

CONCORDÂNCIA ENTRE OBSERVADORES PARA O DIAGNÓSTICO EM ADULTOS DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE E TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE UTILIZANDO O K-SADS-E

Eugenio Horácio Grevet^{3,4}, Claiton Henrique Dotto Bau^{2,4}, Carlos Alberto Iglesias Salgado^{3,4}, Aline Fischer^{3,4}, Marcelo Moraes Victor⁴, Christiane Garcia⁴, Nyvia Oliveira de Sousa⁴, Luciana Nerung⁴, Paulo Belmonte-de-Abreu^{1,4}

RESUMO - O diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e do transtorno de oposição desafiante (TOD) em adultos carece de instrumentos adequados. Esta investigação visa avaliar a confiabilidade entre observadores das seções do K-SADS-E adaptadas para os diagnósticos destes transtornos em adultos. As adaptações realizadas se limitaram ao direcionamento das perguntas ao próprio paciente, investigação do início dos sintomas em um período mais tardio e abordagem de sintomas próprios de adultos. Seis avaliadores treinados pontuaram 16 entrevistas gravadas. Os coeficientes Kappa foram de 1,00 para o diagnóstico de TDAH no passado, 0,91 para o subtipo no passado, 1,00 para diagnóstico de TDAH atual e 0,95 para o subtipo atual. Os coeficientes Kappa para o TOD foram de 1,00 para o diagnóstico no passado e 0,89 para o diagnóstico atual. Todos os coeficientes tiveram um $p < 0,001$. Os resultados demonstram excelente concordância para os diagnósticos de TDAH e TOD em adultos utilizando a forma adaptada da versão em português do K-SADS-E.

PALAVRAS-CHAVE: K-SADS-E, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno de oposição desafiante, adultos, concordância entre avaliadores.

Interrater reliability for diagnosis in adults of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder using K-SADS-E

ABSTRACT - The diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder (ODD) in adults lacks adequate assessment instruments. The aim of this investigation is to evaluate the interrater reliability of the sections of K-SADS-E adapted for the diagnosis of these disorders among adults. The adaptations were limited to asking questions directly to the patient, investigation of a later onset of symptoms, and asking for adult specific symptoms. Six trained raters scored 16 recorded interviews. Kappa coefficients were 1.00 for ADHD diagnosis in the past, 0.91 for subtype in the past, 1.00 for ADHD diagnosis in the present, 0.95 for subtype in the present, 1.00 and 0.89 for ODD diagnosis in the past and present, respectively (all with $p < 0.001$). These results reveal excellent agreement for the ADHD and ODD diagnosis in adults using the adapted form of the Portuguese version of K-SADS-E.

KEY WORDS: K-SADS-E, attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, adults, interrater reliability.

Entrevistas estruturadas e semi-estruturadas têm sido amplamente utilizadas para o diagnóstico de transtornos psiquiátricos¹. Infelizmente, no Brasil poucos instrumentos foram traduzidos, validados

ou testados quanto à sua concordância entre avaliadores. Nesse contexto, são especialmente preocupantes os casos específicos dos transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e trans-

¹Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina; ²Departamento de Genética, Instituto de Biociências, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil (UFRS); ³Aluno do Programa de Pós Graduação em Psiquiatria do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, UFRS; ⁴Ambulatório de Déficit de Atenção/Hiperatividade do Adulto do Hospital de Clínicas, Porto Alegre RS, Brasil.

Recebido 1 Julho 2004, recebido na forma final 27 Setembro 2004. Aceito 11 Novembro 2004.

Dr. Eugenio Horácio Grevet - Avenida Taquara 586/606 - 90460-210 Porto Alegre RS - Brasil. E-mail: grevet@terra.com.br

torno de oposição desafiante (TOD) em adultos. A maior parte dos instrumentos para o diagnóstico de transtornos mentais nesta faixa etária não contempla o TDAH e o TOD, ou seus critérios não se adaptam totalmente aos do DSM-IV² e CID-10³. Este fato levou muitos serviços de TDAH em adultos a adaptar seus instrumentos a partir daqueles utilizados em crianças⁴.

As entrevistas estruturadas mais utilizadas, compatíveis com o DSM-IV, e contando com versão em português, são o SCID-1⁵ e o MINI PLUS⁶. O primeiro não contempla o diagnóstico de TDAH e TOD, enquanto o segundo apresenta critérios não plenamente compatíveis com o DSM-IV para TDAH, além de não avaliar o TOD. Outra limitação apresentada pelas entrevistas estruturadas é a presença de um roteiro pré-determinado de perguntas ao qual o entrevistador fica restrito. Estas entrevistas constituem muitas vezes limitações para clínicos bem treinados, já que não permitem o uso do seu julgamento e experiência para fazer o diagnóstico. São necessárias, então, entrevistas semi-estruturadas para TDAH e TOD para adultos que permitam ao clínico utilizar sua experiência na determinação do diagnóstico. Tal instrumento deve aliar a aplicabilidade em contextos clínicos com uma confiabilidade testada. No Brasil, tem sido utilizadas as entrevistas semi-estruturadas K-SADS-E⁷ e P-CHIPS^{8,9} para o diagnóstico de TDAH e TOD em centros especializados em crianças e adolescentes. Nesse sentido, o K-SADS-E foi descrito por investigadores da área como amplamente compatível com os critérios diagnósticos do DSM-IV em crianças e adolescentes.

O objetivo do presente estudo é avaliar a adaptação das seções de TDAH e TOD do K-SADS-E para a utilização em pacientes adultos e testar a sua confiabilidade entre observadores.

MÉTODO

Adequações no instrumento – Algumas adequações foram realizadas no intuito de facilitar o uso em adultos deste instrumento previamente criado para crianças e adolescentes. Para o diagnóstico de TDAH e TOD na infância, de acordo com os critérios DSM-IV, é necessária a presença de sintomas do transtorno antes dos sete anos de idade. No entanto, para o diagnóstico em adultos, optamos por investigar o início das manifestações dos 7 aos 12 anos de idade. Dois motivos justificam esta decisão: (1) é aos sete anos que geralmente se evidenciam os primeiros problemas, quando a criança entra na escola primária; e (2) esta faixa etária foi considerada adequada para a evocação da sintomatologia em ambientes com alta prevalência de TDAH¹⁰, reduzindo o risco de viés de evocação provocado pela exigência de lem-

brança de comportamentos que antecedam à entrada na escola primária.

No primeiro bloco da seção diagnóstica para TDAH, modificamos a apresentação da pergunta, fazendo-a de forma direta para o paciente (você...) ao invés de fazê-la para um cuidador ou professor (ele...). Além disso, colocamos os exemplos do K-SADS-E no pretérito (p. ex. "... tinha dificuldades para manter a atenção?"), mantendo-se os mesmos exemplos do instrumento para crianças e adolescentes, sem modificar os pressupostos básicos para preenchimento dos critérios do DSM-IV. Alguns exemplos utilizados foram modificados para contemplar a sintomatologia de adultos. Por exemplo, as perguntas sobre hiperatividade/inquietação: "Você frequentemente sobe nos móveis ou corre à toa em situações inadequadas? Sente necessidade de ficar constantemente em movimento, fica mexendo em coisas sem muita objetividade? Você é muito inquieto?" foram modificadas para: "Você sente a necessidade de ficar constantemente em movimento, fica mexendo em coisas sem muita objetividade? Você vivencia situações de inquietação? A seção para TOD foi mantida sem modificações da versão utilizada na infância e adolescência, exceto pela referência à presença de sintomas no período dos 7 aos 12 anos e no último mês (os instrumentos podem ser acessados no site www.ufrgs.br/psiq/prodah.html) ao invés de questionar início antes dos sete anos.

Avaliação da concordância entre observadores – As seções de TDAH e TOD do K-SADS-E foram aplicadas em dezesseis pacientes maiores de 18 anos que procuraram consecutivamente o ambulatório de TDAH de adultos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) para avaliação diagnóstica. Estes pacientes foram consultados previamente e preencheram consentimento após informação, aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa do HCPA, sendo em seguida filmados nas entrevistas para a avaliação da concordância. A filmagem foi conduzida por investigador capacitado (E.H.G). Seis pesquisadores, todos com titulação em psiquiatria de adultos, com idade média de 36,29 (DP±6,47) anos de idade e com ex-

Tabela. Valor de Kappa para os diagnósticos atribuídos independentemente por 6 observadores treinados com o K-SADS-E.

Diagnóstico	n*	Z	p	Kappa
TDAH passado	12	8,19	<0,001	1,00
Subtipo passado	12	13,66	<0,001	0,91
TDAH atual	10	13,66	<0,001	1,00
Subtipo atual	10	14,78	<0,001	0,95
TOD passado	5	10,64	<0,001	1,00
TOD atual	5	9,10	<0,001	0,89

*n se refere ao número de indivíduos com diagnóstico positivo para o transtorno considerado dentre os 16 pacientes entrevistados.

perícia clínica de 12 ($DP \pm 5,16$) anos, pontuaram, independentemente, o instrumento com base nas entrevistas filmadas. Estes pesquisadores estavam familiarizados com o instrumento; receberam treinamento teórico sobre como conduzir a entrevista; assistiram a mais de dez entrevistas previamente e avaliaram pessoalmente mais de dez pacientes sob supervisão de entrevistador treinado. Após a pontuação pela equipe foi efetuada a análise de concordância. O diagnóstico de cada paciente foi reafirmado em comitê clínico realizado pela equipe do ambulatório conduzida pelo coordenador (P.B.A). Esta metodologia é similar à empregada por Polanczyk e cols.¹¹ no estudo de confiabilidade diagnóstica para o TDAH em crianças usando o K-SADS-E.

Análise da concordância – A análise da concordância entre avaliadores foi realizada conforme metodologia apresentada por Siegel e Castellan¹² para coeficientes Kappa para múltiplos observadores. Valores de $p \leq 0,05$ foram aceitos como significativos. Foram usados os critérios de Landis e Kock¹³ para interpretar os valores dos coeficientes obtidos. De acordo com estes critérios, a concordância é considerada excelente quando os valores são superiores a 0,75, boa quando entre 0,59 e 0,74, regular entre 0,40 e 0,58 e pobre quando se situam abaixo de 0,40.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 9 homens (56,25%) e 7 mulheres (43,75%), com idade média de 33,18 ($DP \pm 10,89$) anos. A escolaridade média foi 12,56 ($DP \pm 2,55$) anos. Todos os pacientes pertenciam à classe B segundo classificação feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁴. Dentre os 16 pacientes, 12 apresentaram diagnóstico positivo para TDAH no passado, 10 para TDAH atual, 5 para TOD no passado e 5 para TOD atual. Com relação aos subtipos de TDAH no passado, 4 pacientes foram considerados como combinados, 7 desatentos e 1 hiperativo. Já no atual, 9 eram do subtipo desatento e 1 era combinado.

Os valores de Kappa e os respectivos níveis de significância estão apresentados na Tabela. A concordância foi 1,00 ($z=8,19$; $p<0,001$) para o diagnóstico de TDAH na infância, 0,91 ($z=20,19$; $p<0,001$) para o subtipo de TDAH na infância, 1,00 ($z=13,66$; $p<0,001$) para o diagnóstico de TDAH atual e 0,95 ($z=14,78$; $p<0,001$) para o subtipo atual. Os valores obtidos para o TOD foram de 1,00 ($z=10,64$; $p<0,001$) para o diagnóstico de TOD no passado e de 0,89 ($z=9,10$; $p<0,001$) para o diagnóstico de TOD atual.

DISCUSSÃO

A investigação e o diagnóstico clínico de TDAH em adultos ainda se encontram em seus estágios

iniciais. Até recentemente, este diagnóstico era reservado apenas para crianças e adolescentes. Foi a partir dos trabalhos pioneiros de Wender¹⁵ nos anos 80, que o problema em adultos passou a receber maior atenção. Porém, até os dias de hoje, ainda existem dificuldades psicométricas para se chegar a um diagnóstico confiável na idade adulta. Mais de vinte anos após os primeiros relatos de Wender¹⁵, os critérios diagnósticos continuam sem levar em conta as modificações relacionadas com o avanço da idade¹⁶. O uso de instrumentos diagnósticos específicos para o TDAH e TOD em adultos pode trazer como benefício a melhor identificação destes problemas, aumentando a cobertura de tratamento e melhorando o desfecho ocupacional, social e pessoal de seus portadores, usualmente vistos como preguiçosos, pouco esforçados e fracassados. Outro benefício, não menos importante, é a redução da atribuição incorreta de diagnósticos, incluindo o de transtorno bipolar, com todas as suas consequências.

No presente estudo, as adaptações realizadas se restringiram à pessoa verbal (“você”, ao invés de “ele”, já que a entrevista é dirigida ao próprio paciente); início de sintomas mais tardio e a modificação de exemplos para esclarecer o sintoma na vida adulta. Com isto não foi necessário alterar os construtos deste instrumento, mas apenas contextualizar a sintomatologia para a faixa etária. A modificação mais importante foi quanto à idade de início dos sintomas, para evitar o viés de evocação^{10,17}. Sabe-se que informações referentes a períodos anteriores aos sete anos mostram-se pouco confiáveis¹⁰. Esta adaptação vem ao encontro de posicionamentos de outros centros de estudo de TDAH em adultos^{18,19}. A mesma modificação foi proposta para a seção de TOD. Vale destacar que o método de entrevista utilizado não difere do preconizado pelos autores do K-SADS-E para pacientes adolescentes²⁰. Foi possível aplicar as seções de TDAH e TOD do K-SADS-E, com adaptações mínimas para diagnóstico em adultos, sem prejuízo da confiabilidade diagnóstica.

Os resultados dos coeficientes Kappa obtidos são similares àqueles encontrados em estudo semelhante conduzido em crianças e adolescentes utilizando-se o K-SADS-E⁷. Estes resultados podem ter sido influenciados pelo nível de experiência dos entrevistadores no diagnóstico de TDAH e TOD. No entanto, acreditamos que o instrumento é acessível para a maioria dos clínicos e pode ser utilizado por profissionais com pouca experiência clínica.

As adaptações e modificações realizadas nas seções para TDAH e TOD da versão em português do K-SADS-E fazem dele um instrumento adequado e confiável para o diagnóstico destes transtornos em pacientes adultos.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. Task force for the handbook of psychiatric measures. Handbook of psychiatric measures. Washington: American Psychiatric Association, 2000:18-32.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4.Ed. Washington: American Psychiatric Press, 1994.
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavior disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.
- Murphy KR, Gordon M. Assessment of adults with ADHD. In Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment, 2 Ed. New York: Guilford Press, 1998:345-372.
- Del-Ben CM, Rodrigues CR, Zuardi AW. Reliability of the Portuguese version of the structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) in a Brazilian sample of psychiatric outpatients. *Braz J Med Biol Res* 1996;29:1675-1682.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59:22-33.
- Meradante MT, Asbahr F, Rosário MC, et al. K-SADS, entrevista semi-estruturada para diagnóstico em psiquiatria da infância, versão epidemiológica. São Paulo: PROTOC - Hospital das Clínicas da FMUSP, 1995.
- DuPaul G, Power T, Anastopoulos A, et al.. ADHD rating scales-IV. New York: Guilford Press, 1998.
- Souza I, Serra MA, Mattos P, et al. Comorbidade em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção, resultados preliminares. *Arq Neuropsiquiatr* 2001;59:401-406.
- Manuzza S, Klein RG, Klein DF, Bessler A, Shrout P. Accuracy of recall of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159:1882-1888.
- Polanczyk GV, Eizirik M, Aranovich V, et al. Interrater agreement for the schedule for affective disorders and schizophrenia epidemiological version for school-age children (K-SADS-E). *Rev Bras Psiquiatria* 2003;25:87-90.
- Siegel S, Castellan NJ Jr. Nonparametric statistics for the behavioral sciences international edition. New York: McGraw-Hill, 1988:284-291.
- Landis J, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-174.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.
- Wender PH. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. New York: Oxford Univ Press, 1995:3-12.
- Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry* 2000; 157:816-818.
- Barkley RA, Biederman J. Toward a broader definition of age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1204-1210.
- Barkley RA, Murphy KR. Attention-deficit hyperactivity disorder: a clinical workbook, 2.Ed. New York: Guilford Press, 1998:77-125.
- Murphy K, Barkley RA. Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: implications for clinical diagnosis. *J Attention Dis* 1996;1:147-161.
- Ambrosini PJ. Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:49-58.