

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PSIQUIATRIA**

O PAPEL DO INFORMANTE NO DIAGNÓSTICO DO TDAH EM ADULTOS

Vitor Carlos Thumé Breda

PORTO ALEGRE

2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PSIQUIATRIA**

Dissertação de Mestrado

O PAPEL DO INFORMANTE NO DIAGNÓSTICO DO TDAH EM ADULTOS

Vitor Carlos Thumé Breda

Orientador: Prof. Dr. Eugenio Horacio Grevet

Porto Alegre, maio de 2014

CIP - Catalogação na Publicação

Breda, Vitor

O papel do informante no diagnóstico do TDAH em adultos / Vitor Breda. -- 2014.
59 f.

Orientador: Eugenio Horacio Grevet.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Medicina. 2. Psiquiatria. 3. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. I. Grevet, Eugenio Horacio, orient. II. Título.

Agradecimentos

Sem a ajuda de amigos, colegas e familiares, a realização deste trabalho certamente não teria sido realizado de forma profícua e prazerosa. Gostaria de agradecer especialmente ao amigo Karam, que me apresentou ao grupo do PRODAH-A, com o qual me identifiquei e tive desejo de participar desde o início. Também agradecer ao meu orientador Eugenio, pela dedicação ao ensino e à pesquisa, e pela paciência para lidar com as dificuldades dos alunos em seus diferentes momentos de formação. Ao Claiton, por ser uma peça chave no PRODAH-A, que faz com que funcione de forma séria e divertida, conectando diferentes áreas da ciência de forma muito adequada.

Gostaria de agradecer aos colegas Picon, Marcelo, Salgado, Katiane, Vitola, Paula, Aline, Diego e Nina, pelas discussões científicas e contribuições à esta dissertação, assim como pelos momentos de lazer que tivemos neste período.

Ao Prof. Rohde e ao Prof. Paulo Abreu pela leitura do artigo, e contribuições teóricas e práticas à sua elaboração.

Também a todos os que já trabalharam no nosso grupo até hoje, na coleta da amostra e na construção dos artigos, incluindo os bolsistas de iniciação científica Arthur, Paula, Ápio e Martim.

Por fim, agradecer a minha família e amigos, para os quais eu dedico esse trabalho.

Lista de abreviaturas

APA - American Psychiatric Association

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição

DSM-III - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 3ª edição

DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição

DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição

TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

TC – Transtorno de Conduta

TOD – Transtorno de Oposição e Desafio

WHO – World Health Organization

Sumário

Lista de abreviaturas.....	04
Sumário.....	05
Resumo.....	06
Abstract.....	08
1. Introdução.....	10
2. Justificativa.....	23
3. Objetivos.....	24
4. Metodologia.....	25
5. Considerações éticas.....	26
6. Artigo.....	27
7. Considerações Finais.....	30
8. Bibliografia.....	32
9. Anexos.....	43
Anexo A - K-SADS (DSM-IV).....	43
Anexo B – SNAP-IV.....	46
Anexo C – Barkley pessoal.....	47
Anexo D - Barkley familiar.....	50
Anexo E - Termo de Consentimento – casos.....	55
Anexo F - Aprovação da Comissão de Ética – casos.....	57
Anexo G - Termo de Consentimento – controles.....	58
Anexo H - Aprovação da Comissão de Ética – controles.....	59

Resumo

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento e, de acordo com os novos critérios do DSM, a presença de vários sintomas antes de 12 anos de idade são exigidos. Além disso, o DSM-5 também incentiva o clínico a buscar informações colaterais para corroborar o diagnóstico, mesmo para adultos. O esforço para a obtenção de informações de terceiros seria justificada se uma evidência robusta de sua relevância pudesse ser demonstrada. Este é um estudo transversal com 449 pacientes adultos com TDAH e 143 controles, entrevistados entre 2002 e 2012. Os participantes foram consecutivamente avaliados para transtornos psiquiátricos considerando-se o DSM-IV, através de instrumentos diagnósticos padronizados. Informações colaterais foram obtidas usando-se as escalas de Barkley para sintomas de TDAH atuais e da infância. Nós comparamos os perfis demográficos e clínicos de pacientes adultos cujos informantes concordavam ($n = 277$) ou discordavam ($n = 172$) dos pacientes em relação à presença de sintomatologia na infância, e adultos sem TDAH (controles).

Os pacientes com TDAH e controles não diferiram quanto à idade, anos de escolaridade, renda e sexo. Os grupos com TDAH diferiram dos controles com relação a repetência escolar, problemas com autoridade e disciplina, problemas com a lei e polícia, e tratamento farmacológico prévio. Comparados com os controles, os grupos com TDAH também apresentaram escores mais elevados de prejuízo e maiores taxas de prevalência de uso do tabaco, transtorno bipolar, transtorno de oposição e desafio, transtorno de conduta e dependência de substâncias não-alcoólicas. Poucas e pequenas diferenças entre os dois grupos com TDAH (suspensões escolares, problemas com autoridade e disciplina, e escores SNAP-IV) foram observadas. Nossos resultados não oferecem suporte para a ideia de que a informação colateral sobre a sintomatologia da infância é essencial para confirmar o diagnóstico de TDAH em adultos com uma síndrome clara auto relatada desse período, mas reafirmam a ideia de que o diagnóstico não deve ser descartado na ausência de um colateral que corrobore o relato do paciente. Contudo não podemos

descartar a importância de informações de fontes externas ao próprio paciente em outras situações clínicas ou apresentações psicopatológicas.

Palavras-chave: TDAH adulto, informações de terceiros, relato de informantes, recordação, sintomas da infância.

Abstract

ADHD is a neurodevelopmental disorder, and, according to the new DSM, the presence of various symptoms before 12 years of age is required. In addition, the DSM-5 also stimulates the clinician to look for collateral information to support the diagnosis, even for adults. The effort to obtain information from third parties would be justified if a robust evidence of its relevance could be demonstrated. This is a cross-sectional study of 449 adult patients with ADHD and 143 controls, that were interviewed between 2002 and 2012. Participants were consecutively evaluated for DSM-IV psychiatric disorders through standardized diagnostic instruments. Collateral information was obtained with Barkley's scales for current and childhood ADHD symptoms. We compared the demographic and clinical profiles of adult patients whose informants agreed (n=277) or disagreed (n=172) from patients for the presence of symptoms in childhood, and adults without ADHD (controls).

Patients with ADHD and controls did not differ in age, years of education, income and gender. Groups with ADHD differed from controls with respect to school failure, problems with authority and discipline, problems with the law and police, and prior psychopharmacological treatment. Compared with controls, the groups with ADHD also had higher scores of injury and higher prevalence rates of tobacco use, bipolar disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder and non-alcoholic substance dependence. Few and small differences between the two groups with ADHD (school suspensions, problems with authority and discipline, and SNAP-IV scores) were observed. These results do not support the idea that collateral information about symptoms of childhood is essential to confirm the diagnosis of ADHD in adults with a clear self-reported syndrome in childhood, but reaffirm the idea that the diagnosis should not be dismissed in the absence of an informant to corroborate the patient's report. However, we can not rule out the importance of information from external sources for patients with different clinical situations or psychopathological presentations.

Key words: Adult ADHD, third party information, informant report, recall, childhood symptoms.

1. Introdução

1.1. Considerações Gerais

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento com um forte componente genético em sua etiologia resultando em uma herdabilidade de aproximadamente 75% (Biederman and Faraone, 2005; Mick and Faraone, 2008; Larsson et al., 2013).

Sua apresentação clínica é tipicamente caracterizada pela presença de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade (Wallis et al., 2008; Stergiakouli and Thapar, 2010). Contudo, como a tríade sintomatológica não é observada em todos os casos, podem ser diagnosticadas três diferentes apresentações: a combinada, a predominantemente desatenta e a predominantemente hiperativa/impulsiva (APA, 2013). O início dos sintomas se dá geralmente até os 12 anos de idade (Kieling et al., 2010), sendo que os quadros com sintomas de hiperatividade tendem a ser diagnosticados mais precocemente do que quadros com predomínio de desatenção (Applegate et al., 1997).

Estudos de seguimento demonstraram que o transtorno persiste na idade adulta em cerca de 50% dos casos (Weiss et al., 1979; Mannuzza et al., 1998; Barkley et al., 2002; Faraone et al., 2006; Polanczyk et al., 2007), principalmente em indivíduos com menor nível socioeconômico e educacional, e essa persistência correlaciona-se a desemprego, problemas de saúde, conflitos parentais, abuso sexual, maior intensidade dos sintomas de TDAH na infância e a presença de comorbidades externalizantes (Ebejer et al., 2012).

A prevalência do transtorno é de aproximadamente 5% em crianças (Polanczyk et al., 2007) e 3,5% em adultos (Kooij et al., 2005; Kessler et al., 2006), afetando homens e mulheres na mesma proporção (Gaub and Carlson, 1997; Graetz et al., 2005). Contudo, em amostras clínicas de crianças, os meninos podem superar as meninas em uma proporção de até 6:1, enquanto que em amostras clínicas de adultos a proporção é igual à da população geral (Gaub and Carlson, 1997; Graetz et al., 2005; Grevet et al., 2006).

Quando comparados a indivíduos sem o transtorno, aqueles com TDAH apresentam claras desvantagens interpessoais, acadêmicas e laborais (Biederman et al., 1993; Biederman et al., 2004; Barkley et al., 2006). Além

disso, esses indivíduos têm um risco até quatro vezes maior, quando comparados com a população geral, de apresentarem outros transtornos psiquiátricos (Larson et al., 2011).

Em amostras clínicas de crianças e adultos, setenta por cento dos pacientes apresentam pelo menos uma comorbidade e cinquenta por cento duas ou mais (Grevet et al., 2006; Larson et al., 2011; Friedrichs et al., 2012). As comorbidades mais frequentes são os transtornos de oposição e desafio, de conduta, por uso de substâncias, do humor e de ansiedade (Jensen et al., 2001; Grevet et al., 2006; Yoshimasu et al., 2011). Além disso, os diferentes tipos de TDAH apresentam diferentes padrões de comorbidades. A apresentação predominantemente desatenta está mais associada a transtornos internalizantes (como depressão e ansiedade), enquanto as apresentações com presença de hiperatividade/impulsividade estão associadas a transtornos externalizantes (transtornos de conduta e por uso de substâncias) (Murphy et al., 2002; Connor et al., 2003; Wilens et al., 2009).

O TDAH é um problema relevante de saúde pública e representa um grande custo econômico para pacientes, familiares e sociedade (Rowland et al., 2002; Swensen et al., 2004), e o custo para o sistema de saúde americano no ano de 2005 foi estimado em 13 bilhões de dólares (Matza et al., 2005). Há evidências de que o diagnóstico e tratamento precoce do transtorno, assim como de suas comorbidades, modifiquem favoravelmente o prognóstico destes pacientes (Biederman et al., 1999; M. Shaw et al., 2011; Fredriksen et al., 2013).

1.2. O TDAH em adultos

Durante muito tempo se pensou que o TDAH era um transtorno limitado à infância e que cessava durante a adolescência (Wood et al., 1976). Atualmente sabe-se que o transtorno persiste na idade adulta em uma grande quantidade de indivíduos (Weiss et al., 1979; Mannuzza et al., 1998; Faraone et al., 2006; Faraone et al., 2007).

Na sua evolução natural, o TDAH apresenta um declínio dos sintomas, que ocorre em todas as suas dimensões sintomatológicas, com maior intensidade para a hiperatividade (70%), seguido pela impulsividade (50%) e

pela desatenção (40%). Contudo, menos de 10% dos indivíduos atingem uma melhora funcional (Biederman et al., 2000).

Alguns achados neuroanatômicos e neurofuncionais nos ajudam a entender este padrão sintomatológico. Observou-se que pacientes com TDAH apresentam um padrão de maturação cortical mais lento do que indivíduos não afetados, embora uma grande parcela dos pacientes alcance o padrão maturacional normal no final da adolescência. Este padrão explicaria a maior intensidade de sintomas observados na infância e a sua atenuação gradual com o passar do tempo e fornece evidências para explicar a remissão do transtorno (Shaw et al., 2007) (figura 1). Além disso, demonstrou-se que pacientes com TDAH persistente apresentam uma alteração na conectividade cortical, diferente dos adultos normais e semelhante ao observado em crianças sem TDAH (Sato et al., 2012) (figura 2).

Figura 1 – Maturação cortical em pacientes com TDAH *versus* controles (extraído de Shaw et al., 2007).

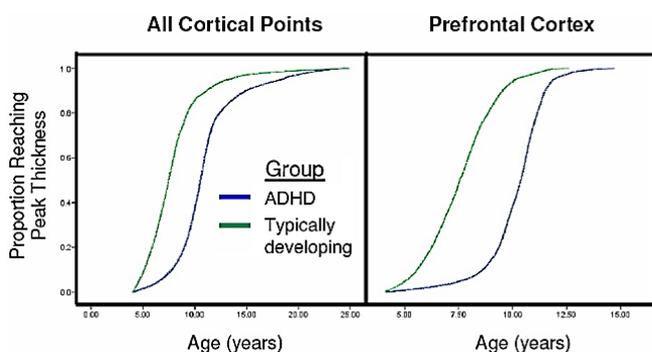
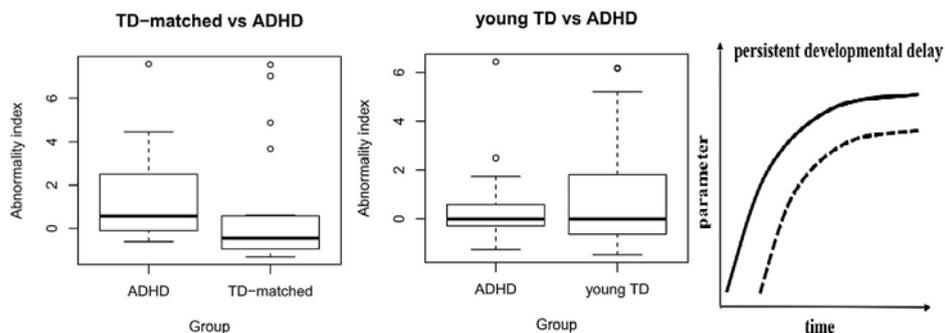


Figura 2 – Comparação dos índices de anormalidade encontrados na conectividade funcional de adultos com TDAH, adultos normais e crianças sem TDAH (extraído de Sato et al., 2012).



Além disso, a presença de comorbidades, principalmente do TOD, do TC e dos transtornos de ansiedade, assim como dificuldades psicossociais estão associados à sua persistência (Biederman et al., 2011; Ebejer et al., 2012; Klein et al., 2012).

1.3. O diagnóstico do TDAH

O diagnóstico do TDAH é clínico, alcançado pela entrevista com o paciente e seus familiares, levando-se em conta a presença dos sinais e sintomas característicos, baseando-se em modelos conceituais oferecidos pelos sistemas classificatórios (Feifel, 1996; Wender et al., 2001; Adler and Cohen, 2004; Haavik et al., 2010;). Exames complementares não são rotineiramente indicados, a menos que se suspeite de alguma comorbidade clínica ou seja necessário descartar uma patologia orgânica que contraindique o tratamento com estimulantes (Olfson et al., 2012).

Os critérios diagnósticos sofreram inúmeras modificações através dos anos, na tentativa de melhorar a confiabilidade e a validade para seu uso em ambientes clínicos ou de pesquisa (Matte et al., 2012). De modo geral, os manuais diagnósticos apresentam listas de sintomas, com um número pré-estipulado de sintomas necessários para confirmar o diagnóstico, grau de prejuízo mínimo, além de critérios de exclusão. Atualmente os sistemas mais

utilizados no Brasil são o CID-10, da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1992) e o DSM-5, da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2013), que passaremos a usar como padrão para esta dissertação por ser o mais utilizado em pesquisa.

1.4. Diagnóstico do TDAH na vida adulta

Até recentemente, era utilizada a IV edição do DSM-IV (APA, 1994) na qual podíamos diagnosticar o TDAH se pelo menos seis de nove sintomas de desatenção e/ou seis de nove sintomas de hiperatividade/impulsividade estivessem presentes, iniciando antes dos sete anos de idade, causando prejuízos claros em pelo menos duas áreas da vida do indivíduo (por exemplo, no lar e na escola). Além disso, precisávamos descartar que os sintomas fossem parte de um quadro psicótico ou autista. Ademais, em adultos, era necessário caracterizar retrospectivamente alguns sintomas de TDAH antes dos 7 anos de idade (tabela 1).

Tabela 1:
Critérios diagnósticos do DSM-IV para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (APA, 1994)

A. Tanto (1) ou (2)

(1) Seis ou mais dos seguintes sintomas de desatenção persistiram pelo período mínimo de 6 meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Desatenção:

- (a) Frequentemente não presta atenção a detalhes ou comete erros por omissão em atividades escolares, de trabalho ou outros
- (b) Frequentemente tem dificuldades de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas
- (c) Frequentemente parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra
- (d) Frequentemente não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não é devido a comportamento opositor ou incapacidade de entender as instruções).
- (e) Frequentemente tem dificuldades para organizar tarefas e atividades
- (f) Frequentemente evita, reluta, detesta se envolver em tarefas que exijam esforço mental contínuo (como tarefas escolares ou deveres de casa)
- (g) Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)
- (h) Frequentemente é distraído por estímulos ambientais alheios à tarefa
- (i) Frequentemente é esquecido em atividades diárias

(2) Seis ou mais dos seguintes sintomas de Hiperatividade persistiram pelo período mínimo de 6 meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade:

- (a) Frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira
- (b) Frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou em situações nas quais se espera que permaneça sentado
- (c) Frequentemente corre ou escala em demasia em situações impróprias (em adolescentes ou adultos pode ser apenas sensações subjetivas de inquietude)
- (d) Frequentemente tem dificuldades de brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer
- (e) Frequentemente está "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor"
- (f) Frequentemente fala em demasia

Impulsividade

- (g) Frequentemente dá respostas precipitadas antes das perguntas terem sido completamente formuladas
- (h) Frequentemente tem dificuldades de esperar a sua vez
- (i) Frequentemente interrompe ou se intromete em assuntos alheios (p.ex., em conversas ou brincadeiras)

B. Alguns sintomas de hiperatividade/impulsividade ou desatenção causadores de comprometimento estavam presentes antes dos sete anos de idade.

C. Algum comprometimento causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (p.ex., na escola e em casa).

D. Deve haver claras evidências de comprometimento clinicamente importante no funcionamento social, acadêmico ou oposicional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno global do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico, nem são melhor explicados por outro transtorno mental (p.ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo ou transtorno de personalidade).

Codificar com base no tipo:

314.00 Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, tipo combinado: se tanto o critério A1 quanto o critério A2 são satisfeitos durante os últimos seis meses.

314.01 Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, tipo predominantemente desatento: se o critério A1 é satisfeito, mas o Critério A2 não é satisfeito durante os últimos seis meses

314.02 Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, tipo predominantemente hiperativo/impulsivo: se o critério A2 é satisfeito, mas o critério A1 não é satisfeito durante os últimos seis meses.

Nota para codificação: Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem todos os critérios, especificar "em remissão parcial".

Contudo, estes critérios apresentavam problemas operacionais importantes, dos quais podemos destacar: 1) a necessidade de que o início dos sintomas ocorresse antes dos 7 anos de idade, apesar de que em uma parcela significativa dos pacientes este se dá, ou é recordado como ocorrendo, até os 12 anos (Applegate et al., 1997; Kessler et al., 2005; Faraone et al., 2006; Kieling et al., 2010); 2) a necessidade da presença de pelo menos 6 sintomas por dimensão, apesar de haver um claro declínio na intensidade e no número de sintomas com o envelhecimento (Faraone et al., 2006); 3) descrição “pediátrica” ou imprecisa dos sintomas para serem usados em populações adultas (p.ex., “frequentemente corre ou escala em demasia em situações impróprias”) (Matte et al., 2012); 4) imprecisão nas definições de intensidade e frequência dos sintomas (Rohde, 2008); e 5) dificuldades de memória para recordar a presença ou ausência de sintomas antes dos 7 anos, mesmo que fossem exigidos apenas alguns sintomas nesse período (Faraone et al., 1995; Mannuzza, et al., 2002).

Na tentativa de minimizar estes problemas, a quinta edição do DSM (APA, 2013) propôs refinamentos nos critérios diagnósticos do TDAH (tabela 2). Atualmente, existe um número mínimo de sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade diferenciado para crianças (pelo menos seis sintomas por dimensão) e adultos (pelo menos cinco sintomas por dimensão). A descrição de sintomas foi reformulada e adequada para diferentes faixas etárias, e a idade de início foi estendida para até os 12 anos de idade, sendo preciso caracterizar a presença de diversos sintomas nesse período de vida do paciente. Foi acrescentada uma melhor definição de gravidade dos sintomas, e agora também é possível realizar o diagnóstico comórbido de transtornos do espectro autista. Ainda, no intuito de melhorar a qualidade da informação obtida, o DSM-5 sugere a obtenção de informação de terceiros

(colaterais/informantes) para a confirmação de sintomas na infância.

Tabela 2:**Critérios diagnósticos do DSM-5 para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (APA, 2013)**

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):

Nota: os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou falha em compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

(1) Desatenção: seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que impacta diretamente de forma negativa as atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

- (a) Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).
- (b) Frequentemente tem dificuldade de sustentar a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).
- (c) Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a fala de forma direta (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
- (d) Frequentemente não segue instruções e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).
- (e) Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mal gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).
- (f) Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental sustentado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).
- (g) Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).
- (h) Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos pode incluir pensamentos não relacionados).
- (i) Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, afazeres; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).

(2) Hiperatividade e impulsividade: seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que impacta diretamente de forma negativa as atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

- (a) Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
- (b) Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho, ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).
- (c) Frequentemente corre ou escala em situações em que isso é inapropriado. (Nota: em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.)
- (d) Frequentemente é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.
- (e) Com frequência “não para”, agindo como se “movido a motor” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).
- (f) Frequentemente fala demais.
- (g) Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
- (h) Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar numa fila).

(i) Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).

B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.

C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais contextos (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).

D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional, ou reduzem sua qualidade.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno de humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno de personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).

Especificar:

314.01 (F90.2) Apresentação combinada: se tanto o Critério A1 (desatenção) quanto o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) são preenchidos nos últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Apresentação predominantemente desatenta: se o Critério A1 (desatenção) é atendido, mas o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) não é preenchido nos últimos 6 meses.

314.01 (F90.1). Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva: se o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) é preenchido e o Critério A1 (desatenção) não é preenchido nos últimos 6 meses.

Especificar se:

Em remissão parcial: quando todos os critérios foram preenchidos no passado, nem todos os critérios foram preenchidos nos últimos 6 meses e os sintomas ainda resultam em prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou profissional.

Especificar gravidade atual:

Leve: poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional.

Moderada: sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes.

Grave: muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional.

1.5. Informação colateral no diagnóstico do TDAH

Como todo transtorno do neurodesenvolvimento, o TDAH precisa ter seu início bem caracterizado precocemente na vida do indivíduo afetado. Esta não é uma tarefa fácil na clínica de adultos com TDAH, já que o diagnóstico correto depende da recordação de sintomas durante a infância. Os problemas relacionados ao viés de memória têm sido apontados na literatura como um desafio importante a ser resolvido (Matte et al., 2012). Todd e colaboradores (Todd et al., 2008) observaram que pacientes com TDAH falharam em recordar com acurácia a idade de início dos sintomas cinco anos após a primeira avaliação. Assim, devido à necessidade de uma clara caracterização dos sintomas na infância, propôs-se que a obtenção de informações de terceiros (informantes ou colaterais) possa ser útil para corrigir o potencial viés de memória existente em pacientes com TDAH.

A estratégia de obter informações de colaterais é prática corrente na clínica do TDAH da infância e adolescência (Matte et al., 2012). Apesar de haver indícios de que a concordância entre pais e professores na caracterização de sintomas de TDAH seja baixa (Mitsis et al., 2000; Wolraich et al., 2004), sabe-se que o relato apenas da criança não é adequado por aumentar a probabilidade de resultados falso negativos (Rohde, 2008). Sabe-se que pais são melhores informantes de sintomas em casa, e professores de sintomas na escola (Sayal and Goodman, 2009). Além disso, apresentações com marcada hiperatividade ou com a presença de sintomas de transtornos externalizantes são mais facilmente reconhecidas pelos informantes (Dwyer et al., 2006; Young et al., 2009). Apesar de não haver consenso sobre a forma ideal de como combinar as informações obtidas com colaterais, ambas as fontes de informação (pais e professores) são importantes para a confirmação do diagnóstico em crianças.

Em adolescentes, a concordância entre informantes também é baixa (Caye et al., 2013) e aparentemente, as informações obtidas por auto relato não diferem daquelas obtidas de colaterais (Katz et al., 2009). Em um estudo longitudinal, Sibley e colaboradores (Sibley et al., 2012) observaram que o relato retrospectivo dos pais sobre o funcionamento do adolescente durante a infância correlacionou-se significativamente com o relato coletado dos pais

durante a infância. O mesmo não foi observado com relação ao relato do próprio adolescente.

Em adultos, a caracterização retrospectiva de sintomas de TDAH na infância representa um desafio técnico maior pela dificuldade de recordar com precisão fatos ocorridos há décadas (Matte et al., 2012). Além disso, as informações fornecidas pelos pacientes adultos podem não ser confiáveis, uma vez que podem estar envolvidos ganhos secundários relacionados à obtenção de benefícios legais (Hässler et al., 2008; Graf et al., 2013) ou ao desejo da prescrição de estimulantes para melhorar o desempenho cognitivo (Greely et al., 2008; Iliava and Farah, 2013).

Levando-se em conta esses problemas e procurando minimizá-los, vem sendo sugerido que uma abordagem usando entrevistas com o paciente e colaterais pode tornar o processo diagnóstico mais preciso (Feifel, 1996; Wender et al., 2001; Adler and Cohen, 2004; McGough and Barkley, 2004; Haavik et al., 2010). Nesse sentido, o próprio DSM sugere que o clínico utilize colaterais para auxiliar no diagnóstico de TDAH em adultos. Entretanto, os dados da literatura sobre a validade e a utilidade da informação fornecida por colaterais são conflitantes.

Sabe-se tanto que pacientes quanto seus pais apresentam uma pobre recordação dos sintomas da infância (Miller, Newcorn, & Halperin, 2010), embora a presença de sintomatologia atual melhore a acurácia da recordação (Mannuzza et al., 2002). Além disso, a concordância com relação à presença de sintomas na infância é muito variável (21 a 74%) (Zucker et al., 2002; Dias et al., 2008; Kooij et al., 2008; Sibley et al., 2012).

A lembrança de sintomas na infância varia conforme a população estudada. Indivíduos com TDAH que não procuraram atendimento (sem viés de referência), relatam mais sintomas e prejuízo do que os informantes (Murphy and Schachar, 2000; Glutting et al., 2005; Belendiuk et al., 2007; Katz et al., 2009) e seus auto relatos apresentaram forte correlação com as entrevistas diagnósticas (Belendiuk et al., 2007). Ademais, não foram encontradas diferenças, em termos de prejuízo, entre grupos de indivíduos com TDAH que dispunham ou não de informantes (Katz et al., 2009).

As informações referentes a pacientes com TDAH encaminhados a ambulatórios especializados são conflitantes. Geralmente observa-se que estes

pacientes relatam menos sintomas (Barkley et al., 2002; Zucker et al., 2002; Sibley et al., 2012) e tendem a perceber uma menor intensidade e grau de prejuízo do que informantes (Knouse et al., 2005; Owens et al., 2007). Porém, as informações fornecidas pelos pacientes apresentam uma maior correlação com a impressão clínica do que a de colaterais (Magnússon et al., 2006; Kooij et al., 2008) e suas informações são de melhor qualidade (Young and Gudjonsson, 2005). Há também estudos que demonstraram não haver diferenças entre o relato do paciente e de seu informante (Alexander and Liljequist, 2013), e que apresentaram resultados na direção contrária, em que pacientes relataram mais sintomas do que informantes (Barkley et al., 2011). Assim, apesar das divergências presentes na literatura quanto ao relato da quantidade e intensidade dos sintomas e prejuízo, o auto relato retrospectivo de sintomas na infância parece ser o de melhor qualidade e o mais acurado.

2. Justificativa

O TDAH é um transtorno prevalente e com grande impacto, tanto na saúde pública, quanto na vida dos indivíduos acometidos. Em adultos, frequentemente a única fonte de informação disponível na avaliação de pacientes adultos é aquela fornecida pelo próprio paciente. A informação colateral na avaliação diagnóstica pode ser importante, porém não há consenso na literatura sobre sua utilidade. O objetivo da presente dissertação é observar se essa informação acrescentará dados relevantes para a avaliação e confirmação diagnóstica nessa população.

Pacientes com informantes que concordam ou não com a presença de sintomas na infância podem apresentar diferentes apresentações clínicas. A existência dessa diferença poderá sugerir diferentes abordagens. Ainda, a necessidade da presença do colateral para o estabelecimento do diagnóstico aumentaria o custo e a complexidade da avaliação. Isso seria aceitável na presença de uma evidência robusta da importância do colateral nessas situações. Neste sentido, buscamos contribuir com o esclarecimento a respeito do papel do informante no diagnóstico de TDAH em adultos.

3. Objetivos

3.1 - Objetivo Geral

Verificar o impacto da confirmação por informantes da existência de sintomas do transtorno na infância de pacientes adultos com diagnóstico de TDAH.

3.2. Objetivos Específicos

3.2.1. Verificar se há diferenças no **perfil psicossocial** de pacientes que discordam de seus familiares quanto à presença de TDAH na infância daqueles que concordam.

3.2.2. Comparar a **gravidade dos sintomas** de pacientes que discordam de seus familiares quanto à presença de TDAH na infância daqueles que concordam.

3.2.3. Comparar o **grau de prejuízo** de pacientes que discordam de seus familiares quanto à presença de TDAH na infância daqueles que concordam.

3.2.4. Comparar o **perfil de comorbidades** de pacientes que discordam de seus familiares quanto à presença de TDAH na infância daqueles que concordam.

4. Metodologia

4.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal com amostragem por conveniência.

4.2. Amostra

Os dados coletados são provenientes de uma amostra de pacientes adultos com TDAH, atendidos no ambulatório de pesquisa em TDAH de adultos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, de 2002 a 2012, e uma amostra controle coletada no Serviço de Hemoterapia (Banco de Sangue) do mesmo hospital.

4.3. Critérios de inclusão

a) Para os casos: diagnóstico de TDAH na infância e na vida adulta, o critério de idade de início foi flexibilizado, permitindo o início dos sintomas até os 12 anos de idade (Karam et al., 2009). Para inclusão no grupo controle os voluntários não deveriam apresentar história de TDAH.

b) Idade acima de 18 anos;

c) Brasileiros de descendência europeia;

d) Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter demonstrado capacidade de entendimento das informações contidas no mesmo e dos esclarecimentos fornecidos pelo clínico responsável.

4.4. Critérios de exclusão

a) Doença neurológica importante (epilepsia, sequela de acidente vascular cerebral e doenças degenerativas);

b) Transtorno psicótico atual ou no passado;

c) Quociente de Inteligência < 70 (Kaplan et al., 1991).

4.5. Instrumentos de avaliação

A descrição dos instrumentos utilizados pode ser encontrada no artigo presente nesta dissertação (item 6, página 29), anexos A, B, C e D.

5. Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (nº 01-321). Os pacientes ingressaram no estudo mediante aceitação prévia, participaram de maneira voluntária e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo comitê de ética do hospital (Anexo E e F). O projeto para a coleta do grupo controle foi aprovado como adendo ao projeto citado acima, pelo comitê de ética do mesmo hospital. Os voluntários que participaram como controles assinaram outro termo de consentimento livre e esclarecido também aprovado pelo mesmo comitê (Anexo G e H).

6. Artigo

**Is collateral Information essential for diagnosing ADHD in adults?
Findings from a large clinical sample.**

Submitted to the *Journal of Clinical Psychiatry*

Title: Is collateral information on childhood symptoms essential for diagnosing ADHD in adults? Findings from a large clinical sample.

Authors: Vitor Breda, MD; Diego L. Rovaris, MSc; Eduardo S. Vitola, MD; Nina R. Mota, PhD; Paula Blaya-Rocha; Carlos A. I. Salgado, MD; Marcelo M. Victor, MD, PhD; Felipe A. Picon, MD; Rafael G. Karam, MD; Katiane I. Silva, PhD; Paulo Belmonte-de-Abreu, MD, PhD; Luis A. Rohde, MD, PhD; Claiton H. D. Bau, MD, PhD; Eugenio H. Grevet, MD, PhD.

Authors affiliations: ADHD Outpatient Program, Adult Division, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brazil (Vitor Breda, Diego L. Rovaris, Eduardo S. Vitola, Nina R. Mota, Paula Blaya-Rocha, Carlos A. I. Salgado, Marcelo M. Victor, Felipe A. Picon, Rafael G. Karam, Katiane I. Silva, Paulo Belmonte-de-Abreu, Claiton H. D. Bau and Eugenio H. Grevet). Department of Psychiatry, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil (Eugenio H. Grevet, Luis A. Rohde and Paulo Belmonte-de-Abreu). Department of Genetics, Instituto de Biociências, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil (Claiton H. D. Bau, Diego L. Rovaris and Nina R. Mota).

Sources of financial and material support: The research was supported by grants from Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA).

Conflict of interest declaration: Eugenio H. Grevet has served as a speaker to Shire Pharmaceuticals in the past three years. Luis A. Rohde has been on the speakers' bureau/advisory board and/or has acted as a consultant for Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Novartis and Shire in the last three years. He receives authorship royalties from Oxford Press and ArtMed. He also received travel awards for taking part of 2014 APA meeting from Shire. The ADHD and Juvenile Bipolar Disorder Outpatient Programs chaired by him received unrestricted educational and research support from the following

pharmaceutical companies in the last three years: Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Novartis, and Shire. Paulo Belmonte-de-Abreu is on the speakers' bureau or is a consultant for Janssen-Cilag, Bristol-Myers Squibb and Shire in the past three years. All other authors declare that they have no conflicts of interest.

Corresponding author: Prof. Eugenio H. Grevet, Department of Psychiatry, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rua Ramiro Barcelos, 2400 - 2º andar, Bairro Santana, Porto Alegre 90035-003, RS, Brazil. Tel/fax: +55 51 3308-5624 (eugenio.grevet@ufrgs.br).

Role of the sponsor: The funder had no role in the design of the study; in the collection, analysis, and interpretation of the data; and in the preparation of the manuscript.

Word Count: 2423 words.

Abstract

Objectives: ADHD is a neurodevelopmental disorder and its diagnostic criteria require the presence of several symptoms before 12 years of age. The new DSM-5 criteria also encourage clinicians to seek collateral information to corroborate the diagnosis, even in adults. The effort to obtain collateral information would be justified if a robust evidence of its relevance could be demonstrated.

Methods: This is a cross-sectional study comprising 449 adult patients with ADHD and 143 controls, interviewed from 2002 to 2012. Participants were consecutively evaluated for DSM-IV disorders using standardized diagnostic instruments. Collateral information was gathered using the Barkley's current and childhood ADHD symptoms scales. We compared demographic and clinical profiles, including treatment response, of adult patients whose informants agree (n=277) or disagree (n=172) regarding the presence of childhood symptomatology, and non-ADHD adults (controls).

Results: Patients with ADHD and controls did not differ regarding to age, years of schooling, income and sex. ADHD groups differed from controls in school failure, problems with authority and discipline, problems with the law and police, and previous psychopharmacological treatment (all $P < 0.001$). They also presented higher impairment scores (all $P < 0.001$) and higher prevalence rates of tobacco use, bipolar disorder, current oppositional defiant disorder, conduct disorder and non-alcohol substance dependence (all $P < 0.001$). Few and not robust differences were found between the two ADHD groups (school suspensions, problems with authority and discipline, and SNAP-IV scores). No differences were found regarding response to treatment.

Conclusion: Our findings refute the idea that collateral information about childhood symptomatology is essential to confirm the diagnosis of ADHD in adults with a clear self-reported childhood syndrome.

Key words: Adult ADHD, third party information, informant report, recall, childhood symptoms.

7. Considerações Finais

Esta dissertação representa um empenho na busca pelo esclarecimento da relevância da informação colateral para a confirmação diagnóstica na população de adultos com TDAH. A informação contida neste estudo deve ser analisada associada a dados obtidos em outros estudos com finalidades semelhantes, mas com abordagens e amostras diferentes.

Em nossa amostra, todos os pacientes apresentavam diagnóstico de TDAH por auto relato e avaliação clínica. Também, apresentavam uma síndrome completa na infância, o que não é considerado necessário no DSM-5. Uma parcela desse grupo apresentava informantes que não concordavam com a presença dos sintomas na infância. Foi possível observar que não existem diferenças clínicas significativas entre as duas populações, e que ambas diferem significativamente da população sem TDAH. Os achados apoiam a ideia de que o diagnóstico não deve ser descartado na ausência de um colateral que corrobore o relato do paciente. Esses pacientes provavelmente apresentarão TDAH com níveis de psicopatologia muito semelhantes àqueles com colaterais confirmando o diagnóstico.

Assim, este estudo confirma a hipótese de que pacientes que percebem sintomas de TDAH atuais e na infância não possuem benefício adicional em acrescentar um informante para a confirmação do diagnóstico. A importância do colateral em outras situações certamente é diferente dentro da psiquiatria e do próprio TDAH. Não podemos descartar a importância de informações de fontes externas ao próprio paciente em outras situações clínicas. O uso da anamnese objetiva muitas vezes não apenas adiciona informações relevantes, como é imprescindível em certas apresentações psicopatológicas.

Buscar uma integração completa entre o relato de pacientes e informantes é um desafio que vai além do escopo deste trabalho. Entretanto é possível almejarmos um maior conhecimento de quando os colaterais podem e devem ser chamados durante uma avaliação psiquiátrica, assim como quanto podem contribuir para o esclarecimento de determinado caso. Isso aumenta a complexidade e os custos do processo. Uma vez percebidos como desnecessários, podem ficar em segundo plano, e o clínico reassegurar-se de que é possível uma boa investigação dos problemas enfrentados por pacientes

com determinado perfil, sem a presença de uma fonte externa confirmatória. De fato, essa fonte pode potencialmente levar a uma falsa percepção de que um problema é menor do que realmente o paciente enfrenta.

8. Bibliografia

- Adler L, Cohen J. Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*. 2004;27(2):187–201.
- Alexander L, Liljequist L. Determining the Accuracy of Self-Report Versus Informant-Report Using the Conners' Adult ADHD Rating Scale. *Journal of Attention Disorders*. 2013.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1994.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Applegate B, Lahey BB, Hart EL, Biederman J, Hynd GW, Barkley RA, Shaffer D. Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997;36:1211–1221.
- Barkley RA, Knouse LE, Murphy KR. Correspondence and disparity in the self- and other ratings of current and childhood ADHD symptoms and impairment in adults with ADHD. *Psychological Assessment*. 2011;23(2):437–46.
- Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 2002;111:279–289.
- Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *Journal of*

the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2006;45:192–202.

Belendiuk KA, Clarke TL, Chronis AM, Raggi VL. Assessing the concordance of measures used to diagnose adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2007;10(3):276–87.

Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2005;366:237–248.

Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA, Doyle A. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 1993;150:1792–1798.

Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*. 2000;157:816–818.

Biederman J, Mick E, Spencer T, et al. An open-label trial of OROS methylphenidate in adults with late-onset ADHD. *CNS Spectr*. 2006;11:390–396.

Biederman J, Monuteaux MC, Doyle AE, et al. Impact of executive function deficits and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on academic outcomes in children. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72:757–766.

Biederman J, Spencer T, Yorks D, et al. Deficient Emotional Self-Regulation and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Family Risk Analysis. 2011;(June):617–623.

Biederman J, Wilens T, Mick E, Spencer T, Faraone SV. Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics*. 1999;104:e20.

- Caye A, Machado JD, Rohde LA. Evaluating Parental Disagreement In ADHD Diagnosis: Can We Rely On A Single Report From Home? *J Atten Disord*. 2013.
- Connor DF, Edwards G, Fletcher KE, Baird J, Barkley RA, Steingard RJ. Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003;42:193–200.
- Dias G, Mattos P, Coutinho G, Segenreich D, Saboya E, Ayrão V. Agreement rates between parent and self-report on past ADHD symptoms in an adult clinical sample. *Journal of Attention Disorders*. 2008;12(1):70–5.
- Dwyer SB, Nicholson JM, Battistutta D. Parent and teacher identification of children at risk of developing internalizing or externalizing mental health problems: a comparison of screening methods. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*. 2006;7:343–357.
- Ebejer JL, Medland SE, van der Werf J, Gondro C, Henders AK, Lynskey M, Duffy DL. (2012). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Australian Adults: Prevalence, Persistence, Conduct Problems and Disadvantage. *PLoS ONE*. 2012;7.
- Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*. 2006;36:159–165.
- Faraone SV, Biederman J, Milberger S. How reliable are maternal reports of their children's psychopathology? One-year recall of psychiatric diagnoses of ADHD children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1995;34:1001–1008.
- Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Mick E, Murray K, Petty C, Monuteaux MC. Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid? *The American journal of psychiatry*. 2006;163:1720–1729; quiz 1859.

- Faraone SV, Kunwar A, Adamson J, Biederman J. Personality traits among ADHD adults: implications of late-onset and subthreshold diagnoses. *Psychological Medicine*. 2009;39:685–693.
- Faraone SV, Wilens TE, Petty C, Antshel K, Spencer T, Biederman J. Substance use among ADHD adults: implications of late onset and subthreshold diagnoses. *The American Journal on Addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*. 2007;16 Suppl 1:24–32; quiz 33–34.
- Feifel D. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Postgraduate Medicine*. 1996;100:207–211, 215–218.
- Fredriksen M, Halmøy A, Faraone SV, Haavik J. Long-term efficacy and safety of treatment with stimulants and atomoxetine in adult ADHD: A review of controlled and naturalistic studies. *European Neuropsychopharmacology*. 2013;23:508–527.
- Friedrichs B, Igl W, Larsson H, Larsson JO. (2012). Coexisting Psychiatric Problems and Stressful Life Events in Adults With Symptoms of ADHD--A Large Swedish Population-Based Study of Twins. *Journal of Attention Disorders*. 2012;16:13–22.
- Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997;36:1036–1045.
- Glutting JJ, Youngstrom EA, Watkins MW. ADHD and college students: exploratory and confirmatory factor structures with student and parent data. *Psychological Assessment*. 2005;17:44–55.
- Graetz BW, Sawyer MG, Baghurst P. Gender differences among children with DSM-IV ADHD in Australia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2005;44:159–168.

- Graf WD, Nagel SK, Epstein LG, Miller G, Nass R, Larriviere D. Pediatric neuroenhancement: ethical, legal, social, and neurodevelopmental implications. *Neurology*. 2013;80:1251–60.
- Greely H, Sahakian B, Harris J, Kessler RC, Gazzaniga M, Campbell P, Farah MJ. Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. *Nature*. 2008;456:702–705.
- Grevet EH, Bau CHD, Salgado CAI, et al. Lack of gender effects on subtype outcomes in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: support for the validity of subtypes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256(5):311–9.
- Haavik J, Halmøy A, Lundervold AJ, Fasmer OB. Clinical assessment and diagnosis of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2010;10(10):1569–80.
- Hässler F, Reis O, Buchmann J, Bohne-Suraj S. Legal aspects of hyperkinetic disorders/ADHD. *Der Nervenarzt*. 2008;79:820–826.
- Ilieva IP, Farah MJ. Enhancement stimulants: perceived motivational and cognitive advantages. *Frontiers in Neuroscience*. 2013;7:198.
- Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:147–158.
- Kaplan E, Fein D, Morris R, Delis DC. *WAIS-R: manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1991.
- Karam RG, Bau CHD, Salgado CAI, et al. Late-onset ADHD in adults: milder, but still dysfunctional. *Journal of Psychiatric Research*. 2009; 43(7):697–701.
- Katz N, Petscher Y, Welles T. Diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder in college students: an investigation of the impact of informant ratings on

diagnosis and subjective impairment. *Journal of Attention Disorders*. 2009;13(3):277–83.

Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *The American Journal of Psychiatry*. 2006;163:716–723.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62:593–602.

Kieling C, Kieling RR, Rohde LA, et al. The age at onset of attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 2010;167:14–16.

Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MAR, Roizen E, Hutchison JA, Lashua EC, Castellanos FX. Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Archives of General Psychiatry*. 2012;69:1295–303.

Knouse LE, Bagwell CL, Barkley RA, Murphy KR. Accuracy of self-evaluation in adults with ADHD: evidence from a driving study. *Journal of Attention Disorders*. 2005;8: 221–234.

Kooij JJS, Buitelaar JK, van den Oord EJ, Furer JW, Rijnders CAT, Hodiament PPG. Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine*. 2005;35:817–827.

Kooij JJS, Marije Boonstra A, Swinkels SHN, Bekker EM, de Noord I, Buitelaar JK. Reliability, validity, and utility of instruments for self-report and informant report concerning symptoms of ADHD in adult patients. *Journal of Attention Disorders*. 2008;11(4):445–58.

- Larson K, Russ SA, Kahn RS, Halfon N. Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*. 2011; 127:462–470.
- Larsson H, Chang Z, D’Onofrio BM, Lichtenstein P. The heritability of clinically diagnosed attention deficit hyperactivity disorder across the lifespan. *Psychological Medicine*. 2013;1–7.
- Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *The American Journal of Psychiatry*. 1998; 155:493–498.
- Mannuzza S, Klein RG, Klein DF, Bessler A, ShROUT P. Accuracy of adult recall of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 2002; 159:1882–1888.
- Mannuzza S, Klein RG, Klein DF, Bessler A, ShROUT P. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. 2002;(November):1882–1888.
- Matte B, Rohde LA, Grevet EH. ADHD in adults: a concept in evolution. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord*. 2012;4:53–62.
- Matza LS, Paramore C, Prasad M. A review of the economic burden of ADHD. *Cost Eff Resour Alloc*. 2005;3:5.
- McGough JJ, Barkley RA. Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 2004; 161:1948–1956.
- Mick E, Faraone S V. Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008;17:261–284.
- Miller CJ, Newcorn JH, Halperin JM. Fading memories: retrospective recall inaccuracies in ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2010; 14(1):7–14.
- Mitsis EM, McKay KE, Schulz KP, Newcorn JH, Halperin JM. Parent-teacher concordance for DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder in a clinic-

referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000;39:308–313.

Murphy KR, Barkley RA, Bush T. Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2002;190:147–157.

Murphy P, Schachar R. Use of self-ratings in the assessment of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Am J Psychiatry*. 2000;157(7):1156–9.

Olfson M, Huang C, Gerhard T, Winterstein AG, Crystal S, Allison PD, Marcus SC. Stimulants and cardiovascular events in youth with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2012;51:147–56.

Owens JS, Goldfine ME, Evangelista NM, Hoza B, Kaiser NM. A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2007;10:335–351.

Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*. 2007;164:942–948.

Reinhardt MC, Benetti L, Victor MM, Grevet EH, Belmonte-de-Abreu P, Faraone SV, Rohde LA. Is age-at-onset criterion relevant for the response to methylphenidate in attention-deficit/hyperactivity disorder? *The Journal of clinical psychiatry*. 2007;68:1109–1116.

Rohde LA. Is There a Need to Reformulate Attention Deficit Hyperactivity Disorder Criteria in Future Nosologic Classifications? *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008;17:405–420.

- Rohde LA, Biederman J, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S, Tramontina S. Exploring ADHD age-of-onset criterion in Brazilian adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;9:212–218.
- Rowland AS, Lesesne CA, Abramowitz AJ. The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a public health view. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 2002;8:162–170.
- Sato JR, Hoexter MQ, Castellanos XF, Rohde LA. Abnormal Brain Connectivity Patterns in Adults with ADHD: A Coherence Study. *PLoS One*. 2012;7.
- Sayal K, Goodman R. Do parental reports of child hyperkinetic disorder symptoms at school predict teacher ratings? *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2009;18:336–344.
- Shaw M, Caci H, Hodgkins P, Kahle J, Callamaras N, Woods A. Review of studies of ADHD: Long-term outcomes with and without treatment. *Eur Psychiatry*. 2011;26.
- Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2007;104:19649–19654.
- Sibley MH, Pelham WE, Molina BSG, et al. Diagnosing ADHD in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2012;80(1):139–50.
- Sibley MH, Pelham WE, Molina BSG, et al. When diagnosing ADHD in young adults emphasize informant reports, DSM items, and impairment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2012;80(6):1052–61.
- Stergiakouli E, Thapar A. Fitting the pieces together: current research on the genetic basis of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2010;6:551–560.

- Swensen A, Birnbaum HG, Ben Hamadi R, Greenberg P, Cremieux PY, Secnik K. Incidence and costs of accidents among attention-deficit/hyperactivity disorder patients. *J Adolesc Heal.* 2004;35.
- Todd RD, Huang H, Henderson CA. Poor utility of the age of onset criterion for DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder: recommendations for DSM-V and ICD-11. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines.* 2008;49:942–949.
- Wallis D, Russell HF, Muenke M. Genetics of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Pediatr Psychol.* 2008.
- Weiss G, Hechtman L, Perlman T, Hopkins J, Wener A. Hyperactives as young adults: a controlled prospective ten-year follow-up of 75 children. *Archives of General Psychiatry.* 1979;36:675–681.
- Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adults with ADHD. An overview. *Ann N Y Acad Sci.* 2001;931:1–16.
- Wilens TE, Biederman J, Faraone SV, Martelon M, Westerberg D, Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *The Journal of Clinical Psychiatry,* 2009;70:1557–1562.
- Wolraich ML, Lambert EW, Bickman L, Simmons T, Doffing MA, Worley KA. Assessing the impact of parent and teacher agreement on diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP.* 2004;25:41–47.
- Wood DR, Reimherr FW, Wender PH, Johnson GE. Diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction in adults: a preliminary report. *Archives of general psychiatry.* 1976;33:1453–1460.
- World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. *Int Classif.* 1992;10:1–267.

Yoshimasu K, Barbaresi WJ, Colligan RC, et al. P01-306-Adhd, gender, and psychiatric comorbidity in a population-based birth cohort. *Eur Psychiatry*. 2011;26:308.

Young SE, Friedman NP, Miyake A, Willcutt EG, Corley RP, Haberstick BC, Hewitt JK. Behavioral disinhibition: liability for externalizing spectrum disorders and its genetic and environmental relation to response inhibition across adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*. 2009;118:117–130.

Zucker M, Morris MK, Ingram SM, Morris RD, Bakeman R. Concordance of self- and informant ratings of adults' current and childhood attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Psychological Assessment*. 2002;14(4):379–389.

A. K-SADS (DSM-IV)

A) DESATENÇÃO

A1. INCAPACIDADE DE PRESTAR ATENÇÃO AOS DETALHES

Você freqüentemente não consegue prestar atenção aos detalhes?

Você freqüentemente comete erros nas tarefas, no trabalho, durante outras atividades?

Você comete erros banais por falta de atenção?

A2. DIFICULDADE EM MANTER A ATENÇÃO (FOCO)

Você tem dificuldades em manter a atenção?

Você em geral tem problemas em fixar a atenção nas tarefas, em projetos ou em atividades recreativas? (ex. *Ler por muito tempo*)

A3. PARECE NÃO OUVIR

Você freqüentemente parece não escutar o que lhe está sendo dito?

Seus familiares, colegas e amigos freqüentemente se queixam que você parece não estar prestando atenção (devaneando) ou não ouvindo o que lhe dizem?

As pessoas se queixam que você não ouve o que lhe dizem?

A4. NÃO SEGUE AS INSTRUÇÕES

Você freqüentemente não segue as instruções que lhe são dadas?

Você freqüentemente não consegue terminar uma tarefa, deveres ou obrigações no trabalho? (ex. *seguir corretamente uma receita, ler um manual de instruções?*)

A5. DIFICULDADES DE SE ORGANIZAR

Você freqüentemente tem dificuldades de se organizar em tarefas, no trabalho ou nas atividades?

A6. EVITAÇÃO OU DESAGRADO PROFUNDO POR TAREFAS MENTAIS

Você tem a tendência a evitar ou não gostar de tarefas que demandem esforço mental contínuo (ex. leitura, trabalhos burocráticos, escrever, estudar)?

A7. FREQUENTEMENTE PERDE OU ESTRAVIA COISAS

Você perde coisas com freqüência? Especialmente aquelas que são necessárias para realizar tarefas e atividades (ex. chaves, ferramentas, contas, material de escritório).

A8. FACILMENTE DISTRAÍDO

Você se distrai facilmente por estímulos externos?

Qualquer coisa consegue lhe tirar a atenção do que está realizando?

(ex. Em lugares públicos não consegue conversar por se distrair facilmente)

A9. MUITAS VEZES ESQUECE

Você se esquece facilmente de coisas que tem que realizar tais como encontros, pagar contas, entregar coisas no prazo certo?

B) HIPERATIVIDADE/IMPULSIVIDADE

B1. IRREQUIETO

Você freqüentemente fica remexendo com suas mãos ou pés?

Você freqüentemente se contorce na sua cadeira?

B2. DIFICULDADES EM PERMANECER SENTADO

Você tem dificuldade de ficar sentado por muito tempo em sua cadeira trabalhando, estudando, fazendo as refeições ou no cinema?

B3. HIPERATIVIDADE/INQUIETAÇÃO

Você sente a necessidade de ficar constantemente em movimento, ficar mexendo em coisas sem muita objetividade?

Incomodado quando se sente confinado/fechado

Você vivencia situações de inquietação? (ex. *sensação subjetiva de inquietação*)

B4. DIFICULDADES DE REALIZAR ATIVIDADES DE LAZER CALMAMENTE

Você tem dificuldades em empreender atividades de lazer calmamente ou sozinho?

B5. MUITAS VEZES “LIGADO NA TOMADA” OU AGE COMO “SE TIVESSE UM MOTORZINHO DENTRO DE VOCÊ”

Você freqüentemente se sente “ligado na tomada” ou como se “tivesse um motorzinho”?

Sente-se desconfortável em permanecer parado por um período de tempo longo, como em restaurantes, encontros, etc

B6. FREQUENTEMENTE FALA DEMAIS

Você fala demais o tempo todo, mais do que as outras pessoas? Isto é um problema para você?

B7. DISPARA RESPOSTAS

Você freqüentemente responde antes que alguém tenha acabado de fazer as perguntas (afobado)?

B8. DIFICULDADES DE ESPERAR SUA VEZ

Você tem dificuldades de esperar em filas ou esperar a sua vez em atividades ou situações em grupo?

B9. INTERROMPE OU SE INTROMETE MUITAS VEZES

Você fala ou interrompe os outros quando estes estão falando, em jogos ou atividades; sem esperar que tenham terminado? Frequentemente? pode começar a utilizar coisas dos outros sem pedir ou receber permissão; adolescentes ou adultos podem se intrometer ou controlar o que outros estão fazendo).

C. CONTEXTOS**C1. COLÉGIO OU FACULDADE**

Esses sintomas são percebidos no seu local de estudo? Você tem dificuldades no seu local de estudo?

C2. TRABALHO

Esses sintomas são percebidos no seu local de trabalho? Você tem problemas no trabalho?

C3. CASA

Esses sintomas são percebidos em casa? Você tem problemas em casa?

CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO**1) Seis (ou mais) dos sintomas de desatenção (A1 a A9):**

0) Ausentes 1) Presentes

2) Seis (ou mais) dos sintomas de Hiperatividade/Impulsividade (B1 a B9):

0) Ausentes 1) Presentes

3) prejuízo em dois ou mais contextos:

0) Ausentes 1) Presentes

Diagnóstico TDAH

0) Ausente 1) Sublimiar 2) Presente

Diagnóstico Subtipo

1) Desatento 2) Hiperativo 3) Combinado 4) Desatento Restritivo

B. SNAP-IV

Nome do Paciente: _____ Número: _____

Para cada item escolha a coluna que melhor descreve você:

MTA SNAP-IV	Nem um pouco	Um pouco	Bastante	Demais
1 Falho em prestar atenção aos detalhes ou cometo erros por falta de cuidado em trabalhos ou em tarefas				
2 Tenho dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3 Pareço não escutar quando me falam diretamente				
4 Não sigo instruções e falho em terminar tarefas ou obrigações.				
5 Tenho dificuldades para organizar tarefas ou obrigações				
6 Evito, não gosto ou reluto em envolver-me em tarefas que me exijam manutenção de esforço mental.				
7 Perco coisas necessárias para minhas atividades (chaves, livros, lápis, material de trabalho, contas)				
8 Sou distraído por estímulos do ambiente.				
9 Sou esquecido nas atividades diárias				
10 Sou Irrequieto com as mãos ou pés ou me remexe na cadeira				
11 Abandono minha cadeira em situações nas quais esperam que permaneça sentado				
12 Sou inquieto, não consigo me manter em um mesmo lugar				
13 Tenho dificuldade de me envolver silenciosamente em atividades de lazer				
14 Estou a mil ou freqüentemente ajo como se estivesse "a todo vapor".				
15 Falo em demasia				
16 Dou respostas precipitadas antes das perguntas serem completadas				
17 Tenho dificuldade para aguardar minha vez				
18 Interrompo ou me intrometo com os outros (ex. intrometo-me em conversas)				
19 Me descontrolo				
20 Discuto com os outros				
21 Ativamente desafio ou me recuso a seguir os pedidos dos chefes ou as regras				
22 Faço coisas para incomodar os outros de propósito				
23 Culpo os outros pelos meus erros ou má conduta				
24 Sou sensível ou facilmente incomodado pelos outros				
25 Sou raivoso ou ressentido				
26 Sou malvado ou vingativo				

C. Escala de Barkley pessoal

Escala de sintomas atuais – questionário pessoal

Nome _____ Número ____ ____ ____ Data ____/____/____

Instruções: Por favor, circule o número próximo a cada item que melhor descreva seu comportamento

Em que extensão estes problemas com sintomas de desatenção e hiperatividade que você acabou de assinalar interferem em sua capacidade nas seguintes áreas (nos últimos 6 meses):

Áreas	Nunca ou raramente	Algumas vezes	Frequente-mente	Muito frequen-temente
1.Em casa com minha família	0	1	2	3
2.Trabalho	0	1	2	3
3.Interações sociais	0	1	2	3
4.Atividades comunitárias	0	1	2	3
5.Nos estudos	0	1	2	3
6.Namoro ou casamento	0	1	2	3
7.Finanças	0	1	2	3
8.Condução de veículos	0	1	2	3
9.Lazer	0	1	2	3
10.Responsabilidades diárias	0	1	2	3

Que idade você tinha quando estes problemas com a atenção, impulsividade ou hiperatividade começaram? _____ anos.

Escala de sintomas na infância (5 a 12 anos) questionário preenchido pelo paciente

Instruções: Por favor, circule o número próximo a cada item que melhor descreva seu comportamento

dos 5 aos 12 anos.

Itens	Nunca ou raramente	Algumas vezes	Frequent e-mente	Muito frequen-temente

1. Não conseguia manter atenção firme a detalhes ou cometia enganos por descuido nos estudos	0	1	2	3
2. Era inquieto com mãos, pés ou ao sentar-me	0	1	2	3
3. Tinha dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer	0	1	2	3
4. Levantava-me de minha cadeira em situações em que se esperava que ficasse sentado	0	1	2	3
5. Não ouvia quando se dirigiam a mim	0	1	2	3
6. Sentia-me inquieto	0	1	2	3
7. Não seguia instruções e não concluía tarefas	0	1	2	3
8. Tinha dificuldade em me manter em silêncio nas atividades de lazer	0	1	2	3
9. Tinha dificuldade para me organizar em atividades e tarefas	0	1	2	3
10. Sentia-me "ligado na tomada" ou "movido a jato"	0	1	2	3
11. Evitava, não gostava, ou relutava em fazer trabalhos que exigiam esforço mental prolongado	0	1	2	3
12. Falava demais	0	1	2	3
13. Perdia objetos necessários para realizar tarefas e atividades	0	1	2	3
14. Respondia a perguntas antes que fossem completadas	0	1	2	3
15. Distraía-me facilmente	0	1	2	3
16. Tinha dificuldade em esperar a minha vez	0	1	2	3
17. Era esquecido para realizar atividades cotidianas	0	1	2	3
18. Interrompia e era intrometido com os outros	0	1	2	3

Em que extensão estes problemas que você acabou de assinalar interferiam em sua capacidade nas seguintes áreas **quando você tinha de 5 a 12 anos:**

Áreas	Nunca ou raramente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
1. Em casa com minha família	0	1	2	3
2. Trabalho	0	1	2	3
3. Interações sociais	0	1	2	3
4. Atividades comunitárias	0	1	2	3
5. Nos estudos	0	1	2	3

6.Namoro ou casamento	0	1	2	3
7.Finanças	0	1	2	3
8.Condução de veículos	0	1	2	3
9.Lazer	0	1	2	3
10.Responsabilidades diárias	0	1	2	3

Instruções: circule o número que melhor descreve seu comportamento

quando você tinha de 5 a 12 anos

Comportamentos	Nunca ou raramente	Algumas vezes	Freqüente-mente	Muito freqüentemente
1. Perdia as estribeiras	0	1	2	3
2. Discutia	0	1	2	3
3. Era desafiador ou me recusava a seguir regras	0	1	2	3
4. Deliberadamente irritava os outros	0	1	2	3
5. Culpava os outros pelos meus erros ou maus comportamentos	0	1	2	3
6. Os outros Irritavam-me facilmente	0	1	2	3
7. Era irritado e ressentido	0	1	2	3
8. Era rancoroso ou vingativo	0	1	2	3

D. Escala de Barkley familiar

**Escala de sintomas atuais - Questionário preenchido por familiar ou
pessoa íntima**

Nome _____ Data ___/___/___

Identificação do informante _____

Instruções: Por favor, circule o número próximo a cada item que melhor descreva o comportamento do
paciente *durante os últimos 6 meses*.

Itens	Nunca ou raramente	Algumas vezes	Freqüen- temente	Muito freqüen- temente
1. Não consegue dar a devida atenção a detalhes ou comete enganos por descuidos no seu trabalho	0	1	2	3
2. É inquieto com as mãos, os pés ou quando sentado	0	1	2	3
3. Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer	0	1	2	3
4. Levanta-se de sua cadeira em situações em que se espera que fique sentado	0	1	2	3
5. Não presta atenção quando se dirigem a ele	0	1	2	3
6. Sente-se inquieto	0	1	2	3
7. Não segue instruções e não conclui tarefas	0	1	2	3
8. Tem dificuldade em se envolver em atividades de lazer em silêncio	0	1	2	3
9. Tem dificuldade em organizar atividades e tarefas	0	1	2	3
10. Sente-se "ligado na tomada" ou "movido a jato"	0	1	2	3
11. Evita, não gosta, ou reluta em fazer trabalhos que exigem esforço mental prolongado	0	1	2	3
12. Fala demais	0	1	2	3
13. Perde coisas necessárias para tarefas e atividades	0	1	2	3
14. Responde perguntas antes que sejam completadas	0	1	2	3
15. Distrai-se facilmente	0	1	2	3
16. Tem dificuldade em esperar sua vez	0	1	2	3

17. É esquecido nas atividades cotidianas	0	1	2	3
18. Interrompe os outros e é intrometido	0	1	2	3

Em que extensão estes problemas que você acabou de assinalar interferem na vida do paciente nas seguintes áreas:

Áreas	Nunca ou raramente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
1.Em casa com a família	0	1	2	3
2.Trabalho	0	1	2	3
3.Interações sociais	0	1	2	3
4.Atividades comunitárias	0	1	2	3
5.Nos estudos	0	1	2	3
6.Namoro ou casamento	0	1	2	3
7.Finanças	0	1	2	3
8Condução de veículos	0	1	2	3
9.Lazer	0	1	2	3
10.Responsabilidades diárias	0	1	2	3

Instruções: circule o número que melhor descreve o comportamento

do paciente nos últimos 6 meses

Comportamentos	Nunca ou raramente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
1. Perde as estribeiras	0	1	2	3
2. Discute	0	1	2	3
3. É desafiador ou se recusa a seguir regras	0	1	2	3
4. Deliberadamente irrita os outros	0	1	2	3
5. Culpa os outros pelos seus erros ou maus comportamentos	0	1	2	3
6. Os outros irritavam-no facilmente	0	1	2	3
7. É irritado e ressentido	0	1	2	3
8. É rancoroso ou vingativo	0	1	2	3

Escala de sintomas na infância (5 a 12 anos) questionário preenchido por familiar ou pessoa íntima

Nome _____ Data ___/___/___
 Identificação do informante _____

Instruções: Por favor, circule o número próximo a cada item que melhor descreva o comportamento do
 paciente **dos 5 aos 12 anos.**

Itens	Nunca ou rara- mente	Algumas vezes	Fre- qüente- mente	Muito fre- qüen- temente
1. Não conseguia manter atenção firme a detalhes ou cometia enganos por descuido nos estudos	0	1	2	3
2. Era inquieto com mãos, pés ou ao sentar-se	0	1	2	3
3. Tinha dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer	0	1	2	3
4. Levantava-se de sua cadeira em situações em que se esperava que ficasse sentado	0	1	2	3
5. Não prestava a atenção quando lhe dirigiam a palavra	0	1	2	3
6. Era inquieto	0	1	2	3
7. Não seguia instruções e não concluía tarefas	0	1	2	3
8. Tinha dificuldade em se manter em silêncio nas atividades de lazer	0	1	2	3
9. Tinha dificuldade para se organizar em atividades e tarefas	0	1	2	3
10. Parecia "ligado na tomada" ou "movido a jato"	0	1	2	3
11. Evitava, não gostava, ou relutava em fazer trabalhos que exigiam esforço mental prolongado	0	1	2	3
12. Falava demais	0	1	2	3
13. Perdia objetos necessários para realizar tarefas e atividades	0	1	2	3
14. Respondia a perguntas antes que fossem completadas	0	1	2	3
15. Distraía-se facilmente	0	1	2	3
16. Tinha dificuldade em esperar sua vez	0	1	2	3
17. Era esquecido para realizar atividades cotidianas	0	1	2	3
18. Interrompia e era intrometido com os outros	0	1	2	3

Com que idade do paciente surgiram os problemas que você acabou de assinalar? _____ anos

Em que extensão estes problemas que você acabou de assinalar interferiam na capacidade do paciente nas seguintes áreas, quando ele tinha de 5 a 12 anos:

Áreas	Nunca ou raramente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
1. Em casa com sua família	0	1	2	3
2. Trabalho	0	1	2	3
3. Interações sociais	0	1	2	3
4. Atividades comunitárias	0	1	2	3
5. Nos estudos	0	1	2	3
6. Namoro ou casamento	0	1	2	3
7. Finanças	0	1	2	3
8. Condução de veículos	0	1	2	3
9. Lazer	0	1	2	3
10. Responsabilidades diárias	0	1	2	3

Instruções: circule o número que melhor descreve o comportamento

quando o paciente tinha de 5 a 12 anos

Comportamentos	Nunca ou raramente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
1. Perdia as estribeiras	0	1	2	3
2. Discutia	0	1	2	3
3. Era desafiador ou se recusava a seguir regras	0	1	2	3
4. Deliberadamente irritava os outros	0	1	2	3
5. Culpava os outros pelos seus erros ou maus comportamentos	0	1	2	3
6. Os outros irritavam-no facilmente	0	1	2	3
7. Era irritado e ressentido	0	1	2	3
8. Era rancoroso ou vingativo	0	1	2	3

Instruções: Por favor, indique se o paciente apresentava alguma das seguintes características

entre os 5 e 18 anos

1. Frequentemente provocava, ameaçava ou intimidava os outros	Não	Sim
2. Frequentemente envolvia-se em lutas corporais	Não	Sim
3. Usava armas que poderiam causar sérios danos físicos aos outros (ex.: bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca ou revólver)	Não	Sim
4. Era fisicamente cruel para com os outros	Não	Sim
5. Era fisicamente cruel para com animais	Não	Sim
6. Cometia assaltos	Não	Sim
7. Forçava pessoas a manter relações sexuais	Não	Sim
8. Deliberadamente ateava fogo em objetos para causar sérios danos	Não	Sim
9. Deliberadamente destruía propriedade alheia	Não	Sim
10. Arrombava carros, prédios ou residências	Não	Sim
11. Frequentemente mentia para obter vantagens, favores ou evitar obrigações	Não	Sim
12. Furtava objetos de valor	Não	Sim
13. Frequentemente pernoitava fora de casa, apesar da proibição dos pais (idade: _____ anos)	Não	Sim
14. Fugiu de casa à noite pelo menos duas vezes, enquanto vivia com os pais, em abrigos ou pensões protegidas. Quantas vezes? _____	Não	Sim
15. "Matava aulas" frequentemente. Com que idade? _____ anos	Não	Sim

E. Termo de Consentimento – casos

Voluntário n.º

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informação sobre o estudo do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em adultos (TDAH)

Prezado(a) Senhor(a):

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) que estuda o **transtorno de déficit de atenção e hiperatividade no adulto**. Popularmente, este transtorno costuma ser chamado de **Déficit de Atenção**. Este é um transtorno frequente nos adultos, que acomete cerca de 8 milhões de brasileiros. Pessoas com **Déficit de Atenção** apresentam prejuízos no rendimento em diferentes áreas da vida como nos estudos, no trabalho e no convívio familiar e social.

No momento, estamos interessados em estudar pessoas que **NÃO** apresentem **Déficit de Atenção**. Por isso, estamos lhe convidando para participar de uma avaliação psiquiátrica, **como voluntário**, para saber se você apresenta ou não **Déficit de Atenção**.

Se você apresentar o diagnóstico de **Déficit de Atenção**, poderá optar por ser atendido(a) em nosso ambulatório gratuitamente.

Se você **NÃO** apresentar **Déficit de Atenção**, uma entrevista psiquiátrica completa lhe será oferecida para o levantamento de outros problemas psiquiátricos.

Se você apresentar qualquer outro **problema emocional** faremos o esforço possível no sentido de orientá-lo e encaminhá-lo para o tratamento adequado e compatível com sua situação financeira, dentro dos recursos da comunidade.

Esta avaliação será mantida sob absoluto sigilo.

No momento que você estiver doando sangue, será coletada 01 (uma) amostra de 10 mililitros (ml) para nosso estudo. Esta amostra de sangue será utilizada **EXCLUSIVAMENTE** para a avaliação de alguns genes relacionados ao transtorno.

O material extraído e os dados coletados na entrevista serão utilizados para fazer comparações entre pessoas que tem **Déficit de Atenção** e pessoas que não tem o transtorno.

O sangue será guardado no Departamento de Genética da UFRGS aos cuidados do professor Dr. Claiton Henrique Dotto Bau.

Este material será guardado de uma forma especial sem descrição de nome. Apenas com um número de código de conhecimento exclusivo dos pesquisadores.

Se este material vier a ser usado em pesquisas científicas posteriores, você será consultado para saber se aceita ou não que isto seja feito. Quaisquer novos estudos serão submetidos previamente à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas.

Em caso de qualquer dúvida, ou desejo de que seu sangue seja retirado de nosso estudo, você pode entrar em contato pelo telefone com os pesquisadores responsáveis:

Dr. Claiton Henrique Dotto Bau (3308-6718)

Dr. Paulo Belmonte-de-Abreu (3346-2977)

Dr. Eugenio Horacio Grevet (3321-2347 e 9987-7602)

Dr. Eduardo Vitola (3594-1153 e 91056254)

Porto Alegre, ____ de _____ de 20__.

Eu, _____ recebi as orientações necessárias para entender o presente estudo, assim como li a Informação do mesmo.

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador

Obs: Uma via deste documento ficará com você e outra com a equipe de pesquisa.

F. Aprovação da Comissão de Ética - casos



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

RESOLUÇÃO

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 01-321

Versão do Projeto: 22/01/2002

Versão do TCLE: 22/01/2002

Pesquisadores:

PAULO SILVA BELMONTE DE ABREU
CLAITON H. O. BAU
EUGENIO GREVET
CARLOS ALBERTO IGLESIAS SALGADO
BETINA CHAIT

Título: ESTUDO DAS BASES MOLECULARES DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE EM ADULTOS

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.

Por pertencer a uma área temática especial este projeto somente poderá ser iniciado após a sua aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Porto Alegre, 25 de janeiro de 2002.

Profa. Themis Reverbel da Silveira
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

G. Termo de Consentimento – controles

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Informação sobre o Estudo com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em Adultos (TDAHA)

Prezado(a) Senhor(a):

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e pretendemos estudar a relação entre **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade no Adulto** (identificado com a sigla **TDAHA**) e suas características genéticas. Este é um transtorno freqüente em adultos, acometendo cerca de 3 em cada 100 pessoas. O TDAHA tende a prejudicar o rendimento e o progresso da pessoa em diferentes áreas da vida, como trabalho e relacionamento social, mas raramente é visto como transtorno (em geral as pessoas acham que é falta de força de vontade, de caráter, etc.). É um problema que com freqüência também se associa a outros, como uso de drogas e álcool ou alterações cíclicas de humor (altos e baixos, também descritos como Transtorno Bipolar de Humor). Existe uma impressão de que o tipo de maior complicação, que é o com Hiperatividade, tenha bases genéticas diferentes daquele que tem somente Desatenção.

As pessoas selecionadas para o estudo serão submetidas a uma avaliação psiquiátrica que será mantida sob sigilo absoluto. Se houver um diagnóstico psiquiátrico (Síndrome Psiquiátrica) esse será comunicado ao paciente. Esforços serão feitos no sentido de orientá-lo e encaminhá-lo para o tratamento adequado, dentro dos recursos do HCPA e da comunidade. O aconselhamento genético, quando necessário, será oferecido pela equipe sob supervisão do geneticista membro da Equipe Professor Dr. Claiton Henrique Dotto Bau.

Caso o paciente preencha os critérios para o diagnóstico de TDAHA, será coletada 1 (uma) amostra de 10 mililitros (ml) de sangue no Laboratório do HCPA. Esta amostra será utilizada para a separação do material genético nela contido na forma de Ácido Desoxirribonuclêico, conhecido como DNA, ou ADN. A partir deste material extraído, serão estudadas mutações que fazem que seu portador possua um funcionamento mental alterado. O material coletado será guardado no Laboratório de Biologia Molecular do Professor Claiton Bau, no Campus do Vale da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, de uma forma especial sem descrição de nome, e com um número de código com chave de conhecimento exclusivo dos pesquisadores, para estudos posteriores de associação de outros genes como subtipos especiais desta doença. Quaisquer novos estudos serão submetidos previamente à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Em caso de qualquer dúvida, os pacientes são orientados a entrar em contato com o pesquisador Responsável, Dr. Paulo S. Belmonte de Abreu (fones 3316-8413 e 9191-1644) ou os executores deste trabalho, Dr. Eugênio Horacio Grevet (fone 3333-3734) e Dr. Carlos Alberto Iglesias Salgado (fone 3330-7818). Uma Cópia do Consentimento Informado ficará com o paciente.

Porto Alegre, ____ de _____ de 200__.

Eu, _____ recebi as orientações necessárias para entender o presente estudo, assim como li a Informação do mesmo.

Paciente

Responsável

Pesquisador

H. Aprovação da Comissão de Ética – controles



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
 COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

RESOLUÇÃO

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 01-321

Pesquisador Responsável:
PAULO SILVA BELMONTE DE ABREU

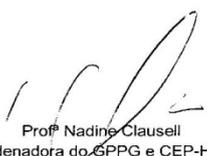
Título: ESTUDO DAS BASES MOLECULARES DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE EM ADULTOS

TCLE GRUPO CONTROLE

Data da Versão:
28/12/2007

Este documento referente ao projeto acima foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 02 de janeiro de 2008.


 Prof. Nadine Clausell
 Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA