

PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO EM ADULTOS

Implicações Médico-Legais

Diogo Frasquilho GUERREIRO, Fernando VIEIRA, Jorge COSTA-SANTOS

RESUMO

A Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção em Adultos (PHDA) tem sido associada a uma maior probabilidade de ocorrência de problemas com a justiça. Estudos em populações prisionais revelaram alta prevalência desta perturbação. A associação de PHDA a perturbações da personalidade e a um maior consumo de substâncias tóxicas pode ajudar a explicar parte desse fenómeno.

Alicerçados numa revisão da literatura, os autores apresentam uma reflexão sobre as possíveis implicações médico-legais do diagnóstico de PHDA.

Após uma breve apresentação dos aspectos clínicos, epidemiológicos, etiológicos e terapêuticos desta entidade nosológica, são analisadas as suas repercussões na esfera da justiça, nomeadamente a prevalência da criminalidade associada, os factores de risco e a co-morbilidade com perturbações da personalidade e abuso de substâncias tóxicas. São estes os elementos que servem de base à ulterior discussão dos resultados da revisão da literatura e à subsequente reflexão sobre a questão da (in)imputabilidade relacionada com esta perturbação.

SUMMARY

ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN ADULTS

Implications to Forensic Medicine

Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults has been associated to a higher probability of problems with justice. Studies in prison populations disclosed higher prevalence of this disturbance. ADHD association with personality disorders and higher substance abuse could partially help in the explanation of this phenomenon.

Based in a literature review, the authors present a reflection on the possible implications of the ADHD diagnosis to Forensic Medicine.

After a brief review of the clinical aspects, epidemiology, etiology and nosology of ADHD, its repercussions in the sphere of justice are analysed, namely the prevalence of associated criminality, risk factors and the co-morbidity with personality disorders and substance abuse. These elements are used as a base to the discussion of the results and to a subsequent reflection on the question of (in)imputability related with this disorder.

D.F.G.: Serviço de Psiquiatria.
Faculdade de Medicina de Lisboa.
Lisboa
F.V., J.C-S.: Serviço de Clínica Forense.
Instituto Nacional de Medicina Legal.
Lisboa

© 2011 CELOM

INTRODUÇÃO

Objectivos: Este artigo visa apresentar uma revisão do estado da arte sobre a Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção em Adultos (PHDA), com especial enfoque nas implicações que o diagnóstico desta entidade nosológica pode ter a nível médico-legal e forense.

METODOLOGIA

Foi efectuada uma pesquisa sistemática da literatura até Abril de 2009 através de bases de dados médicas, nomeadamente MEDLINE, PsycINFO, SciELO. Além disso, foram também consultados livros de relevo para o tema em apreço.

Utilizaram-se como palavras-chave: *PHDA; Psiquiatria Forense; Imputabilidade; Adultos; Criminalidade.*

A selecção das referências foi efectuada tendo em conta a sua adequação aos objectivos desta revisão e a informação foi dividida em três partes: (1) Contextualização (incluindo dados epidemiológicos, critérios de diagnóstico, etiologia, sintomatologia e prognóstico); (2) Aspectos forenses da PHDA em adultos (incluindo aspectos epidemiológicos e factores de risco relacionados com a criminalidade, e a associação com perturbações da personalidade), (3) PHDA, (In)imputabilidade e perigosidade. Finalmente, foi elaborada uma vinheta clínica de um caso ilustrativo e apresentadas as conclusões.

RESULTADOS

1. Contextualização – A Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) caracteriza-se, no essencial, por uma incapacidade para captar e manter a atenção, associada a uma desregulação do nível de actividade e controlo dos impulsos¹.

A PHDA é um dos diagnósticos psiquiátricos mais comuns na infância e adolescência, estimando-se que afec-te 3-5% dos jovens em idade escolar. É cerca de três a quatro vezes mais frequente em indivíduos do sexo masculino, tendo sido associada a *outcomes* desfavoráveis na vida adulta, nomeadamente a insucesso académico, profissional e a problemas sociais².

Admite-se que, na génese desta perturbação, poderão estar implicadas múltiplas causas, entre as quais avultam³:

a. Factores genéticos (maior incidência desta perturbação nos familiares próximos de crianças afectadas, particularmente nos gémeos monozigóticos; entre os genes que têm vindo a ser relacionados com a perturbação, figura um transportador específico para a dopamina, o DAT 1 480);

b. Factores orgânicos adquiridos ou constitucionais (grandes prematuros; alterações das concentrações cerebrais de dopamina e derivados da noradrenalina; alterações das dimensões de certas áreas cerebrais, como o córtex pré-frontal, os gânglios basais, etc.).

c. Factores ambientais ou sociais (exposição a produtos tóxicos, como o chumbo, o álcool e o fumo do tabaco; criados no seio de famílias com índices socioeconómicos e culturais mais baixos, etc.).

No estado actual dos conhecimentos, a hipótese que encontra maior suporte é que a PHDA parece resultar seja de um défice entre o processamento da informação recebida e a resposta produzida, seja da incapacidade de inibir apropriadamente a resposta até que toda a informação seja processada. Os lobos frontais cerebrais, que se sabe desempenharem um papel influente na regulação da atenção, na actividade e nas reacções emocionais, parecem ter um papel importante na PHDA, havendo estudos de neuroimagem que evidenciam uma menor activação em indivíduos com esta perturbação³.

A ideia de que PHDA poderia ocorrer em adultos foi sugerida, pela primeira vez, por Wood et al (1976)⁴.

Alguns investigadores e clínicos defendem que este diagnóstico é extremamente raro em adultos, sugerindo que a remissão dos sintomas ocorre na maior parte dos casos. De facto, verifica-se uma grande variabilidade entre os estudos no que se refere à persistência da PHDA infantil na vida adulta, o que parece resultar, sobretudo, de diferentes interpretações do conceito de persistência. Com efeito, alguns estudos utilizam o conceito de persistência numa *perspectiva sindromática*, isto é, consideram como portadores apenas os adultos que apresentam seis ou mais sintomas de pelo menos uma das dimensões sintomáticas (desatenção, hiperactividade e impulsividade), a exemplo do exigido para o diagnóstico em crianças e adolescentes. Os estudos que utilizaram o conceito nesta acepção revelam uma menor taxa de persistência de PHDA em adultos (aproximadamente 15% aos 25 anos). Outros estudos utilizam o conceito de *persistência sintomática* e, neste sentido, consideram como portadores os adultos que, embora não tendo sintomas actuais em número suficiente para o diagnóstico de acordo com os critérios do DSM-IV, apresentam comprometimento funcional clinicamente significativo associado a sintomas residuais de PHDA. À luz desta definição, a persistência da PHDA em adultos aumentaria para taxas entre os 40% e 60%⁵.

Segundo Filipe⁶, o diagnóstico da PHDA no adulto deve basear-se numa avaliação cuidadosa e sistemática

da história clínica, desde a infância, e na recolha cuidadosa dos sinais e sintomas de incapacidade relacionados com a perturbação, sendo fundamental obter informação sobre a existência de sintomas na infância, persistência e presença de sintomas em vários contextos sociais e de funcionamento individual (no trabalho, nos períodos de lazer, em casa, na rua, com a família, com os amigos, etc.). Para além da pesquisa de sintomas no quadro da PHDA, é ainda importante a pesquisa de outros sinais e sintomas que, não sendo necessários para o diagnóstico, lhe estão frequentemente associados, como as rápidas variações de humor e os acessos de *mau génio* e ainda os associados a co-morbilidades frequentes (perturbação de ansiedade, perturbação do humor, perturbações relacionadas com substâncias, etc.)⁷. O problema residiria, então, no diagnóstico diferencial que se afigura ser difícil num grande número de situações.

Os sintomas da PHDA no adulto são semelhantes aos das crianças com este diagnóstico, constituindo a distracibilidade, a impulsividade e a irrequietude o núcleo sintomático central. Apesar disso, a sua expressão vai-se alterando à medida que o indivíduo vai envelhecendo⁸. Segundo a DSM-IV⁹, são necessários, pelo menos, três critérios para o diagnóstico de PHDA em adultos: (1) começo da perturbação na infância (até aos sete anos, embora alguns autores proponham que o limite de idade seja alargado para os doze anos⁶); (2) presença de sintomas significativa, e (3) perturbação funcional causada por estes sintomas.

Os adultos com PHDA apresentam com frequência uma baixa tolerância à frustração, acessos de mau génio com variações de humor súbitas e frequentes e uma baixa autoestima. O receio de fracassarem é comum, podendo levar a que evitem situações em que possam ser avaliados e a que entrem no ciclo vicioso do insucesso. Têm, com frequência, grande dificuldade em organizar, iniciar e terminar tarefas, mesmo as do dia-a-dia, incapacidade de estabelecer prioridades e uma deficiente noção do tempo. Também é frequente esquecerem compromissos, chegarem atrasados ou à última da hora, perderem objectos ou simplesmente não se recordarem onde os deixaram. Iniciam entusiasticamente numerosos projectos, mas concluem muito poucos e levam tempo excessivo a terminá-los. Procuram constantemente a novidade e aborrecem-se facilmente com a continuação, pelo que lhes pode ser difícil manterem relações afectivas ou empregos estáveis. A desorganização sistemática pode causar grande incomodidade aos que com eles vivem ou se relacionam de perto. A impulsividade e a desatenção podem causar problemas importantes no local de trabalho, levando a mudanças frequentes de em-

prego, quer por múltiplos despedimentos, quer porque os próprios se despedem, muitas vezes sem olharem a consequências⁶.

Apresentam-se resumidamente no Quadro 1 os sintomas da PHDA em adultos, segundo Kooij¹⁰.

Quadro 1 – Sintomas de PHDA em adultos¹⁰

Sintomas de desatenção em adultos

- Dificuldade em concluir tarefas
- Mudar de actividades com muita frequência
- Dificuldade em diferenciar assuntos essenciais e supérfluos
- Dificuldade em planear, organizar e escolher
- Só conseguir ler textos curtos ou só conseguir interessar-se em assuntos em que esteja muito interessado
- Dificuldade em ouvir e em fixar a informação
- Despistar-se em pormenores ou ser demasiado preciso
- Adiar tarefas indefinidamente
- Dificuldade em preencher questionários, perceber instruções ou memorizar ordens
- Hesitar
- Esquecer-se facilmente
- Perder coisas com facilidade
- Ser caótico, confuso, desorganizado
- Ter excesso de atenção passageira (hiperfocagem)

Sintomas de hiperactividade em adultos

- Ter dificuldade em estar quieto
- Estar sempre a *fazer qualquer coisa*
- Ter constantemente de se levantar *para apanhar qualquer coisa*
- Ter a sensação de desassossego (inquietação) interior
- Estar constantemente a mexer com as mãos
- Não conseguir descontrair-se
- Falar sem parar

Sintomas de impulsividade em adultos

- Falar sem pensar
- Meter-se no meio de conversas
- Ser impaciente
- Agir sem pensar (gastar muito dinheiro, jogar/apostar, roubar, comer compulsivamente, etc.)
- Iniciar ou acabar impulsivamente relações ou actividades

Não sendo curável, a PHDA pode ser tratada com grande sucesso, tanto nas crianças como nos adultos. A eficácia da terapêutica com psicoestimulantes e também da abordagem psicossocial sobre a sintomatologia de base da PHDA tem sido bem demonstrada em numerosos estudos clínicos em crianças e num número crescente de estudos em adultos. Por outro lado, tem sido observado que os adultos com PHDA que nunca foram tratados, quando comparados com a população em geral, apresentam taxas mais elevadas de insucesso escolar e profissional, ocupam profissões menos diferenciadas, têm um risco aumentado de abuso de substâncias e estão com mais frequência envolvidos em situações de risco e delinquência^{1, 6}.

2. Aspectos forenses da PHDA em adultos

Os indivíduos com PHDA apresentam uma maior probabilidade de ter problemas com a justiça na sua vida futura, quando comparados com indivíduos sem este diagnóstico^{11,12}. Um estudo feito em Nova Iorque, em 93 adultos que tinham tido diagnóstico de PHDA sem perturbação de conduta na infância, mostrou que estes registavam uma maior frequência de crimes e delitos que o grupo de controlo, bem assim como uma maior probabilidade de ser detidos (47% vs 24%), condenados (42% vs 14%) e encarcerados (15% vs 1%)¹¹. Um outro estudo americano, prospectivo, envolvendo 305 indivíduos, revelou uma associação entre a PHDA na infância e a actividade criminosa na idade adulta, independentemente do diagnóstico de perturbação da conduta e, especialmente, associado a sintomas de hiperactividade¹³. Investigadores suecos verificaram, numa amostra de cem indivíduos avaliados em contexto psiquiátrico forense por criminalidade violenta, que 55% apresentava perturbação neuropsiquiátrica com início na infância (como PHDA, perturbação de aprendizagem, tiques e perturbações do espectro autístico), formando padrões complexos de co-morbilidade com perturbações da personalidade adulta¹². Outro estudo, realizado numa amostra randomizada de 319 detidos, mostrou que a prevalência de PHDA era de 21%¹⁴.

Certos factores têm vindo a ser referidos na literatura, como indicadores de maior risco de criminalidade futura em jovens com PHDA. Comportamentos anti-sociais na infância e adolescência, baixo nível socioeconómico e baixo nível de inteligência (QI), foram associados a um maior risco de criminalidade futura¹⁵. Todavia, estes factores não são exclusivos dos indivíduos com PHDA, encontrando-se associados ao risco de violência na população em geral.

O impacto da PHDA em termos do desenvolvimento da personalidade e do temperamento é de há muito conhecido.

Segundo o modelo biopsicossocial de Cloninger¹⁶, as dimensões temperamentais de procura de novidade (*novelty seeking*) e de evitamento do prejuízo (*harm avoidance*) estão presentes com maior frequência em indivíduos com PHDA, ou seja, estes configuram-se como indivíduos mais impulsivos e irritáveis, com pensamento mais ansioso e pessimista¹⁷. Por outro lado, a presença mais frequente de Perturbações da Personalidade do *cluster B*, nomeadamente Perturbação Borderline e Perturbação Anti-social, está também associada ao diagnóstico de PHDA^{18,19}. É conhecido que estas perturbações da personalidade estão associadas a um grau mais elevado de criminalidade e violência, independentemente da PHDA²⁰.

Importa também referir que estudos revelam que entre 20 a 40% dos adultos com PHDA possuem história de

abuso de substâncias, sendo que, aparentemente, os adultos desenvolvem mais rapidamente um quadro de dependência e tendem a manter os comportamentos aditivos durante períodos mais longos²¹. Ora este resultado poderá, também ele, contribuir para explicar uma maior tendência para comportamentos delinquentes²², pelo que a taxa de criminalidade encontrada poderá ser superior à inicialmente esperada.

Outra questão legal está relacionada com os acidentes de viação. Adolescentes e jovens adultos com PHDA apresentam uma probabilidade 2 a 4 vezes maior de se envolverem em acidentes de viação²³, dado ser frequente conduzirem de forma menos concentrada, mais agressiva e arriscada²⁴.

Curiosamente – ou talvez não –, não se encontrou na literatura científica qualquer associação entre a PHDA e o equivalente ao nosso conceito de *inimputabilidade*, que, no ordenamento jurídico anglo-saxónico, aparece referenciado como NGRI – *Not Guilty by Reason of Insanity* ou NCR – *Not Criminal Responsible*, o que parece sugerir que os indivíduos com PHDA são capazes de culpa e, por isso, criminalmente responsáveis.

3. PHDA, (In)imputabilidade e perigosidade

A presença de PHDA em adultos, ainda que limitada a sintomas residuais, poderá suscitar, pelo menos hipoteticamente, questões médico-legais interessantes, quando esta síndrome for (re)descoberta pelos operadores da justiça.

Tanto quanto nos é dado saber, não é frequente, entre nós, o diagnóstico de PHDA em delinquentes. No entanto, um grande número de alegados autores de crimes em relação aos quais é suscitada a questão da responsabilidade apresenta impulsividade, perturbações da personalidade e história de consumos de substâncias tóxicas. Esta circunstância leva-nos a admitir que, alguns deles, possam ter uma PHDA, ainda que este diagnóstico não tenha sido considerado quer pelo médico assistente, quer pelo perito médico quando da realização do exame pericial.

Ora se o diagnóstico, só por si, não é fácil de estabelecer, será que a sua formulação, a verificar-se, poderá representar alguma diferença em termos de imputabilidade ou inimputabilidade relativamente ao facto praticado? Embora a decisão seja judicial, estamos em crer que não. Com efeito, em semelhante contexto, mais importante que o diagnóstico, que por si só pouco ou nada significa, é a avaliação sindromática e a repercussão que os sintomas terão tido sobre a conduta do sujeito no momento da prática do facto, ou seja, a verificação dos critérios médico-legais subjacentes às condições previstas no artigo 20º do Código Penal²⁵, em especial no seu número 1 (Quadro 2).

Quadro 2 – Artigo 20º do Código Penal

1. É inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação.
2. Pode ser declarado inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica grave, não acidental e cujos efeitos não domina, sem que por isso possa ser censurado, tiver, no momento da prática do facto, a capacidade para avaliar a ilicitude deste ou para se determinar de acordo com essa avaliação sensivelmente diminuída.
3. A comprovada incapacidade do agente para ser influenciado pelas penas pode constituir índice da situação prevista no número anterior.
4. A imputabilidade não é excluída quando a anomalia psíquica tiver sido provocada pelo agente com intenção de praticar o facto.

Em abstracto, os indivíduos afectados por PHDA possuirão, na ausência de episódios psicóticos ou fenómenos dissociativos graves, consciência da ilicitude e capacidade de avaliação do facto por eles praticado. A dúvida poderá colocar-se sobretudo a nível da sua capacidade de determinação, ou seja, da componente volitiva. Mas esta questão não é, no essencial, diferente da que se coloca relativamente a indivíduos com perturbações da personalidade, em que a impulsividade constitui um elemento potencialmente gerador de conflitos com a justiça. A aceitar que este factor possa afectar a (in)imputabilidade do autor, tal acontecerá apenas à luz do número dois do artigo 20º do CP, ou seja, o sujeito com PHDA poderá ser declarado judicialmente inimputável se, no momento da prática do facto, a sua capacidade para se determinar de acordo com a avaliação feita se encontrar sensivelmente diminuída (leia-se significativamente diminuída). Dito de outro modo: o autor não ser capaz de se abster ou interromper um comportamento de cuja ilicitude tem consciência.

Autores reputados da área da medicina legal e da psiquiatria forense (e mesmo da psiquiatria biológica, como Swann^{26,27}) sustentam que a presença de um *impulso irresistível*, susceptível de justificar a irresponsabilidade criminal ou inimputabilidade do agente, impõe uma resposta inequívoca à questão *como agiria o autor do crime se, nesse preciso momento, ele tivesse um polícia ao seu lado?* Se, em tais circunstâncias, o comportamento criminoso ocorrer, então sim, poderia admitir-se a incapacidade do autor para frenar o impulso gerador da passagem ao acto. Todavia, isto não deve fazer esquecer que o lapso de tempo que o estímulo percebido levará a percorrer o trajecto entre o sistema límbico e o córtex cerebral é da ordem dos 0,5 segundos²⁶, o que, naturalmente, dificulta a análise de respostas comportamentais dessa natureza. Tal facto, não dispensa, porém, uma cuidada avaliação da passagem ao acto no contexto em que esta ocorreu, com vista a tentar identificar um eventual *impulso irresistível*.

No que se refere à denominada *perigosidade* (independente do processo patológico e avaliada não pela *pe-*

ria psiquiátrica, prevista no artigo 159º do Código do Processo Penal (CPP), mas sim pela *perícia sobre a personalidade* consignada no artigo 160º do CPP), estamos em crer que esta poderá representar um constructo problemático nos indivíduos com PHDA. Com efeito, se a grande maioria destes doentes poderá verificar os requisitos legais da imputabilidade, não pode ignorar-se que a impulsividade e a hiperactividade, tendencialmente crónicas, que integram esta entidade nosológica, representam um risco aumentado de comportamentos violentos, pressuposto do conceito de *perigosidade*, tal como este se encontra plasmado no artigo 91º do CP (fundado receio de que o autor venha a cometer outros factos ilícitos típicos graves semelhantes ao que esteve na origem da aplicação de uma medida de segurança).

À luz destas considerações, afigura-se-nos que o pedido de avaliação pericial formulado pelo advogado de um indivíduo sofrendo de PHDA, com vista a obter uma eventual diminuição da sua responsabilidade criminal e, conseqüentemente, da respectiva sanção penal, poderá conduzir a um resultado contrário ao esperado, ou seja, a uma conclusão pericial que leve o tribunal a decidir pela imputabilidade do sujeito com perigosidade.

Para além do que atrás se disse, importa deixar claro que a PHDA não tratada se encontra associada a um risco acrescido de problemas com a justiça e a uma maior taxa de condenações e de penas de prisão. Nesta medida, esta perturbação constitui também um problema médico-legal, não apenas em termos de avaliação pericial, mas também na perspectiva terapêutica, quer em meio prisional, quer ambulatório, com vista a prevenir a repetição de novos crimes.

A PROPÓSITO DE UM CASO...

Jovem de 19 anos, do sexo masculino, arguido da prática de dois crimes, cometidos em datas diferentes e que correm os seus trâmites em dois tribunais. Estava acusado de roubo num caso e de roubo agravado noutro, em

que utilizou meios violentos na sua consumação. Neste contexto, o advogado de defesa veio requerer ao tribunal a realização de perícias psiquiátrica e sobre a personalidade, alegando que o seu constituente teria antecedentes de PHDA e, eventualmente, sintomas compatíveis com perturbação bipolar.

Realizadas as perícias, apurou-se que o examinado tinha acompanhamento psiquiátrico desde os 10 anos de idade e que, aos 14 anos, lhe fora diagnosticada uma PHDA. Quando da prática dos factos de que vinha acusado encontrava-se medicado com metilfenidato de longa acção.

A análise da prática do crime na perspectiva médico-legal apontava claramente para uma planificação e organização cognitivas, que permitiam descartar, com razoável segurança, uma impulsividade significativa. Os testes psicológicos revelaram uma organização de personalidade imatura e frágil, com baixa tolerância à frustração. Cognitivamente, verificou-se um rendimento intelectual de nível médio, sem dificuldades na focalização da atenção e boa capacidade de concentração.

Face aos resultados obtidos, as conclusões periciais assinalavam a verificação dos pressupostos médico-legais da imputabilidade, acrescentando, em relação a um dos casos, que o examinado, embora afectado pela PHDA, esta não teria tido influência nos factos amplamente documentados nos autos. Relativamente à probabilidade de repetição de factos típicos semelhantes ou, se quisermos, à avaliação médico-legal do risco de comportamentos violentos, a perícia psicológica concluiu que *a socialização se afigura algo comprometida*, registando ainda *instabilidade emocional e dificuldade no controlo dos impulsos*, sem poder excluir *a possibilidade de virem a ocorrer uma desorganização ansiosa e comportamentos impulsivos, nomeadamente em circunstâncias potenciadoras de tensão e stresse*.

As sentenças/acórdãos judiciais deram como provada a prática dos crimes em co-autoria, assinalando a relevância das conclusões periciais para as decisões dos respectivos tribunais, que se traduziram, em ambos os casos, pelo reconhecimento da imputabilidade do arguido, com condenação, num caso, a uma pena de dois anos e meio, suspensa mas com a obrigatoriedade de acompanhamento pelo então Instituto de Reinserção Social, e, no outro caso, a uma pena de um ano de prisão efectiva.

CONCLUSÃO

Embora a maioria dos adultos afectados por PHDA não apresente comportamentos delinquentes, uma proporção significativa de indivíduos com este diagnóstico

tem problemas com a justiça, encontrando-se referenciado no sistema judicial. O seu envolvimento em actividades ilícitas está associado à impulsividade, maior consumo de substâncias tóxicas, condução temerária e co-morbilidade com perturbações de personalidade.

Ainda que a avaliação pericial seja necessariamente casuística, incidindo, em especial, sobre a situação do indivíduo no momento da prática do facto ilícito, não se afigura, à luz da constelação sindrómica da PHDA, que este diagnóstico possa, por si só, conduzir à declaração de inimputabilidade de um adulto, autor de um crime, que se encontre afectado por esta perturbação.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

- VILELA LB: Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção em Adultos. Revista Saúde Mental 2008;X(1):22-32
- KUTCHER S, AMAN M, BROOKS SJ, et al: International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. Eur Neuropsychopharmacol 2004;14(1):11-28
- FERNANDES A: Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção. Acta Pediatr Port 2001;32:91-8
- WOOD D, REIMHERR F, WENDER P: Diagnosis and treatment of minimum brain dysfunction in adults. Arch Gen Psychiatry 1976;33:1456-60
- GABRIELA D, DANIEL S, BRUNO N, GABRIEL C: Diagnosing adult ADHD in clinical practice. J Bras Psiquiatr 2007;56(Supl 1): 9-13
- FILIPPE C: A perturbação de hiperactividade com défice de atenção no adulto. Rev Port Clin Geral 2004;20:733-7
- WEISS MD, WEISS JR: A guide to the treatment of adults with ADHD. J Clin Psychiatry 2004;65(Suppl 3):27-37
- ADLER LA: Clinical presentations of adult patients with ADHD. J Clin Psychiatry 2004;65(Suppl 3):8-11
- American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. Washington, DC: Am Psychiat Associa 2000
- KOOIJ J: PHDA em adultos: Introdução ao diagnóstico e terapêutica. Lisboa: Coisas de Ler 2008
- MANNUZZA S, KLEIN RG, MOULTON JL: Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. Psychiatry Res 2008;160(3):237-246
- SODERSTROM H, SJODIN AK, CARLSTEDT A, FORSMAN A. Adult psychopathic personality with childhood-onset hyperactivity and conduct disorder: a central problem constellation in

- forensic psychiatry. *Psychiatry Res* 2004 Jan 1;121(3):271-280.
13. BABINSKI LM, HARTSOUGH CS, LAMBERT NM: Childhood conduct problems, hyperactivity-impulsivity, and inattention as predictors of adult criminal activity. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40(3):347-355
14. WESTMORELAND P, GUNTER T, LOVELESS P, ALLEN J, SIELENI B, BLACK DW: Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Men and Women Newly Committed to Prison: Clinical Characteristics, Psychiatric Comorbidity, and Quality of Life. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2009;Mar:6
15. SATTERFIELD JH, FALLER KJ, CRINELLA FM, SCHELL AM, SWANSON JM, HOMER LD: A 30-year prospective follow-up study of hyperactive boys with conduct problems: adult criminality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(5):601-610
16. CLONINGER C, PRZYBECK T, SVRAKIC D: A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:975-990
17. ANCKARSATER H, STAHLBERG O, LARSON T et al: The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character, and personality development. *Am J Psychiatry* 2006; 163(7):1239-44
18. WILENS T, BIEDERMAN J, SPENCER T: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Across the Lifespan. *Annu Rev Med* 2002; 53:113-131
19. BIEDERMAN J: Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65 Suppl 3:3-7.
20. FOUNTOULAKIS KN, LEUCHT S, KAPRINIS GS: Personality disorders and violence. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21(1):84-92
21. SCHUBINER H: Substance abuse in patients with attentiondeficit hyperactivity disorder: therapeutic implications. *CNS Drugs* 2005;19(8):643-655
22. SINHA R, EASTON C: Substance abuse and criminality. *J Am Acad Psychiatry Law* 1999;27(4):513-526
23. COX D, HUMPHREY J, MERKEL R, PENBERTHY J, KOVATCHEV B: Controlled-release methylphenidate improves attention during on-road driving by adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Board Fam Pract* 2004; 17(4):235-9
24. RICHARDS TL, DEFFENBACHER JL, ROSEN LA, BARKLEY RA, RODRICKS T: Driving anger and driving behavior in adults with ADHD. *J Atten Disord* 2006;10(1):54-64
25. GONÇALVES MLM. Código Penal Português – Anotado e Comentado – Legislação Complementar. 18 ed. Coimbra: Almedina 2007
26. SWANN AC: Neurobiology of Impulsive Behavior. American Psychiatric Association Annual Meeting. New York. 2004
27. WEBSTER CD, JACKSON MA: Impulsivity: theory, assessment, and treatment. London: Guilford Press 1997

