



ISSN 2674-8169



Latindex



DOI



DIFICULDADES E DESAFIOS DIAGNÓSTICOS DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM ADOLESCENTES COM DEPRESSÃO: UMA REVISÃO NARRATIVA

Ana Carolina Caetano de Santa Rita¹, Fernanda Sousa da Silva², Mateus Martins Viudes³, Sarah Maria Maia Rodrigues de Carvalho Holanda Azevedo⁴, Gabriel Rodrigues Santiago⁵, Henrique Allan França Belchior⁶, Ronny Yimi Ângulo Parra⁷, Vitória Zerbielli⁸, Wallas Ramos dos Santos⁹, Alessandro Gabriel Macedo Veiga¹⁰, Marcolino Gorgen¹¹, Larissa Tamashiro Garcia¹², Gustavo Richard Ferreira¹³, Jabner Gonçalves de Lima¹⁴



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n7p271-283>

Artigo recebido em 7 de Junho e publicado em 7 de Julho de 2026

ARTIGO DE REVISÃO

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a depressão estão entre os transtornos neuropsiquiátricos mais prevalentes na adolescência e frequentemente coexistem. Essa comorbidade representa um importante desafio diagnóstico devido à sobreposição de manifestações clínicas, como déficit de atenção, comprometimento das funções executivas, redução da motivação e declínio do desempenho escolar. A semelhança entre os sintomas pode resultar em subdiagnóstico, diagnóstico incorreto ou atraso na identificação de uma ou ambas as condições, comprometendo o início oportuno do tratamento e aumentando os prejuízos acadêmicos, sociais e emocionais. Esta revisão narrativa tem como objetivo analisar as principais dificuldades relacionadas ao diagnóstico do TDAH em adolescentes com depressão, com ênfase na diferenciação clínica, nos fatores neurobiológicos envolvidos e nas evidências atuais sobre estratégias para o diagnóstico precoce e o manejo adequado dessa comorbidade.

Palavras-chave: TDAH; depressão; adolescentes; diagnóstico diferencial; comorbidade.

Diagnostic Difficulties and Challenges of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents with Depression: A Narrative Review

ABSTRACT

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and depression are among the most prevalent neuropsychiatric disorders during adolescence and frequently coexist. This comorbidity poses a significant diagnostic challenge due to the overlap of clinical manifestations, including inattention, executive function impairment, reduced motivation, and declining academic performance. The similarity between symptoms may lead to underdiagnosis, misdiagnosis, or delayed identification of one or both conditions, compromising the timely initiation of treatment and increasing academic, social, and emotional impairments. This narrative review aims to analyze the main challenges associated with the diagnosis of ADHD in adolescents with depression, with emphasis on clinical differentiation, the underlying neurobiological factors, and current evidence regarding strategies for early diagnosis and appropriate management of this comorbidity.

Keywords: TDAH; depressão; adolescentes; diagnóstico diferencial; comorbidade.

- 1 Psiquiatria pela HUPE
- 2 Medicina pela Uniceuma
- 3 Doutorado em Educação pela Universidade Federal do Paraná – UFPR
4. Medicina pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)
5. Pós Graduação em psiquiatria na Santa de São Paulo
6. Pós-Graduado em Psiquiatria pela Faculdade CENBRAP
7. Pós-graduação em neurologia Pediátrica
8. Psicologia, Faculdade dom Bosco
9. Médico pela FAME JF, Psiquiatria pelo Instituto Abuchaim – RS
10. Medicina, UNOESTE
11. Medicina, FUNEPE
12. Médica pela UNOESTE Presidente Prudente
13. Medicina pela Universidade de Buenos Aires
14. Psicologia CRP

E-mail do autor correspondente: Carolcaetanosr@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por padrões persistentes de desatenção, hiperatividade e impulsividade, com início na infância e frequente persistência na adolescência e vida adulta. Sua prevalência estimada na população infanto-juvenil varia entre 5% e 7%, sendo uma das condições neuropsiquiátricas mais prevalentes nessa faixa etária.

A depressão também representa um importante problema de saúde pública na adolescência, em razão de sua elevada prevalência, impacto negativo sobre o desenvolvimento biopsicossocial, comprometimento do desempenho acadêmico e aumento do risco de comportamento suicida. Evidências demonstram que adolescentes com TDAH apresentam maior risco de desenvolver transtornos depressivos quando comparados à população geral, caracterizando uma comorbidade frequente e clinicamente relevante.

A coexistência entre TDAH e depressão impõe desafios significativos ao diagnóstico clínico, devido à sobreposição de sintomas, como déficit de atenção, prejuízo das funções executivas, redução da motivação, lentificação cognitiva e queda do desempenho escolar. Essa similaridade pode resultar em subdiagnóstico, diagnóstico diferencial inadequado ou atraso na instituição do tratamento, com repercussões negativas sobre o prognóstico. Nesse contexto, a avaliação clínica abrangente, baseada na história longitudinal, na investigação da cronologia dos sintomas e na identificação de comorbidades, é essencial para o diagnóstico preciso e para a definição de estratégias terapêuticas adequadas.

O seguinte artigo objetivou descrever através de informações obtidas na literatura sobre dificuldades e desafios diagnósticos do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em adolescentes com depressão.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter qualitativo, realizada

com o objetivo de analisar as dificuldades e desafios diagnósticos do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em adolescentes com depressão.

A busca bibliográfica foi realizada em junho de 2026 nas bases de dados PubMed, LILACS, SciELO e Latindex, abrangendo publicações dos últimos 15 anos. Foram utilizados os descritores “depressão”, “Neurodivergência”, “Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)”, “Desenvolvimento Infantil”, de forma isolada ou combinada.

Foram incluídos artigos científicos publicados em português, inglês e espanhol que abordassem a temática escolhida. Foram excluídos estudos duplicados, dissertações, teses, editoriais e publicações sem relação direta com o tema.

REVISÃO DE LITERATURA

TDAH NA ADOLESCÊNCIA

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) apresenta modificações em sua expressão clínica ao longo do desenvolvimento. Na adolescência, observa-se redução progressiva dos sintomas de hiperatividade motora, enquanto predominam manifestações de desatenção, impulsividade e prejuízo das funções executivas. Essas alterações repercutem diretamente na capacidade de planejamento, organização, gerenciamento do tempo e autorregulação comportamental, comprometendo o desempenho funcional em diferentes contextos⁴.

As principais manifestações clínicas incluem déficit de atenção sustentada, dificuldade de concentração, esquecimentos frequentes, desorganização, procrastinação, impulsividade, dificuldade no planejamento e na execução de tarefas, além de baixo rendimento acadêmico. Também são comuns instabilidade emocional, baixa tolerância à frustração, dificuldade de manter relacionamentos interpessoais e maior propensão a comportamentos de risco⁷.

O comprometimento das funções executivas, especialmente da memória de trabalho, do controle inibitório e da flexibilidade cognitiva, constitui um dos principais determinantes das limitações funcionais observadas nessa faixa etária. Em

consequência, adolescentes com TDAH apresentam maior risco de dificuldades escolares, conflitos familiares, prejuízo nas relações sociais, redução da autoestima e desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas, como transtornos de ansiedade e depressão¹⁰.

Diante dessas características, o reconhecimento precoce do TDAH na adolescência é fundamental para o estabelecimento de intervenções terapêuticas individualizadas, visando minimizar os prejuízos acadêmicos, psicossociais e emocionais associados ao transtorno⁶.

DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA

A depressão na adolescência é um transtorno psiquiátrico multifatorial, caracterizado por alterações persistentes do humor que comprometem o funcionamento emocional, cognitivo, acadêmico e social. Suas manifestações clínicas incluem humor deprimido ou irritabilidade, anedonia, fadiga, alterações do sono e do apetite, baixa autoestima, sentimentos de culpa ou inutilidade, prejuízo da concentração, lentificação cognitiva e redução da capacidade de tomada de decisões. Em casos mais graves, podem ocorrer ideação suicida, comportamento autolesivo e tentativa de suicídio, constituindo importante causa de morbimortalidade nessa faixa etária⁶.

Diferentemente dos adultos, a apresentação clínica em adolescentes frequentemente é marcada por irritabilidade, instabilidade emocional, isolamento social, redução do desempenho escolar, alterações comportamentais, conflitos interpessoais e perda progressiva do interesse por atividades previamente prazerosas. Queixas somáticas inespecíficas, como cefaleia, dor abdominal e fadiga persistente, também podem estar presentes, dificultando o reconhecimento precoce do transtorno⁶.

As alterações cognitivas associadas à depressão, incluindo déficit de atenção, comprometimento da memória de trabalho, redução da velocidade de processamento das informações e prejuízo das funções executivas, podem mimetizar ou coexistir com sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), tornando o diagnóstico diferencial particularmente desafiador. Nesse contexto, a investigação da cronologia dos sintomas, da intensidade do comprometimento funcional e da presença

de comorbidades psiquiátricas é fundamental para estabelecer o diagnóstico correto e direcionar o manejo terapêutico mais adequado⁸.

COMORBIDADE ENTRE TDAH E DEPRESSÃO

A comorbidade entre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e os transtornos depressivos é frequente na adolescência e está associada a maior complexidade clínica e pior prognóstico. Evidências demonstram que adolescentes com TDAH apresentam risco significativamente aumentado de desenvolver episódios depressivos ao longo da vida quando comparados à população sem o transtorno⁶.

Essa associação resulta da interação entre fatores genéticos, neurobiológicos, psicológicos e ambientais. Entre os principais mecanismos envolvidos destacam-se a predisposição genética compartilhada, alterações nos sistemas dopaminérgico e noradrenérgico, disfunção dos circuitos corticoestriatais e pré-frontais, comprometimento das funções executivas, além da exposição crônica a fatores estressores decorrentes das limitações impostas pelo TDAH, como baixo desempenho acadêmico, dificuldades nas relações interpessoais, rejeição pelos pares, conflitos familiares, baixa autoestima e recorrentes experiências de fracasso⁸.

A coexistência dessas condições potencializa os prejuízos funcionais, com maior comprometimento cognitivo, emocional, social e acadêmico, além de reduzir a adesão ao tratamento e aumentar o risco de recorrência dos episódios depressivos. Adolescentes com TDAH e depressão apresentam, ainda, maior prevalência de transtornos de ansiedade, uso de substâncias psicoativas, comportamento impulsivo, autolesão e ideação ou tentativa de suicídio, quando comparados àqueles com apenas um dos transtornos. Dessa forma, o reconhecimento precoce da comorbidade é fundamental para o diagnóstico adequado, o planejamento terapêutico individualizado e a melhoria dos desfechos clínicos⁷.

DESAFIOS DIAGNÓSTICOS

O diagnóstico diferencial entre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a depressão na adolescência representa um desafio clínico

relevante, principalmente devido à sobreposição de sintomas cognitivos, comportamentais e emocionais. Ambas as condições podem manifestar-se com déficit de atenção, dificuldade de concentração, lentificação cognitiva, comprometimento das funções executivas, fadiga mental, desmotivação, redução do rendimento escolar e prejuízo funcional, aumentando o risco de diagnósticos equivocados ou incompletos⁴.

Apesar das semelhanças clínicas, a cronologia e o padrão de evolução dos sintomas constituem elementos essenciais para o diagnóstico diferencial. No TDAH, os sintomas têm início na infância, apresentam caráter persistente, ocorrem em múltiplos contextos, como ambiente familiar, escolar e social e refletem um transtorno do neurodesenvolvimento. Em contraste, na depressão, os déficits cognitivos e atencionais surgem após o início do episódio depressivo, acompanham as alterações do humor e tendem a regredir com a remissão do quadro depressivo e o tratamento adequado⁷.

Outro fator que dificulta o diagnóstico é o mascaramento clínico decorrente da comorbidade. Em adolescentes com TDAH, sintomas depressivos podem predominar durante a avaliação, levando ao subdiagnóstico do transtorno do neurodesenvolvimento. Da mesma forma, alterações de humor, anedonia, isolamento social e lentificação psicomotora podem ser interpretadas, de forma equivocada, como agravamento do TDAH, retardando o reconhecimento da depressão⁶.

A elevada frequência de comorbidades psiquiátricas, como transtornos de ansiedade, transtornos de aprendizagem e uso de substâncias psicoativas, amplia a complexidade diagnóstica e exige uma avaliação clínica abrangente. Nesse contexto, a investigação da história do desenvolvimento, da idade de início dos sintomas, da evolução clínica, do comprometimento funcional e da presença de fatores psicossociais, associada à obtenção de informações de familiares e da escola e ao uso de instrumentos diagnósticos validados como complemento da avaliação clínica, é fundamental para estabelecer um diagnóstico preciso e orientar a conduta terapêutica mais adequada³.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

O diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na adolescência é essencialmente clínico e fundamenta-se nos critérios diagnósticos estabelecidos pelos sistemas classificatórios vigentes, associados a uma avaliação

multidimensional e longitudinal. A confirmação diagnóstica requer a identificação de sintomas persistentes, com início na infância, presentes em dois ou mais contextos e associados a prejuízo funcional significativo⁷.

A avaliação clínica deve contemplar entrevista detalhada com o adolescente e seus responsáveis, investigação da história do desenvolvimento neuropsicomotor, antecedentes pessoais e familiares, desempenho acadêmico, funcionamento social e familiar, além da caracterização da cronologia, intensidade e repercussão funcional dos sintomas. Também é fundamental rastrear transtornos psiquiátricos comórbidos, especialmente depressão, transtornos de ansiedade, transtornos específicos de aprendizagem, transtorno do espectro autista, transtornos do sono e uso de substâncias psicoativas, devido à elevada frequência de associação e à influência dessas condições na apresentação clínica⁷.

A utilização de escalas padronizadas e validadas para rastreamento do TDAH e dos sintomas depressivos pode auxiliar o processo diagnóstico, porém esses instrumentos possuem caráter complementar e não substituem a avaliação clínica especializada. Informações provenientes da família, da escola e, quando possível, de outros profissionais envolvidos no acompanhamento do adolescente contribuem para aumentar a acurácia diagnóstica².

Até o momento, não existem biomarcadores, exames laboratoriais, testes genéticos ou métodos de neuroimagem capazes de confirmar isoladamente o diagnóstico de TDAH ou diferenciá-lo da depressão. Esses exames são indicados apenas em situações específicas, quando há suspeita de condições clínicas ou neurológicas que possam justificar ou contribuir para os sintomas apresentados. Dessa forma, uma avaliação clínica abrangente e criteriosa permanece o padrão-ouro para o diagnóstico e para a definição da conduta terapêutica mais apropriada⁵.

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em adolescentes requer avaliação clínica criteriosa, uma vez que diversas condições psiquiátricas, neurológicas e clínicas podem apresentar manifestações semelhantes, especialmente déficit de atenção, impulsividade, comprometimento

cognitivo e prejuízo do desempenho acadêmico e social. A diferenciação adequada é fundamental para evitar diagnósticos incorretos, atrasos terapêuticos e intervenções inadequadas⁹.

Entre os principais diagnósticos diferenciais destacam-se os transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtorno bipolar, transtornos específicos de aprendizagem, transtorno do espectro autista, transtornos do sono, transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e condições neurológicas, como epilepsia, traumatismo cranioencefálico e doenças neuroinflamatórias. Além disso, condições clínicas, incluindo disfunções tireoidianas, deficiência de ferro, anemia, deficiência de vitamina B12 e outras alterações metabólicas ou hormonais, podem contribuir para sintomas de desatenção, fadiga e lentificação cognitiva³.

No contexto da depressão, o principal desafio consiste em distinguir déficits atencionais secundários ao transtorno do humor daqueles característicos do TDAH. Enquanto no TDAH os sintomas apresentam início precoce, curso persistente e repercussão em múltiplos ambientes, na depressão as alterações cognitivas geralmente acompanham o episódio depressivo e tendem a regredir com a melhora do humor⁶.

A realização de uma avaliação abrangente, incluindo história clínica detalhada, cronologia dos sintomas, exame do estado mental, investigação de comorbidades e análise do impacto funcional, é indispensável para estabelecer o diagnóstico diferencial e orientar uma abordagem terapêutica individualizada, reduzindo o risco de tratamento inadequado e de piora do prognóstico⁹.

Implicações terapêuticas

O reconhecimento precoce da comorbidade entre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a depressão exerce impacto direto na definição da estratégia terapêutica e está associado a melhores desfechos clínicos e funcionais. O manejo deve ser individualizado, multidisciplinar e direcionado às necessidades específicas de cada paciente, considerando a gravidade dos sintomas, o grau de comprometimento funcional, a presença de comorbidades psiquiátricas e o risco de comportamento suicida¹⁰.

A abordagem terapêutica geralmente combina psicoeducação, psicoterapia baseada em evidências, intervenções familiares, suporte psicopedagógico e

acompanhamento escolar, com o objetivo de promover melhora do desempenho acadêmico, das habilidades sociais, da autorregulação emocional e da adesão ao tratamento. Quando indicado, o tratamento farmacológico deve ser instituído de forma criteriosa, levando em consideração as manifestações clínicas predominantes e o perfil de segurança dos medicamentos⁶.

A definição da prioridade terapêutica depende da apresentação clínica. Na presença de episódio depressivo grave, ideação suicida ou importante comprometimento do humor, o tratamento da depressão deve ser priorizado, garantindo a estabilização clínica antes da introdução ou do ajuste da terapêutica para o TDAH. Em pacientes com sintomas depressivos leves ou secundários ao prejuízo funcional causado pelo TDAH, o tratamento do transtorno do neurodesenvolvimento pode resultar em melhora significativa dos sintomas emocionais. Nos casos de comorbidade estabelecida, ambas as condições devem ser monitoradas e tratadas de forma integrada³.

O acompanhamento longitudinal é essencial para avaliar a resposta terapêutica, identificar efeitos adversos, monitorar a evolução dos sintomas e ajustar o plano de tratamento conforme as necessidades clínicas do adolescente. A atuação integrada entre psiquiatra, psicólogo, familiares e equipe escolar contribui para maior adesão ao tratamento, redução dos prejuízos funcionais e melhora da qualidade de vida⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A coexistência entre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a depressão na adolescência representa um importante desafio diagnóstico, principalmente em decorrência da sobreposição de manifestações cognitivas, comportamentais e emocionais. A semelhança entre os sintomas pode resultar em subdiagnóstico, diagnóstico diferencial inadequado e atraso na implementação de intervenções terapêuticas, comprometendo o prognóstico e aumentando o impacto funcional dessas condições.

A avaliação clínica deve ser abrangente, longitudinal e fundamentada na investigação da história do desenvolvimento, da cronologia dos sintomas, do grau de comprometimento funcional e da presença de comorbidades psiquiátricas. A obtenção

de informações provenientes da família e da escola, associada ao emprego de instrumentos diagnósticos validados como ferramentas complementares, contribui para maior precisão diagnóstica e para a definição de estratégias terapêuticas individualizadas.

O reconhecimento precoce da comorbidade entre TDAH e depressão possibilita intervenções mais eficazes, reduzindo prejuízos acadêmicos, psicossociais e emocionais, além de minimizar o risco de recorrência dos episódios depressivos, comportamento suicida e cronificação dos sintomas. Nesse contexto, a atuação multidisciplinar e o acompanhamento longitudinal constituem elementos fundamentais para a melhoria dos desfechos clínicos e da qualidade de vida dos adolescentes acometidos.

Embora avanços significativos tenham sido observados na compreensão da interface entre essas condições, permanecem lacunas relacionadas aos mecanismos fisiopatológicos compartilhados, aos marcadores clínicos capazes de auxiliar o diagnóstico diferencial e às estratégias terapêuticas mais efetivas para pacientes com comorbidade. Dessa forma, estudos prospectivos e multicêntricos são necessários para aprimorar os critérios diagnósticos, validar instrumentos específicos de avaliação e fortalecer as evidências que subsidiem uma abordagem clínica mais precisa e individualizada.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Text Revision (DSM-5-TR). Washington (DC): American Psychiatric Association; 2022.
2. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) for Mortality and Morbidity Statistics. Geneva: WHO; 2022.
3. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021;128:789-818.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management (NG87). London: NICE; 2018. Updated 2019.
5. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet.* 2005;366(9481):237-248.

6. Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2019;144(4):e20192528.
7. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2016;387(10024):1240-1250.
8. Birmaher B, Brent D, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(11):1503-1526.
9. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018;392(10161):2299-2312.
10. Caye A, Swanson JM, Coghill D, Rohde LA. Treatment strategies for ADHD: na evidence-based guide to select optimal treatment. *Mol Psychiatry*. 2019;24(3):390-408.
11. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci 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. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(9):727-738.
12. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis. *Mol Psychiatry*. 2022;27(1):281-295.