigma e valorizar as capacidades dos diagnosticados, é essencial uma abordagem abrangente que envolva a revisão contínua dos critérios diagnósticos e o incentivo a pesquisas mais inclusivas. O artigo visa atender à crescente demanda por compreensão e tratamento adequados do TDAH,

proporcionando uma base teórica sólida para futuras pesquisas e revisões, promovendo uma visão mais inclusiva e ajudando a diminuir o estigma associado ao transtorno.

Vale destacar que este estudo adota uma abordagem exploratória e pesquisa bibliográfica para analisar as mudanças no diagnóstico do TDAH nas edições do DSM. Exploraremos os conceitos e concepções fundamentais do DSM. Em seguida, discutiremos as características específicas do TDAH. A seção de análise e discussão comparará as diferentes edições do DSM, destacando as implicações dessas mudanças. Por fim, nas considerações finais, refletiremos sobre a necessidade de revisão contínua e novas pesquisas para uma compreensão mais inclusiva do TDAH.

## **2. DSM: CONCEITOS E CONCEPÇÕES**

Em 1952, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) apresentou a primeira versão do "Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais" (DSM-I). Ao longo do tempo, a APA lançou várias edições subsequentes que refletiram avanços na compreensão e categorização de transtornos mentais, incluindo o DSM-II (1968), DSM-III (1980), DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994), DSM-IV-TR (2000), DSM-5 (2013) e DSM-5-TR (2022) (Gomes De Matos; Gomes De Matos; Gomes De Matos, 2005).

O termo "DSM" geralmente se refere ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais como uma entidade, sem especificar uma edição particular. É considerada uma ferramenta fundamental para clínicos e pesquisadores de diversas orientações, incluindo abordagens biológicas, psicodinâmicas, cognitivas, comportamentais, interpessoais e familiares/sistêmicas. Esses profissionais buscam uma linguagem comum para descrever as características essenciais dos transtornos mentais apresentados por seus pacientes. As informações contidas no DSM têm valor para uma ampla gama de profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde mental, tais como psiquiatras, outros médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, conselheiros, especialistas forenses e jurídicos, terapeutas ocupacionais e de reabilitação, bem como outros profissionais de saúde (APA, 2013).

Os critérios de diagnóstico no DSM são formulados de maneira concisa e explícita, com o propósito de facilitar uma avaliação objetiva dos sintomas em diversas configurações clínicas, incluindo ambulatorios, internações, clínicas privadas, cuidados primários e estudos epidemiológicos na comunidade. Além disso, os critérios e o texto correspondente são usados como material didático para estudantes iniciantes que necessitam de uma abordagem

estruturada para compreender e diagnosticar transtornos mentais. Da mesma forma, profissionais experientes encontram no DSM uma referência útil quando se deparam com transtornos raros (APA, 2022).

O DSM-III (1980) marcou uma revolução na história da psiquiatria moderna. Foi um divisor de águas que trouxe novas categorias diagnósticas, como a subdivisão da neurose de angústia em transtorno de pânico com e sem agorafobia, além de dar identidade própria à fobia social. A psicose maníaco-depressiva passou a ser conhecida como transtorno do humor bipolar, com ou sem sintomas psicóticos. Muitas palavras antigas foram descartadas; por exemplo, o termo neurose deixou de ser usado para evitar questões etiológicas, e a palavra histeria foi eliminada do texto, com a expressão doença mental sendo substituída por transtorno mental, entre outras mudanças (Martinhago; Caponi, 2019).

Outro ponto marcante do DSM-III foi a introdução da hierarquização dos diagnósticos. Por exemplo, um paciente previamente diagnosticado com esquizofrenia não poderia mais receber um diagnóstico simultâneo de transtorno de pânico. A esquizofrenia, sendo uma condição mais grave, passou a ser considerada hierarquicamente superior em relação ao quadro do pânico. Dessa forma, o manual adotou o princípio fundamental da medicina que consiste em identificar uma única patologia para explicar todos os sintomas presentes no quadro clínico.

Entretanto, em 1987, com o lançamento do DSM-III-R, essa hierarquia foi abolida, e o manual passou a incentivar a realização de dois ou mais diagnósticos simultâneos em um único paciente. Surgiu, assim, o conceito de comorbidade na psiquiatria, um conceito que se mantém válido e foi confirmado mais tarde pelo DSM-IV. Lançado em 1994 com 297 categorias divididos em 886 páginas sua mudança mais notável em comparação às edições anteriores consistiu na adição de um requisito de relevância clínica para quase metade das categorias que apresentavam sintomas e resultavam em sofrimento clinicamente significativo ou impacto no desempenho social, profissional e em outras esferas (Dunker, 2014).

Os diagnósticos psiquiátricos foram organizados no DSM IV em cinco eixos: Eixo I: distúrbios clínicos, incluindo os principais transtornos mentais, e desenvolvimento e distúrbios de aprendizagem; Eixo II: retardo subjacente penetrante ou condições de personalidade, bem como mental; Eixo III: situações clínicas agudas e doenças físicas; Eixo IV: fatores psicossociais e ambientais que contribuem para a desordem; e Eixo V: avaliação global de funcionamento. Referindo-se a um sistema de classificação multiaxial, lançado na década de 90, denominada "a era do cérebro" pela OMS. Este sistema está estruturado para categorizar 16

classes diagnósticas distintas, cada uma atribuída a códigos numéricos específicos (Gomes de Matos; Gomes de Matos; Gomes de Matos, 2005).

Na versão atualizada deste Manual, no ano 2000, denominada de DSM-IV-TR, aparecem mais 21 categorias no apêndice B, além das 297 já existentes na versão antiga. Nesta, há uma valorização de comorbidades e cruzamentos entre eixos diagnósticos (Dunker; Kyrillos Neto, 2011). Uma das principais mudanças do DSM-IV para o DSM-5 é a eliminação do sistema multiaxial. DSM-IV abordou avaliação psiquiátrica e organização de informação biopsicossocial usando uma formulação multiaxial (APA, 2013b). Havia cinco eixos diferentes.

O DSM-IV e o DSM-5 categorizam os transtornos em "classificações" com o objetivo de agrupar distúrbios semelhantes, particularmente aqueles que são presumidos compartilhar mecanismos etiológicos ou possuir sintomas parecidos, a fim de auxiliar os clínicos e pesquisadores no uso do manual. Do DSM-IV ao DSM-5, houve uma reorganização significativa de muitas doenças, refletindo um entendimento aprimorado das classificações de doenças com base em novas pesquisas ou conhecimentos clínicos emergentes (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016).

No DSM-5, seis novas categorias foram adicionadas e quatro foram eliminadas. Como consequência dessas mudanças no sistema geral de classificação, numerosos distúrbios individuais foram reclassificados de uma categoria para outra, como de "distúrbios de humor" para "transtornos bipolares e relacionados" ou "transtornos depressivos" (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016).

O DSM-5-TR (2022) trouxe várias mudanças significativas, incluindo a adição de novos diagnósticos, como o Transtorno de Luto Prolongado, o Transtorno do Humor Não Especificado e o Transtorno Neuro cognitivo Leve Induzido por Estimulantes. Essas adições refletem a constante evolução da compreensão das condições de saúde mental (Koutsoklenis; Honkasilta, 2023). Além disso, houve alterações em mais de 70 critérios diagnósticos no DSM-5-TR, embora a maioria delas tenha sido sutil. Essas mudanças visam melhorar a precisão dos diagnósticos e refletir a pesquisa atual em psicopatologia.

Outras mudanças importantes ocorreram na terminologia. O DSM-5-TR atualizou a nomenclatura, substituindo termos como "medicações neurolépticas" por "medicações antipsicóticas" ou "agentes bloqueadores do receptor de dopamina". Além disso, "deficiência intelectual" foi substituída por "distúrbio do desenvolvimento intelectual", e "transtorno conversivo" agora é referido como "síndrome neurológica funcional". Essas mudanças refletem uma abordagem mais atualizada e sensível (Koutsoklenis; Honkasilta, 2023).

O DSM-5-TR também acompanhou a evolução na área da disforia de gênero, substituindo termos como "gênero desejado" por "gênero experimentado" e abordando o "sexo atribuído ao nascimento" de maneira mais adequada. Além disso, considerou questões culturais, étnicas e relacionadas ao suicídio com revisões transversais realizadas por grupos especializados (APA, 2022). Essas alterações no DSM-5-TR visam fornecer uma base mais sólida para diagnósticos, considerando a diversidade e a evolução do conhecimento na área de saúde mental (APA, 2022).

### **3. CARACTERÍSTICAS DO TDAH**

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neuropsiquiátrico amplamente reconhecido que afeta a cognição, o comportamento e a função executiva em crianças e adultos. Este transtorno é caracterizado por um padrão persistente de desatenção, hiperatividade e impulsividade, que interfere de maneira significativa nas atividades diárias, nas relações interpessoais e no desempenho acadêmico ou profissional (Austerman, 2015).

Indivíduos com TDAH podem encontrar dificuldades em prestar atenção a detalhes, manter o foco em tarefas, seguir instruções, organizar suas atividades e controlar impulsos. Esses sintomas podem variar em termos de intensidade e apresentação, resultando na identificação de diferentes subtipos do transtorno (APA, 2013). Ademais, o TDAH é notável pela variedade de características e sintomas que podem impactar de maneira significativa a vida daqueles que são afetados por ele. Compreender essas características é crucial para um diagnóstico preciso e intervenções eficazes.

A desatenção é uma característica central do TDAH, manifestando-se na dificuldade em manter a concentração, prestar atenção a detalhes em tarefas e atividades, seguir instruções, concluir tarefas e manter o foco em tarefas específicas. Isso pode resultar em erros frequentes e desafios no desempenho acadêmico ou profissional (Abdelnour; Jansen; Gold, 2022).

A hiperatividade se manifesta na constante necessidade de movimento. Em crianças com TDAH, observa-se na dificuldade de permanecerem sentadas, na tendência a interromper conversas ou atividades exibindo uma energia excessiva. Em adultos, a hiperatividade pode ser percebida como inquietação ou sensação constante de necessidade de agir.

A impulsividade refere-se à tendência de agir sem considerar as consequências. Indivíduos com TDAH podem ter dificuldade em controlar impulsos, o que pode levar a

comportamentos impulsivos, como falar sem pensar, agir de forma precipitada ou tomar decisões impulsivas. Essa impulsividade pode resultar em problemas nas relações interpessoais e em comportamentos de risco (Thapar, 2018).

A disfunção executiva refere-se a dificuldades nos processos cognitivos essenciais para a execução de tarefas orientadas a objetivos. As funções executivas incluem habilidades mentais como planejamento, que é a capacidade de estabelecer metas e desenvolver um curso de ação; organização, que envolve sistematizar informações e recursos de forma eficaz; e iniciação, que permite começar tarefas sem procrastinação (Gil D. Rabinovici, Melanie L. Stephens, and Katherine L. Possin, 2015).

Além disso, o controle inibitório é fundamental, pois envolve a capacidade de controlar impulsos e resistir a distrações. A flexibilidade cognitiva, ou a habilidade de adaptar-se a novas informações e alterar estratégias quando necessário, é vital para as funções executivas. O monitoramento, que é a capacidade de acompanhar e avaliar o próprio desempenho, juntamente com a memória de trabalho, que permite manter e manipular informações temporárias para realizar tarefas complexas, completa este conjunto de habilidades (Gil D. Rabinovici, Melanie L. Stephens, and Katherine L. Possin, 2015).

Indivíduos com disfunção executiva frequentemente têm dificuldades em completar tarefas, gerenciar o tempo, manter a organização e controlar comportamentos impulsivos. Esse comprometimento funcional é frequentemente reconhecido pelo avaliador, familiares, pessoas do convívio e pelo próprio paciente, pois está associado a manifestações objetivas, como notas baixas, queixas de comportamento na escola, perda de objetos, acidentes e traumas.

No contexto do TDAH, como o Sedgwick, J.A., Merwood, A. & Asherson, P (2019) afirma, o dinamismo cognitivo refere-se a processos de pensamento espontâneos e não sequenciais, que se manifestam em flashes de imagens e episódios de foco mental intenso. Essa característica está associada ao pensamento divergente, hiperfoco, criatividade e curiosidade. O pensamento divergente é a capacidade de gerar ideias novas, originais ou engenhosas, sendo uma medida de criatividade conforme Guilford (1967, apud Sedgwick, J.A., Merwood, A. & Asherson, 2019). Indivíduos com TDAH frequentemente exibem essa forma de pensamento, gerando ideias que variam amplamente e demonstrando capacidade de "pensar fora da caixa". Além disso, eles podem hiper focar em tarefas que consideram interessantes, evidenciando um padrão de atenção que, embora não linear, é altamente eficaz em contextos específicos.

Desenvolver coragem é uma consequência comum de viver com TDAH, envolvendo a capacidade de confrontar medos e lidar com incertezas. Indivíduos com TDAH são

frequentemente vistos como não-conformistas e aventureiros, apresentando coragem, integridade e persistência. Becker (1963) observa que essas pessoas frequentemente não se encaixam nas normas sociais estabelecidas, tornando-se estranhos em seus contextos. A experiência de serem "diferentes" pode, paradoxalmente, fortalecer sua capacidade de enfrentar desafios e perseverar diante das adversidades.

A humanidade, no contexto do TDAH, envolve inteligência social, humor, autoaceitação e reconhecimento dos próprios sentimentos. Humphrey (1976, apud Sedgwick, J.A., Merwood, A. & Asherson, 2019) argumenta que a inteligência social é um intelecto criativo que abrange consciência social, atitude e a capacidade de iniciar e gerenciar relacionamentos, bem como mudanças sociais complexas. Indivíduos com TDAH frequentemente demonstram uma compreensão profunda das dinâmicas sociais e uma capacidade inata de se conectar com os outros, utilizando humor e autoaceitação como ferramentas para facilitar interações positivas.

A resiliência é uma característica vital para indivíduos com TDAH, que se manifesta na capacidade de lidar bem com o estresse e prosperar apesar das adversidades. Pessoas resilientes são capazes de superar condições desafiadoras (Sedgwick, J.A., Merwood, A. & Asherson, 2019).

A flexibilidade ou adaptabilidade é uma estratégia crucial para a resiliência, permitindo que indivíduos com TDAH ajustem suas abordagens conforme necessário. Isso facilita a auto-regulação e ajuda a compensar os riscos associados à fadiga psicológica. A capacidade de adaptação é essencial para manter a eficácia das estratégias de enfrentamento a longo prazo, garantindo que indivíduos com TDAH possam continuar a prosperar em face de desafios contínuos e variados.

É importante salientar que o TDAH não afeta todas as pessoas da mesma forma. Alguns indivíduos podem apresentar predominantemente sintomas de desatenção, enquanto outros podem manifestar uma combinação de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Além disso, a gravidade dos sintomas pode variar de leve a grave, e a expressão do TDAH pode ser diferente em crianças, adolescentes e adultos (Cortese; Coghill, 2018).

#### **4. ANÁLISE E DISCUSSÃO**

Com a publicação do DSM-III em 1980, a Associação Americana de Psiquiatria renomeou o transtorno para "Transtorno do Déficit de Atenção (TDA) (com ou sem hiperatividade)" conforme citado por Barkley 2006a; Rothenberger e Neumärker 2005, apud Lange et al, 2010. O DSM-III tomou a posição de que a hiperatividade já não era um critério diagnóstico essencial para o transtorno e que a síndrome ocorria em dois tipos "com ou sem hiperatividade" (Conners 2000). Déficits de atenção e controle de impulsos, no entanto, foram considerados sintomas significativos no estabelecimento de um diagnóstico (Barkley 2006a). Neste aspecto, o DSM-III se afastou da "Classificação Internacional de Doenças (CID-9)" e da Organização Mundial de Saúde, que continuou a se concentrar na hiperatividade como indicador do transtorno (Lange et al, 2010).

O DSM-III desenvolveu três listas separadas de sintomas para desatenção, impulsividade e hiperatividade, que eram muito mais específicas do que as anteriores (Barkley 2006a). Além disso, o DSM-III introduziu "uma pontuação de corte numérica explícita para sintomas, diretrizes específicas para idade de início e duração de sintomas, e a exigência de exclusão de outras condições psiquiátricas infantis" (Barkley 2006a, p. 19)

Para aprimorar ainda mais os critérios, especialmente em relação à validação empírica, a revisão da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III-R) em 1987 removeu o conceito de dois subtipos e renomeou o transtorno para "Transtorno do Déficit de Atenção-Hiperatividade (TDAH)", (Lange et al, 2010). Os sintomas de desatenção, impulsividade e hiperatividade foram combinados em uma única lista de sintomas com uma única pontuação de corte. Os sintomas foram derivados empiricamente por escalas de avaliação e um teste de campo (Barkley 2006a; Conners 2000). O subtipo "TDA sem hiperatividade" foi removido e atribuído a uma categoria residual denominada "TDA indiferenciado" (Rothenberger e Neumärker 2005 apud Lange et al, 2010).

Além da reorganização do conceito de TDA, vários estudos examinaram a existência de subtipos de TDA no final dos anos 1980 (Barkley 2006a). Foi constatado que crianças com TDA sem hiperatividade diferiam das crianças com TDA com hiperatividade por serem "mais sonhadoras, hipotônicas, letárgicas e com deficiências no desempenho acadêmico, mas substancialmente menos agressivas e menos rejeitadas pelos colegas" (Barkley 2006a, p. 21) Além disso, surgiram algumas dúvidas quanto ao papel central de um déficit de atenção no chamado TDAH.

Finalmente, na década de 1990, reconheceu-se que o TDAH não era exclusivamente um transtorno infantil, que desaparecia com a idade como se pensava anteriormente (Barkley

2006a), mas sim um transtorno crônico e persistente que persistia na idade adulta em muitos casos (Döpfner et al. 2000, apud Lange et al, 2010).

Três subtipos de TDAH foram identificados com base em entrevistas diagnósticas estruturadas de múltiplos informantes e diagnósticos de validação. A categoria anteriormente heterogênea de TDAH de acordo com o DSM-III-R foi conseqüentemente subdividida em três subtipos (por Lahey et al. 1994, apud Lange et al, 2010) ou seja, um tipo predominantemente desatento, um tipo predominantemente hiperativo-impulsivo e um tipo combinado com sintomas de ambas as dimensões (APA, 1994).

Para preencher a lacuna entre DSM-IV e DSM-V, foi realizada uma revisão textual da quarta edição do DSM em 2000 (APA, 2000). Os principais objetivos eram "manter a atualidade do texto do DSM-IV" (APA, 2009) e corrigir quaisquer erros identificados no texto do DSM-IV. "Assim, a maioria das mudanças principais no DSM-IV-TR ficou confinada ao texto descritivo" (APA, 2009). Portanto, a definição de TDAH não foi alterada. Críticos pediram uma validação do TDAH em adultos (Fischer e Barkley 2007; McGough e Barkley 2004, apud Lange et al, 2010).

TDAH em adultos: Durante muitos anos, os critérios diagnósticos para TDAH afirmavam que eram as crianças que eram diagnosticadas com o transtorno. Isso significava que adolescentes e adultos com sintomas do transtorno, e que podem ter lutado por muitos anos, mas não sabiam porquê, não podiam ser oficialmente diagnosticados com TDAH. O DSM-5 mudou isso, adultos e adolescentes agora podem ser oficialmente diagnosticados. Os critérios diagnósticos mencionam/ exemplificam como o transtorno aparece em adultos e adolescentes.

Na atualização do DSM-5, ao diagnosticar o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em adultos, os clínicos retrocedem até a infância média, por volta dos 12 anos, e aos anos de adolescência, ao invés de considerar toda a infância, até os 7 anos, como era feito anteriormente. Na edição anterior, o DSM-IV TR, os três tipos de TDAH eram referidos como "subtipos". Essa terminologia foi alterada no DSM-5, e agora os subtipos são denominados "apresentações". Essa mudança permite uma descrição mais precisa de como o transtorno afeta um indivíduo em diferentes momentos da vida, reconhecendo que uma pessoa pode mudar de "apresentação" ao longo do tempo.

Além disso, o DSM-5 introduziu uma nova classificação para a gravidade do TDAH, que pode ser leve, moderada ou grave. Essa classificação é baseada no número de sintomas apresentados por uma pessoa e na dificuldade que esses sintomas causam na vida diária.

Outra importante atualização no DSM-5 é a possibilidade de diagnóstico concomitante de TDAH e Transtorno do Espectro Autista. Essa mudança reflete uma compreensão mais abrangente e inclusiva das condições neuropsiquiátricas, permitindo um diagnóstico preciso e um tratamento eficaz para os indivíduos que apresentam sintomas de ambas as condições.

É notável que a cada edição do DSM, muitas mudanças são implementadas, incluindo a reversão de modificações anteriores. Nas edições mais recentes, observa-se uma preocupação crescente com a adequação da linguagem, visando a inclusão e o respeito às novas tendências e culturas de gênero. No entanto, há uma necessidade premente de investigação mais aprofundada devido ao estigma associado ao transtorno, que afeta significativamente a vida dos diagnosticados, tanto no ambiente escolar quanto no profissional.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) em adultos já foi comprovado, e suas implicações são notórias na eficiência e produtividade, exacerbadas pela rotulação negativa. A terminologia utilizada frequentemente induz a um entendimento errôneo e superficial do transtorno, dificultando tanto o diagnóstico quanto a busca por tratamento adequado. Existe uma carência de clareza em relação aos demais sintomas associados ao TDAH, além de um foco excessivamente restrito na atenção, impulsividade e hiperatividade.

Ademais, as características positivas que uma pessoa com TDAH pode possuir, como criatividade, hiper foco e habilidade de adaptação, são pouco divulgadas. Essa lacuna na comunicação contribui para a estigmatização e subestimação das capacidades dos indivíduos com TDAH. É crucial que futuras edições do DSM abordem esses aspectos de maneira mais equilibrada e informativa, promovendo uma compreensão mais holística do transtorno.

Para as próximas edições do DSM, é provável que novas pesquisas sejam conduzidas para melhorar o diagnóstico do TDAH em adultos, dado que este é um tópico emergente que requer atenção. A ampliação do conhecimento sobre os sintomas e características do TDAH pode contribuir para uma abordagem mais inclusiva e eficaz, mitigando os efeitos negativos da rotulação e promovendo uma melhor qualidade de vida para os diagnosticados.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise conduzida neste artigo buscou evidenciar as significativas transformações no entendimento do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) ao longo das últimas décadas. Essas mudanças, embora profundas, pouco contribuíram para a redução do estigma associado ao transtorno ou para a reformulação de sua nomenclatura de maneira a evitar

interpretações errôneas pelo público em geral. A persistência de uma percepção estigmatizante e simplista do TDAH demonstra a necessidade de avanços não apenas nos critérios diagnósticos, mas também na forma como a condição é comunicada e compreendida socialmente.

É crucial destacar a carência de estudos sobre as habilidades positivas associadas ao TDAH, um aspecto que não é abordado pelo DSM. Essa omissão representa uma oportunidade perdida de combater o estigma, utilizando-se de uma perspectiva mais equilibrada que reconheça não apenas os desafios, mas também as potencialidades das pessoas com TDAH. A valorização dessas habilidades positivas poderia ser um importante aliado na luta contra a visão estigmatizante e reducionista do transtorno.

Apesar das limitações encontradas, como a falta de pesquisas relevantes que permitissem uma análise mais aprofundada sobre a nomenclatura ou os aspectos positivos do TDAH, o material disponível deixa claro que são necessárias mudanças abrangentes. O DSM, mesmo em constante evolução, não deve ser o único foco de transformação. A comunidade científica, como um todo, precisa adotar uma abordagem mais holística e inclusiva. Afinal, trata-se de um diagnóstico reconhecido há pelo menos 50 anos, com uma etiologia ainda não totalmente elucidada, abrangendo um espectro amplo que varia de leves a graves impactos na vida dos diagnosticados.

Conclui-se, portanto, que é imperativo promover uma mudança paradigmática na compreensão e comunicação sobre o TDAH. Essa mudança deve envolver tanto a revisão contínua dos critérios diagnósticos quanto o incentivo a estudos que explorem as habilidades positivas associadas ao transtorno. Somente assim será possível avançar para uma visão mais equilibrada e inclusiva do TDAH, que reconheça a complexidade do transtorno e valorize as potencialidades dos indivíduos diagnosticados.

## REFERÊNCIAS

- AUSTERMAN, J. ADHD and behavioral disorders: Assessment, management, and an update from DSM-5. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, v. 82, n. suppl 1, p. S2–S7, 1 nov. 2015.
- ABDELNOUR, E.; JANSEN, M. O.; GOLD, J. A. ADHD Diagnostic Trends: Increased Recognition or Overdiagnosis? **Missouri Medicine**, v. 119, n. 5, p. 467–473, 2022.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-II)**, 2nd edn. American Psychiatric Association, Washington DC (1968).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)**, 3rd edn. American Psychiatric Association, Washington DC (1980).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)**, 3rd edn rev. American Psychiatric Association, Washington DC (1987).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV : international version with ICD-10 codes**. Washington, Dc (1994).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)**, 4th edn Text revision. American Psychiatric Association, Washington DC (2000).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5. ed. [s.l.] American Psychiatric Publishing, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision**. Washington, Dc: American Psychiatric Association, 2022.
- BARKLEY RA. Attention-deficit hyperactivity disorder. Guilford, New York: **A Handbook for Diagnosis and Treatment**; (2006).
- BECKER HS. **Outsiders: studies in the sociology of deviance**. The Free Press, New York (1963)
- CONNERS, C. K. **Attention-deficit/hyperactivity disorder—historical development and overview**. *Journal of Attention Disorders*, 3(4), 173–191 (2000).
- CORTESE, S.; COGHILL, D. Twenty years of research on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): looking back, looking forward. **Evidence Based Mental Health**, v. 21, n. 4, p. 173–176, 9 out. 2018.

DÖPFNER M, FRÖLICH J, LEHMKUHL G. HYPERKINETISCHE STÖRUNGEN. In: Döpfner M, Lehmkuhl G, Peterman F, editors. **Reihe Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie**, Bd. 1. Göttingen: Hogrefe; (2000).

DUNKER, CHRISTIAN INGO LENZ. **Questões entre a psicanálise e o DSM**. J. psicanal. [online]. 2014, vol.47, n.87, pp.79-10.

DUNKER, Christian Ingo Lenz e KYRILLOS NETO, Fuad. **A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM**. Vínculo [online]. 2011, vol.8, n.2, pp.1-15.

FISCHER M, BARKLEY RA. **The persistence of ADHD into adulthood: (once again) it depends on whom you ask**. ADHD Rep. (2007).

GOMES DE MATOS, E.; GOMES DE MATOS, T. M.; GOMES DE MATOS, G. M. Importance and constraints of the DSM-IV use in the clinical practice. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 27, n. 3, p. 312–318, 1 dez. 2005.

GUILFORD, J. P. **Creativity: Yesterday, today, and tomorrow**. The Journal of Creative Behavior, 1, pag 3–14 (1967).

HUMPHREY, N. K. **The social function of intellect**. In P. P. G. Bateson & R. A. Hinde (Eds.), Growing points in ethology. Cambridge U Press (1976).

KOUTSOKLENIS, A.; HONKASILTA, J. ADHD in the DSM-5-TR: What has changed and what has not. **Frontiers in Psychiatry**, v. 13, 10 jan. 2023.

LAHEY BB, APPLGATE B, MCBURNETT K, BIEDERMAN J, GREENHILL L, HYND GW, et al. **DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents**. *Am J Psychiatry*. 1994;151: (1673–1685)

LANGE, K. W. et al. The history of attention deficit hyperactivity disorder. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, v. 2, n. 4, p. 241–255, 30 nov. 2010

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Breve história das classificações em psiquiatria. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, v. 16, n. 1, p. 73–90, 1 fev. 2019.

MCGOUGH JJ, BARKLEY RA. **Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder**. *Am J Psychiatry*. (2004); 161:1948–1956.

RABINOVICI, G. D.; STEPHENS, M. L.; POSSIN, K. L. **Executive dysfunction**. **Continuum: Lifelong Learning in Neurology**, v. 21, n. 3, p. 646–659, 1 jun. 2015.

SEDGWICK, J.A., MERWOOD, A. & ASHERSON, P. **The positive aspects of attention deficit hyperactivity disorder: a qualitative investigation of successful adults with ADHD**. ADHD Atten Def Hyp Disord 11, 241–253 (2019)

SPITZER, R. L.; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-III case book: a learning companion to the Diagnostic and statistical manual of mental disorders (third edition)**. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, (1981).

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. **DSM-IV to DSM-5 Changes: Overview**. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519711/>>.

THAPAR, A. Discoveries on the Genetics of ADHD in the 21st Century: New Findings and Their Implications. **American Journal of Psychiatry**, v. 175, n. 10, p. 943–950, out. 20 (2018).