



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Ana Leonor Assunção Silva
Adulto com Hiperactividade e Défice de
Atenção – manifestações clínicas e
comorbilidades

Maio, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ana Leonor Assunção Silva
Adulto com Hiperactividade e Défice de
Atenção – manifestações clínicas e
comorbilidades

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Pediatria do Desenvolvimento

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Prof. Doutora Júlia Guimarães

Revista Científica: Arquivos de Medicina

Maio, 2010

FMUP

Eu, Ana Leonor Assunção Silva, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801061, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/04/2010

Assinatura: Ana Leonor Assunção Silva

Adulto com Hiperactividade e Défice de Atenção – manifestações clínicas e comorbilidades

Adult with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: clinical manifestations and comorbidities

* Silva, Ana Leonor Assunção

* Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Correspondência:

Quinta das Lages, Rua 25 de Abril,

Lote 2ª - 2º Direito

5100-052 Lamego

Telemóvel: 966230608

E-mail: m04061@med.up.pt

Agradecimentos:

À Prof. Doutora Júlia Guimarães, orientadora desta monografia, pela sua disponibilidade constante e pela colaboração prestada.

Contagem de palavras

Resumo: 244

Abstract: 207

Texto: 4665

Resumo

A Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) foi inicialmente descrita como restrita à infância e adolescência, mas muitas crianças com PHDA continuam a manifestar a doença após atingirem a idade adulta, havendo uma prevalência nesta população de 3,4%. São factores preditivos da persistência da perturbação para a idade adulta, a existência na infância de um subtipo Misto (PHDA-M), manifestações mais graves da perturbação e presença de mais de três comorbilidades. Os sintomas do adulto relacionam-se sobretudo com a manifestação dos seus défices funcionais: desatenção, pouca concentração, desorganização, dificuldade em terminar tarefas e em gerir o tempo, problemas de auto-controlo, labilidade emocional e dificuldade de relacionamento. Os sintomas da PHDA sobrepõem-se frequentemente aos sintomas de outras comorbilidades psiquiátricas, nomeadamente a perturbações de humor, ansiedade, ao abuso de substâncias e, em menor proporção, a perturbações de personalidade. A PHDA não diagnosticada e tratada associa-se a taxas mais elevadas destas comorbilidades, a um estatuto socioeconómico mais baixo, a défices funcionais graves e a pior qualidade de vida. O diagnóstico da perturbação em adultos é desafiante, devido à sua manifestação inespecífica, associação a comorbilidades e na medida em que não existe um único instrumento ou teste médico que possa fazer o diagnóstico definitivo. É fundamental detectar estes indivíduos uma vez que existe tratamento disponível altamente eficaz. Este artigo revê os factores preditivos de persistência da PHDA no adulto, as suas manifestações clínicas e défices funcionais consequentes, as comorbilidades associadas e pontos essenciais para o seu diagnóstico.

Palavras-chave: Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Adulto, Manifestações Clínicas, Comorbilidade

Abstract

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) was originally described as restricted to childhood and adolescence, but many children with ADHD continue to manifest the disorder after reaching adulthood, with a prevalence of 3,4%. Predictors of a persistent disorder in adulthood are the existence in childhood of the Combined subtype (ADHD-C), more severe impairments and the presence of more than three comorbidities. Symptoms in adults are related mainly to the expression of its functional deficits: inattention, poor concentration, disorganization, task completion difficult and time management, self-control problems, emotional lability and difficulty in relationships. ADHD symptoms often overlap with symptoms of other psychiatric comorbidities, including mood disorders, anxiety, substance abuse, and to a lesser extent, personality disorders. The undiagnosed and untreated ADHD is associated with higher rates of these comorbidities, a lower socioeconomic status, severe functional deficits and poor quality of life. The diagnosis of the disorder in adults is challenging due to its nonspecific manifestations, comorbidities and due to no single instrument or medical test for a definitive diagnosis. It is essential to diagnose these individuals once highly effective treatment is available. This article reviews the persistence' predictors in adults with ADHD. Also reviews clinical manifestations and their consequent functional deficits, associated comorbidities and key points for diagnosis.

Key-words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Adult, Signs and Symptoms, Comorbidity

Índice

Lista de Siglas.....	7
Lista de Tabelas.....	7
Introdução.....	8
1. Factores Preditivos da Persistência da PHDA na Idade Adulta.....	9
2. Prevalência da PHDA no Adulto	11
3. Manifestações Clínicas.....	12
3.1 Funcionamento cognitivo.....	13
3.2 Comorbilidades.....	14
3.2.1 Comorbilidades do Eixo I.....	15
3.2.2 Comorbilidades do Eixo II.....	16
3.3 Comportamentos de Risco.....	17
4. Diagnóstico.....	18
4.1 O papel do DSM no Diagnóstico da PHDA na Idade Adulta.....	18
4.2 O papel das comorbilidades no Diagnóstico da PHDA na Idade Adulta.....	20
4.2.1 Dificuldades de aprendizagem.....	20
4.2.2 Perturbações de ansiedade.....	21
4.2.3 Perturbações de humor.....	21
4.2.4 Perturbação bipolar.....	21
4.2.5 Abuso de substâncias.....	22
4.2.6 Perturbação de Personalidade Estado-limite.....	22
4.2.7 Perturbação de Personalidade Anti-social.....	22
4.3 O Uso de Escalas de Diagnóstico.....	23
Conclusão.....	24
Referências.....	26
Anexos.....	33

Lista de Siglas

PDHA – Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção

PDHA-M – Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Tipo Misto

PDHA-PD – Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Desatento

PDHA-PH – Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Hiperactivo/Impulsivo

PP – Perturbação de Personalidade

OMS – Organização Mundial de Saúde

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EUA – Estados Unidos da América

PHDA-ERP – Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Tipo Em Remissão Parcial

QI – Quociente de Inteligência

PHDA-SOE – Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Tipo Sem Outra Especificação

Lista de Tabelas

Tabela 1. Subtipos de PHDA segundo o DSM-IV-TR

Tabela 2. Critérios de Diagnóstico do DSM-IV-TR para PHDA

Tabela 3. Escalas e Testes para aplicação em adultos com PHDA

Introdução

A Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) caracteriza-se por um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperactividade, com uma intensidade mais frequente e grave do que o observado nos indivíduos com um nível semelhante de desenvolvimento. (1)

Inicialmente foi descrita como restrita à infância e adolescência, mas muitas crianças com PHDA continuam a manifestar a doença depois de atingir a idade adulta (2). Estudos longitudinais revelam que, apesar de haver um claro declínio dos sintomas com a idade, estes tendem a persistir numa proporção variável de indivíduos (3), nomeadamente os sintomas de desatenção (4,5). Cerca de 30 – 80% dos adolescentes (5) e 50% dos adultos continuam a apresentar sintomas da PHDA e comorbilidades associadas. (6)

O reconhecimento da PHDA como perturbação psiquiátrica do adulto é relativamente recente, acreditando-se, por isso, que esta é frequentemente não detectada e tratada. (5)

Adultos com PHDA não diagnosticada apresentam taxas mais elevadas de comorbilidades psiquiátricas (7,8), prévias e actuais, um estatuto socioeconómico mais baixo, défices funcionais graves e pior qualidade de vida. (8) A PHDA sem tratamento pode afectar adversamente o desempenho na escola ou trabalho, diminuir a auto-estima e afectar os relacionamentos interpessoais. (9,10)

Como perturbação altamente condicionante (11), é necessário um alerta e esforço da parte dos profissionais de saúde para o seu reconhecimento como um diagnóstico válido em adultos (12) e, desta forma, iniciar precocemente o seu tratamento que é altamente eficaz. (13)

Os objectivos desta revisão serão o reconhecimento da PHDA como perturbação do adulto, a identificação de factores preditivos da sua persistência, a descrição das suas principais manifestações clínicas e comorbilidades, fornecendo dados que permitam estabelecer o seu diagnóstico.

1. Factores Preditivos da Persistência da PHDA na Idade Adulta

A PHDA é altamente hereditária e sabe-se que o padrão de agregação familiar é mais evidente nas famílias em que existem adolescentes com perturbação persistente, comparativamente àquelas em que a perturbação afecta apenas crianças. (14)

Apesar do padrão de hereditariedade descrito e que é aparente em 70-90% dos indivíduos, não há associado um aumento da gravidade com as gerações, isto é, não há maior probabilidade de herdar a PHDA quando o progenitor apresenta manifestações mais graves. (15)

A persistência da PHDA para a idade adulta é fortemente relacionada com os subtipos Misto (PHDA-M) (6) e Predominantemente Desatento (PHDA-PD) (5) na infância. Por outro lado, o subtipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo (PHDA-PH) é o que apresenta menor persistência para a idade adulta. (6) (Tabela 1)

São dados a favor da persistência dos sintomas: a existência de manifestações mais graves da perturbação na infância (5,6), nomeadamente a presença de três ou mais comorbilidades psiquiátricas e a história de episódio de depressão major; o facto de o pai, e não a mãe, ter história de perturbações de humor ou de ansiedade; e um dos pais ter uma Perturbação de Personalidade (PP) Anti-social. (6)

Quanto mais precoce é o aparecimento das manifestações da perturbação, maiores serão os défices funcionais apresentados e, portanto, maior será a sua interferência na idade adulta. (16)

A presença de eventos adversos e a exposição traumática na infância (5,6), apesar de altamente prevalentes nesta população (6), não se relacionam com a persistência dos sintomas. (5,6) Também o sexo, a idade (5,6) e a raça (6) não são capazes de prever a persistência destes. (5,6)

O reconhecimento e tratamento da PHDA na infância relaciona-se inversamente com os défices ocupacionais da idade adulta. As crianças sem tratamento apresentam uma maior probabilidade de não ter emprego em adultos, estão em maior risco de vir a abusar de

álcool e de drogas ilícitas, bem como têm maior probabilidade de desenvolver uma perturbação de humor. Tudo isto sublinha a importância de um reconhecimento e tratamento precoces. (17)

2. Prevalência da PHDA no Adulto

Fayad et al (18) realizaram um estudo em 2007 para a OMS (Organização Mundial de Saúde) – “*World Mental Health Survey Initiative*” (N=11422, com idades entre os 18-44 anos), com o objectivo de estimar a prevalência da PHDA, segundo os critérios do “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (DSM)–IV, em adultos de 10 países, dos quais 7 desenvolvidos e 3 em vias de desenvolvimento. A prevalência global foi de 3,4% (variação entre 1,2-7,3%), com menor prevalência nos países em vias de desenvolvimento (1,9%) e maior nos países desenvolvidos (4,2%). Relativamente à prevalência nos Estados Unidos da América (EUA) esta foi de 5,2%.

de Graaf et al (9), em 2008, pesquisaram a prevalência da PHDA na população adulta e activa, a partir da população do estudo de *Fayad et al* (18). Entre adultos empregados, a prevalência de PHDA foi de 3,5% e foi menos comum entre trabalhadores especializados. Relativamente aos dados dos EUA, a prevalência entre trabalhadores foi de 4,5%, contra uma prevalência de 7,2% em desempregados.

A PHDA associa-se a uma perda substancial de qualidade de trabalho (9,11,19), em pelo menos 22,1 (9) a 35,0 (19) dias por ano. Associa-se também a maior absentismo (11,19) e a um maior risco de acidentes de trabalho (11).

Verifica-se que, entre a população adulta com PHDA dos EUA, apenas 10,1% dos homens e 12,1% das mulheres se encontram em tratamento, o que é indicativo da sua baixa detecção e tratamento. (13)

A prevalência da PHDA no adulto é maior nos indivíduos de sexo masculino (9,13,18), divorciados (13,18) e desempregados (9,13,18,20), bem como naqueles com menor escolaridade (9,18,20,21), já reformados (18) e em Brancos Não-Hispânicos. (13,19)

3. Manifestações Clínicas

Os sintomas da PHDA observados na infância alteram-se com a entrada do doente na idade adulta. (1,2) As manifestações de hiperactividade-impulsividade tendem a diminuir com a entrada na adolescência e a serem manifestadas de modo menos óbvio ainda na idade adulta. (2,12) De facto, o subtipo PHDA-PH é o que se observa menos frequentemente no adulto, apenas em 7% dos casos. É aos subtipos PHDA-M e ao PHDA-PD que cabem as maiores fatias, 62% e 31%, respectivamente (4).

Contudo, como resultado da perturbação, estes doentes vivem dificuldades interpessoais ao longo da sua vida que se associam a uma baixa auto-estima, auto-eficácia (22) e a elevada labilidade emocional (22,23).

Os sintomas mais frequentes à apresentação são a desatenção, pouca concentração, desorganização, (24) dificuldades em terminar tarefas e em gerir o tempo, (24,25) dificuldades no auto-controlo, nomeadamente no que diz respeito ao humor, ansiedade e vida profissional difícil. (24)

Mais de 90% dos adultos com PHDA apresentam manifestações de desatenção, compatível com os subtipos PHDA-M e PHDA-PD. (4) Na idade adulta, o maior prejuízo reside na memória e atenção (2,23), causando problemas no emprego, a nível financeiro e também nos relacionamentos. (2) Outras manifestações deste domínio incluem, como já referido, a desorganização, as dificuldades em terminar tarefas (12,23) e em gerir o tempo, em manter a atenção na leitura ou na execução de tarefas, a distratibilidade, o esquecimento e a pouca concentração. (12) A presença predominante destes sintomas relaciona-se com níveis excessivos de stress. (26) Adultos com estes subtipos de PHDA são inibidos socialmente, tímidos, passivos e pessimistas mesmo em situações que não causariam alarme noutras pessoas. É frequente a associação a perturbações de humor e ansiedade (15).

As manifestações de hiperactividade-impulsividade podem observar-se nos adultos inquietos (2,12,23), que se sentem desconfortáveis nas situações em que têm de estar

calmos, (23) que têm tendências para interromper ou terminar as frases dos outros e mudam frequentemente de emprego ou escolhem aqueles que requeiram mais actividade.

(12) Há um padrão de procura constante da novidade. São curiosos, aborrecem-se facilmente, impulsivos e, muitas vezes, extravagantes. Apresentam frequentemente, por isso, um humor inconstante. (15) Por terem menor auto-controlo, podem apresentar comportamentos mais agressivos e colocarem-se frequentemente em situações de risco. (23)

Enquanto os adultos com PHDA-PD veêm o mundo como muito stressante, adultos com PHDA-PH, não são tão influenciados pelo contexto social nem pela avaliação das suas próprias competências. Estes adultos são menos queixosos relativamente à sua vida diária e são também menos sensíveis às alterações do meio que os rodeia. (26)

É preciso ter em conta que os adultos que apresentem manifestações ligeiras de PHDA podem ser capazes de compensar as suas dificuldades suficientemente bem para puderem cumprir com as suas responsabilidades (2).

A remissão dos sintomas, PHDA tipo em Remissão Parcial (PHDA-ERP), relaciona-se com um declínio dos sintomas de ansiedade, depressão e da generalidade dos sintomas emocionais, havendo uma melhoria do funcionamento psicossocial. (27)

3.1 Funcionamento cognitivo

Tem-se verificado que o défice significativo do funcionamento académico e laboral encontrado nos indivíduos com PHDA é inferior aquele que seria esperado baseado no seu potencial cognitivo, o que sugere que estes défices são independentes do Quociente de Inteligência (QI). (28,29)

Crianças e adultos com PHDA apresentam défices de performance académica, com resultados inferiores na leitura e matemática (20,30) e uma maior proporção acaba por reprovar de ano e necessitar de apoio escolar. (28)

Há uma independência relativa entre a função cognitiva e o curso da PHDA. Os défices cognitivos psicometricamente bem definidos mantêm-se estáveis com a idade

adulta, mesmo nos casos em remissão, PHDA-ERP, o que revela a relação complexa entre as componentes cognitiva e comportamental da perturbação. (30) É, portanto, a melhoria dos sintomas de PHDA que levará estes indivíduos a melhorarem as suas performances académicas e laborais. (28)

Na idade adulta, o défice de memória de trabalho verifica-se apenas para aqueles que mantêm critérios de PHDA. No caso de PHDA-ERP, segundo os achados mais recentes, não há evidência de alterações. Provavelmente, este défice será secundário aos défices nucleares da própria PHDA e existirão mecanismos compensatórios nos indivíduos em remissão. (29)

Também os défices de atenção são mais marcados na infância do que na idade adulta. Adultos com PHDA são capazes de criar estratégias cognitivas compensatórias, controlando as suas reacções. (31)

A PHDA com comorbilidades associadas relaciona-se com um agravamento destes défices funcionais. (32)

3.2 Comorbilidades

Os sintomas da PHDA sobrepõem-se frequentemente aos sintomas de outras comorbilidades psiquiátricas (2), nomeadamente a perturbações de humor, de ansiedade (13,18,33-35) e ao abuso de substâncias (13,18,20,33-35). Há também uma maior probabilidade de co-existir nestes indivíduos mais do que uma comorbilidade (18).

O DSM-IV utiliza um sistema multiaxial que organiza o diagnóstico em cinco níveis (eixos), cada um destes representando diferentes domínios de perturbações psiquiátricas. Este sistema visa facilitar a avaliação completa e sistemática das várias perturbações mentais e do estado físico em geral, dos problemas psicossociais e ambientais. São de salientar aqui o Eixo I, onde a PHDA se enquadra e que corresponde a Perturbações Clínicas e outras situações clínicas que podem ser foco de atenção médica, e o Eixo II, referente a PP e Deficiência Mental. (36)

A percentagem de perturbações comórbidas do Eixo 1 e do Eixo 2 é alta (32,37,38): 71,9% dos adultos com PHDA têm associado uma ou mais perturbações do Eixo 1 e 50,9% têm uma ou mais do Eixo 2. Dentro das primeiras, as mais comuns são as perturbações de ansiedade, de humor, de comportamento e o abuso de substâncias. Quanto ao Eixo 2, as mais frequentes são as PP Evitante, Anti-social, Obsessivo-compulsiva, Narcísica e Estado-Limite. (37)

Enquanto as comorbilidades do Eixo I são extensamente descritas na literatura, já as do Eixo II não são muito abordadas. Apesar da PHDA ser uma perturbação do Eixo I, ela envolve padrões de comportamento mal-adaptativos e crónicos, sendo, por isso, importante avaliar a existência de PP. (32)

Homens com PHDA têm mais frequentemente associado a Perturbação de Conduta Abuso de substâncias (4), e PP Anti-social (37), enquanto que as mulheres apresentam maior proporção de perturbações de pânico (4,37) e alimentares, distímia, agorafobia, fobia simples, perturbação de ansiedade generalizada (4) e PP Estado-Limite. (37)

Relativamente aos subtipos de PHDA definidos pelo DSM-IV, é o subtipo PHDA-M que apresenta taxas mais elevadas e mais graves de comorbilidades psiquiátricas. (4,37,39) O subtipo PHDA-PH associa-se sobretudo ao abuso de substâncias e às manifestações de mania. O subtipo PHDA-PD apresenta normalmente sintomas menos complexos, sendo a distímia a comorbilidade mais frequente. (39)

3.2.1 Comorbilidades do Eixo I

As dificuldades de aprendizagem são uma comorbilidade comum entre adultos com PHDA, em que homens e mulheres são afectados de igual forma. (40) Podem manifestar-se em dificuldades de leitura, escrita ou na matemática. (41) A co-existência das dificuldades de aprendizagem não confere nível adicional de ansiedade, depressão ou agressividade. (40)

As perturbações de ansiedade são consistentemente associadas aos adultos com PHDA, nomeadamente a mulheres. (37) A ansiedade pode resultar dos défices que estes

indivíduos apresentam, nomeadamente da concentração e desassossego. (41) É também mais comum, a existência de fobias específicas e perturbações de pânico (37), nomeadamente a fobia social e a agorafobia. (42)

As mulheres com PHDA têm 5,1 vezes mais risco de desenvolver uma perturbação de humor, nomeadamente uma depressão major. Nestas, a depressão surge em idades mais precoces, apresenta maior duração, e associa-se a um curso mais grave, com maior risco de suicídio. História de depressão de um dos progenitores e história pessoal de mania são preditivos significativos de depressão em mulheres com PHDA. A depressão num contexto de PHDA é altamente condicionante e sugestivo de mau prognóstico, na medida em que se associa ao aparecimento de outras perturbações, nomeadamente de ansiedade generalizada, fobia social (43, 44) e abuso de substâncias (43).

O risco de crianças com PHDA desenvolverem uma Perturbação Bipolar é superior ao da população em geral. Também os doentes com Perturbação Bipolar devem ser estudados no sentido de encontrar a existência de uma PHDA de início tardio. (41)

Há um risco aumentado de abuso de substâncias e dependência entre os adultos com PHDA (106), nomeadamente de álcool e de drogas ilícitas. A PHDA é frequentemente diagnosticada em indivíduos internados para desintoxicação e sobretudo naqueles com múltiplas adições. A idade de início do consumo é inferior à da população em geral e estes indivíduos têm maior probabilidade de falhar nas tentativas de desintoxicação.

Patofisiologicamente, a alta prevalência de adição pode ser explicada pelo facto de estas substâncias estimularem a libertação de neurotransmissores, especialmente a dopamina, reduzindo os sintomas nucleares da PHDA. (45)

Adultos com PHDA com Perturbações de Conduta e de Oposição associadas caracterizam-se como egoístas, intolerantes, críticos, pouco disponíveis e oportunistas. (15) Estas co-existências levam ao agravamento das dificuldades comportamentais e emocionais. (46,47)

3.2.2 Comorbilidades do Eixo II

A PP é um padrão estável de experiência interna e comportamento que se afasta marcadamente do esperado para o indivíduo numa dada cultura, é invasivo e inflexível, tem início na adolescência ou no jovem adulto, é estável ao longo do tempo e origina sofrimento ou incapacidade. (36)

Há evidência que a PHDA se associa a um número elevado de PP do Grupo B (Anti-social, Estado-limite, Histriónica e Narcísica), e, em menor proporção, ao C (Dependente, Evitante e Obsessivo-compulsiva). (32)

As PP do Grupo B caracterizam-se pela dificuldade de controlo ou regulação do comportamento, afectos, cognição e por problemas sociais e interpessoais que podem ser muito similares aos sintomas da PHDA. (36) Pode-se pensar que a PHDA pode predispor para PP do grupo B ou que a sua presença é capaz de alterar a trajectória do desenvolvimento da personalidade ou ainda, por outro lado, que a PHDA e as PP do grupo B partilham uma predisposição semelhante e, por isso, tendem a co-ocorrer em grandes hipóteses. Dentro destas, as mais significativas são a PP do tipo Estado-Limite, (32) mais frequente entre as mulheres e a PP Anti-social, mais observada em homens. (37)

Relativamente às PP do grupo C, a sua co-ocorrência pode reflectir a sobreposição das manifestações do medo e ansiedade presentes nos adultos com sintomas predominantes de desatenção. Dentro do grupo, é a PP Obsessivo-compulsiva a mais frequente. (32)

Há também uma maior prevalência de PP nos indivíduos que apresentam já comorbidades do Eixo I associadas à PHDA. Um exemplo é a maior prevalência de PP anti-social nos adultos com Perturbação de Conduta. (37)

3.3 Comportamentos de Risco

Os adultos com PHDA têm 2 vezes maior probabilidade de serem presos, 1,5 vezes maior risco de terem multas por excesso de velocidade e 1,8 vezes maior probabilidade de serem fumadores. (20) Os hábitos tabágicos são iniciados mais precocemente e estes indivíduos fumam um maior número de cigarros por dia. (37,48)

Associa-se também aos adultos com PHDA um maior número de parceiras sexuais (21,49), menor uso de métodos anticoncepcionais (49) e um risco 4 vezes superior de contrair uma doença sexualmente transmissível. (21)

4. Diagnóstico

O diagnóstico de PHDA em adultos é desafiante porque não existe actualmente um único instrumento ou teste médico que possa fazer um diagnóstico definitivo. (50) Este é complicado pelo facto de a maioria dos sintomas característicos da PHDA na criança serem mais difíceis de reconhecer em adolescentes e adultos. (51)

Para um correcto diagnóstico de PHDA no adulto é fundamental começar pela recolha de uma história clínica completa. (52) A PHDA não aparece espontaneamente em adultos que nunca foram afectados, é necessária a existência de história de sintomas durante a infância (2).

Para além da pesquisa das três manifestações dominantes da PHDA, é obrigatória a pesquisa dos défices funcionais consequentes. É a sua manifestação que leva o adulto a procurar ajuda médica. (53)

De seguida, avalia-se a existência de perturbações psiquiátricas, possíveis comorbilidades e o abuso de substâncias. (52) A falha em reconhecer a PHDA em adultos com comorbilidades psiquiátricas, impede a identificação do principal contribuinte para a perturbação. Isto levará a tratamento sem sucesso ou que produza apenas uma ligeira e passageira melhoria dos sintomas, uma vez que a patologia de base permanece não diagnosticada. (54)

Não existe nenhum teste médico específico, marcador genético, analítico, neurorradiológico ou neurofisiológico que forneça prova diagnóstica da PHDA. (52) Este diagnóstico será clínico e apoiado pela aplicação de Escalas e Testes. (50)

4.1 O papel do DSM no Diagnóstico da PHDA no adulto

A PHDA foi pela primeira vez formalmente descrita no DSM-III (55) em 1980. Desde essa altura que os critérios de diagnóstico se baseiam essencialmente em três manifestações: desatenção, impulsividade e hiperactividade.

Foi apenas no DSM-III-R que foram pela primeira vez incluídos adultos na definição da PHDA: “Estudos de follow-up de casos indicam que aproximadamente um terço das crianças com PHDA continuam a manifestar alguns sinais da doença na idade adulta.”. (56)

O DSM-IV-TR corresponde à última versão publicada e o diagnóstico de PHDA deve ser sempre baseado nos critérios aí descritos. (1) (Tabela 2)

De acordo com as principais manifestações apresentadas pelo doente, classifica-se a PHDA em três subtipos: PHDA-M, Tipo PHDA-PD e PHDA-PH. O DSM-IV-TR faz ainda referência a duas situações específicas: PHDA-ERP, para indivíduos que já não sofrem de uma perturbação total, mas que, no entanto, ainda apresentam alguns sintomas que causam alterações funcionais e, um último subtipo designado Sem Outra Especificação (PHDA-SOE), que se aplica aqueles que, apesar de não satisfazerem a totalidade dos critérios, mantêm um padrão de comportamento sugestivo de PHDA. (1) (Tabela 1)

No entanto, é preciso notar que os critérios descritos no DSM foram desenvolvidos com crianças e para crianças e, por isso, oferecem um guia limitado para o diagnóstico da perturbação em adultos. (57)

O uso em adultos do critério do DSM relativo à idade de aparecimento dos sintomas (antes dos 7 anos) pode resultar numa menor identificação de casos. É, contudo, obrigatório para o correcto diagnóstico a existência de história de manifestação dos sintomas na infância ou adolescência. (58) Os doentes precisam de fazer uma retrospectiva auto-crítica e poderão não ser capazes de recordar, valorizar ou mesmo até negligenciar as suas manifestações. (18)

Indivíduos cujos sintomas apareceram após os 7 anos evidenciam défices funcionais, comorbilidades (59), abuso de substâncias (59,60), menor desempenho escolar, pior

ocupação profissional e um padrão de transmissão familiar (59) que são compatíveis com aqueles que preenchem a totalidade dos critérios. (59,60)

Cerca de 10% dos adultos que preenchem os critérios do DSM de PHDA referem uma idade de início dos sintomas entre os 7 e os 16 anos. (58) Questiona-se, por tudo isto, a validade da idade de início referida no DSM. (16,59,60) O seu uso poderá ter um impacto negativo, na medida em que levará a uma menor identificação de casos, com o conseqüente atraso no início do tratamento. (58) Considera-se que a melhor alternativa será considerar os 12 anos como idade limite para o início da manifestação da perturbação. (16,59,60)

Relativamente às situações em que não são preenchidos o mínimo de 6 critérios para o diagnóstico, verifica-se que há menores défices funcionais, menor interferência no funcionamento, menor proporção de comorbilidades psiquiátricas (15,59), bem como ausência do padrão de transmissão familiar, o que é sugestivo de provavelmente a PHDA não ser um diagnóstico válido (59) ou, esta apresentação constituir apenas uma forma ligeira da perturbação. (60) Este último aspecto é apoiado pela existência de défices nestes indivíduos sempre superiores aos da população em geral. (15)

4.2 O papel das Comorbilidades no Diagnóstico da PHDA no Adulto

A parte mais difícil no diagnóstico da PHDA no adulto é o diagnóstico diferencial com as comorbilidades frequentemente associadas. (41)

O início do aparecimento das manifestações da PHDA e o das comorbilidades será importante nesta distinção, sendo que as manifestações da PHDA precederão as das outras perturbações (13). A precisão do diagnóstico basear-se-á no curso longitudinal (13,61) das manifestações comportamentais e cognitivas e na presença de história familiar (61).

4.2.1 Dificuldades de Aprendizagem:

Estas podem ser identificadas em adultos através do relato de dificuldades escolares e da presença actual mais ou menos residual de dificuldades na leitura. O que será mais

complexo neste contexto é distinguir se estas dificuldades são resultado de um problema na atenção (PHDA-M ou PHDA-PD) ou se são resultado de outras perturbações, nomeadamente de défices resultantes de perturbações orgânicas ou de problemas da linguagem. Os testes psicométricos serão úteis neste diagnóstico diferencial. Para ser resultado da PHDA, as suas manifestações têm de estar presentes na infância. (41)

4.2.2 Perturbações de ansiedade

A pouca concentração e o desassossego podem ser encontradas em adultos com problemas de ansiedade sem que a PHDA esteja presente. (41,62) As manifestações da hiperactividade, nomeadamente, a agitação motora e o falar excessivo, podem ser difíceis de distinguir dos sintomas de agitação dos indivíduos com Perturbação de ansiedade generalizada. (42,62) Contudo, manifestações de grande preocupação e apreensão e os sintomas somáticos são mais sugestivos de Perturbação de ansiedade generalizada. (42) É, por isso, necessária a avaliação de outros sintomas sugestivos de PHDA e avaliar se a ansiedade surgiu de novo, como resultado de um evento stressante. (41)

4.2.3 Perturbações de Humor

A falta de atenção e de motivação, dificuldades de memória e pouca concentração podem ser características da PHDA e das Perturbações de Humor. (41,42,62) Contudo, a apatia, a alteração do apetite e a disforia permanente serão características da depressão. (42) Alguns adultos com PHDA são pessimistas e cronicamente irritados, uma vez que são muitas vezes confrontados com a rejeição e com dificuldades nos relacionamentos. Neste caso, a distímia poderá ser a comorbilidade presente. (41) A maioria dos adultos com PHDA descreve os sintomas de depressão como um aborrecimento em geral e poderá também observar-se um padrão de hiperreactividade emocional. (23)

4.2.4 Perturbação Bipolar

A Perturbação Bipolar tem uma sobreposição de sintomas considerável com a PHDA. Alguns sintomas ligeiros da mania como o falar muito e a pouca concentração, podem lembrar o desassossego e a distração de muitos doentes com PHDA. (62,63) A dificuldade em terminar uma tarefa e o variar constante de tópicos nas conversas podem-se confundir com a fuga de ideias das crises de mania. (63) Contudo, adultos com PHDA isolada não apresentam a instabilidade de humor grave, a grandiosidade, os períodos de psicose (41,42,63), o aumento de energia e a diminuição da necessidade de dormir da mania. (41,42)

4.2.5 Abuso de substâncias

A labilidade emocional, os défices na concentração, atenção e memória (42) e os problemas de comportamento e auto-controlo (41) podem estar presentes em doentes com abusos de substâncias bem como na PHDA. (41,42) Por este motivo, não se deve fazer um diagnóstico de PHDA na presença de um abuso de substâncias. A intervenção só deverá ser iniciada após a recuperação do doente. (41) Por outro lado, a detecção precoce da PHDA na infância com o início do respectivo tratamento será importante na prevenção de futuras adições. (45)

4.2.6 PP Estado-limite

São características comuns a ambas as perturbações a impulsividade, labilidade e os défices de funções executivas. Contudo, a PHDA não cursa com a raiva, sensação de vazio, tentativas de manipulação, mecanismos primitivos de defesa, comportamentos auto-destrutivos deliberados que incluem tentativas de suicídio que caracterizam esta PP. Na presença de ambas, é de referir que a PP é a perturbação mais grave. (41)

4.2.7 PP Anti-Social

O desenvolvimento desta PP associa-se à comorbilidade da PHDA com a Perturbação de Conduta. (41,42) Na presença de crueldade, agressividade e problemas

com a lei e na falta de remorsos, compaixão e consciência, devemos suspeitar da presença desta PP. (41)

4.3 Uso de Escalas de Diagnóstico

Estão disponíveis várias Escalas e Testes para ajuda ao diagnóstico de PHDA.

(50,62) (Tabela 3)

O que se verifica é que cada uma destas usa os seus próprios critérios, escalas e formatação e nenhuma é capaz de fornecer um diagnóstico de certeza. De acordo com esta observação, Raina e Robeva (50), propuseram um modelo que usa um Algoritmo Bayesiano em que se combinam vários Testes e Escalas com o objectivo de determinar um diagnóstico preciso e seguro. Desta forma, obtém-se uma probabilidade combinada de diagnóstico que será sempre superior àquela que se obteria para cada Escala individualmente. Este método será sobretudo útil nos casos em que se observe discordância.

Conclusão

A PHDA pode afectar o indivíduo ao longo da sua vida. Apesar de inicialmente descrita como perturbação da infância e de, na verdade, ser na infância que ela encontra maior expressão, ela pode persistir durante a adolescência e idade adulta.

De acordo com esta observação, verifica-se a existência de factores preditivos de persistência da perturbação. Estes são relevantes na medida em que constituem uma forma de prever a evolução da PHDA e serão úteis para rastrear quais as crianças que estarão em maior risco.

No adulto, as três manifestações dominantes da PHDA, desatenção, hiperactividade e impulsividade, perdem globalmente expressão. São os défices funcionais consequentes que preocupam estes indivíduos e que os levam a procurar assistência médica. Estes défices funcionais são independentes do QI, o que revela que é a melhoria dos sintomas e a redução das manifestações da PHDA que levará estes indivíduos a obter um melhor desempenho académico e profissional.

A PHDA é menos prevalente nos países em vias de desenvolvimento. Este achado pode explicar-se pelo facto de provavelmente os défices apresentados se relacionarem com as exigências do meio. Assim, estes terão maior expressão em meios mais exigentes. Como perturbação altamente condicionante verifica-se uma maior prevalência entre a população de desempregados, com menor escolaridade e, consequentemente, em trabalhadores não especializados.

Contribui também para a gravidade da perturbação a alta incidência das mais variadas comorbilidades, sendo as mais frequentes as perturbações de humor, ansiedade e o abuso de substâncias. Esta coexistência leva a défices funcionais mais graves e a maior interferência na qualidade de vida. Ainda relativamente às comorbilidades, aquelas que são alvo de menor estudo são as PP. Será importante determinar qual o verdadeiro impacto desta associação.

É devido a esta apresentação tão inespecífica da PHDA e à coexistência das mais variadas comorbilidades que o diagnóstico se torna tão difícil.

Sendo certo que esta perturbação afecta adultos, é causadora de défices funcionais graves, sabe-se quais são as suas principais manifestações e comorbilidades e na evidência de tratamento altamente eficaz, é urgente o reconhecimento da PHDA. A solução passará pela sensibilização dos profissionais de saúde para o problema e pela criação de critérios de diagnóstico mais simples e precisos. Actualmente este baseia-se nos critérios do DSM-IV-TR e na aplicação de escalas e testes.

Como última nota, fica o facto de não ter encontrado nenhum estudo que tenha incluído dados sobre a situação de Portugal. Teria sido interessante tê-los obtido, uma vez que a motivação para a realização desta revisão partiu da constatação da falta de reconhecimento da PHDA no adulto no nosso país. Na verdade, a não existência de dados vai de encontro o pouco reconhecimento referido. Fica aqui a sugestão para futuras investigações.

Referências

1. American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, DSM-IV-TR, Texto Revisto. 4ª ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2002:85-93.
2. Harvard Health Publications. Recognizing and managing ADHD in adults. Symptoms tend to evolve and attenuate with age, but may still require treatment. Harv Ment Health Lett 2009;26(5):1-3.
3. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. JAMA 2004; 4;292(5):619-23.
4. 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. J Clin Psychiatry 2009;70(11):1557-62.
5. Kessler RC, Adler LA, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Faraone SV, et al. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. Biol Psychiatry 2005; 1;57(11):1442-51.
6. Lara C, Fayyad J, de Graaf R, Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Angermeyer M, et al. Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. Biol Psychiatry 2009; 1;65(1):46-54.
7. Almeida Montes LG, Hernández García AO, Ricardo-Garcell J. ADHD prevalence in adult outpatients with nonpsychotic psychiatric illnesses. J Atten Disord 2007;11(2):150-6.
8. Able SL, Johnston JA, Adler LA, Swindle RW. Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. Psychol Med 2007;37(1):97-107.
9. de Graaf R, Kessler RC, Fayyad J, ten Have M, Alonso J, Angermeyer M, et al. The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. Occup Environ Med 2008;65(12):835-42.

10. Murphy KR, Barkley RA, Bush T. Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *J Nerv Ment Dis* 2002;190(3):147-57.
11. Kessler RC, Lane M, Stang PE, Van Brunt DL. The prevalence and workplace costs of adult attention deficit hyperactivity disorder in a large manufacturing firm. *Psychol Med* 2009;39(1):137-47.
12. Goodman DW. The consequences of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Psychiatr Pract* 2007;13(5):318-27.
13. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006;163(4):716-23.
14. Faraone SV, Biederman J, Feighner JA, Monuteaux MC. Assessing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: which is more valid? *J Consult Clin Psychol* 2000;68(5):830-42.
15. Faraone SV, Kunwar A, Adamson J, Biederman J. Personality traits among ADHD adults: implications of late-onset and subthreshold diagnoses. *Psychol Med* 2009;39(4):685-93.
16. Karam RG, Bau CH, Salgado CA, Kalil KL, Victor MM, Sousa NO, et al. Late-onset ADHD in adults: milder, but still dysfunctional. *J Psychiatr Res* 2009;43(7):697-701.
17. Halmøy A, Fasmer OB, Gillberg C, Haavik J. Occupational outcome in adult ADHD: impact of symptom profile, comorbid psychiatric problems, and treatment: a cross-sectional study of 414 clinically diagnosed adult ADHD patients. *J Atten Disord* 2009;13(2):175-87.
18. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2007;190:402-9.
19. Kessler RC, Adler L, Ames M, Barkley RA, Birnbaum H, Greenberg P, et al. The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers. *J Occup Environ Med* 2005;47(6):565-72.

20. Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Mick E, Monuteaux MC, Aleardi M. Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community. *J Clin Psychiatry* 2006;67(4):524-40.
21. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45(2):192-202.
22. Young S, Gray K, Bramham J. A phenomenological analysis of the experience of receiving a diagnosis and treatment of ADHD in adulthood: a partner's perspective. *J Atten Disord* 2009;12(4):299-307.
23. Trott GE. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in the course of life. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006 Sep;256 Suppl 1:i21-5. Erratum in: *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008;258(3):192-3.
24. Faraone SV, Spencer TJ, Montano CB, Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: a survey of current practice in psychiatry and primary care. *Arch Intern Med* 2004; 14;164(11):1221-6.
25. Barkley RA, Murphy KR, Bush T. Time perception and reproduction in young adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology* 2001;15(3):351-60.
26. Knouse LE, Mitchell JT, Brown LH, Silvia PJ, Kane MJ, Myin-Germeys I, et al. The expression of adult ADHD symptoms in daily life: an application of experience sampling methodology. *J Atten Disord* 2008;11(6):652-63.
27. Young S, Gudjonsson GH. Growing out of ADHD: the relationship between functioning and symptoms. *J Atten Disord* 2008;12(2):162-9.
28. Biederman J, Petty CR, Fried R, Kaiser R, Dolan CR, Schoenfeld S, et al. Educational and occupational underattainment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled study. *J Clin Psychiatry* 2008;69(8):1217-22.
29. Halperin JM, Trampush JW, Miller CJ, Marks DJ, Newcorn JH. Neuropsychological outcome in adolescents/young adults with childhood ADHD: profiles of persisters, remitters and controls. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49(9):958-66.

30. Biederman J, Petty CR, Ball SW, Fried R, Doyle AE, Cohen D, et al. Are cognitive deficits in attention deficit/hyperactivity disorder related to the course of the disorder? A prospective controlled follow-up study of grown up boys with persistent and remitting course. *Psychiatry Res* 2009;30;170(2-3):177-82.
31. Tucha L, Tucha O, Laufkötter R, Walitza S, Klein HE, Lange KW. Neuropsychological assessment of attention in adults with different subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Neural Transm* 2008;115(2):269-78.
32. Miller TW, Nigg JT, Faraone SV. Axis I and II comorbidity in adults with ADHD. *J Abnorm Psychol* 2007;116(3):519-28.
33. Nylander L, Holmqvist M, Gustafson L, Gillberg C. ADHD in adult psychiatry. Minimum rates and clinical presentation in general psychiatry outpatients. *Nord J Psychiatry* 2009;63(1):64-71.
34. Sobanski E, Brüggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, et al. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257(7):371-7.
35. Secnik K, Swensen A, Lage MJ. Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics* 2005;23(1):93-102.
36. American Psychiatric Association. *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, DSM-IV*. 4ª ed. Lisboa: Climepsi Editores; 1994:25-33;80-92.
37. Cumyn L, French L, Hechtman L. Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry* 2009;54(10):673-83.
38. Jacob CP, Romanos J, Dempfle A, Heine M, Windemuth-Kieselbach C, Kruse A, et al. Co-morbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257(6):309-17.
39. Sprafkin J, Gadow KD, Weiss MD, Schneider J, Nolan EE. Psychiatric comorbidity in ADHD symptom subtypes in clinic and community adults. *J Atten Disord* 2007;11(2):114-24.

40. McGillivray JA, Baker KL. Effects of comorbid ADHD with learning disabilities on anxiety, depression, and aggression in adults. *J Atten Disord* 2009;12(6):525-31.
41. The Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA). Canadian ADHD Practice Guidelines; 2006. Disponível em: URL: http://www.caddra.ca/cms4/index.php?option=com_content&task=view&id=80&Itemid=125&lang=en.
42. Babcock T, Ornstein CS. Comorbidity and its impact in adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: a primary care perspective. *Postgrad Med* 2009;121(3):73-82.
43. Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC, Mick E, Spencer TJ, McCreary M, et al. New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(4):426-34.
44. Fischer AG, Bau CH, Grevet EH, Salgado CA, Victor MM, Kalil KL, et al. The role of comorbid major depressive disorder in the clinical presentation of adult ADHD. *J Psychiatr Res* 2007;41(12):991-6.
45. Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, et al. Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol Alcohol* 2008;43(3):300-4.
46. Rommelse NN, Altink ME, Fliers EA, Martin NC, Buschgens CJ, Hartman CA, et al. Comorbid problems in ADHD: degree of association, shared endophenotypes, and formation of distinct subtypes. Implications for a future DSM. *J Abnorm Child Psychol* 2009;37(6):793-804.
47. Gadow KD, Sprafkin J, Schneider J, Nolan EE, Schwartz J, Weiss MD. ODD, ADHD, versus ODD+ADHD in clinic and community adults. *J Atten Disord* 2007;11(3):374-83.
48. Kollins SH, McClernon FJ, Fuemmeler BF. Association between smoking and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in a population-based sample of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(10):1142-7.
49. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;45(2):195-211.

50. Robeva R, Penberthy JK. Bayesian probability approach to ADHD appraisal. *Methods Enzymol* 2009;467:357-80.
51. Wasserstein J. Diagnostic issues for adolescents and adults with ADHD. *J Clin Psychol.* 2005;61(5):535-47.
52. Valdizán JR, Izaguerri-Gracia AC. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Rev Neurol* 2009;27;48 Suppl 2:S95-9.
53. Stein MA. Impairment associated with adult ADHD. *CNS Spectr* 2008;13(8 Suppl 12):9-11.
54. Feifel D. Commentary: why diagnose and treat ADHD in adults? *Postgrad Med* 2008;120(3):13-5.
55. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III.* 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association; 1980:41-45.
56. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R.* 3rd ed, review. Washington: American Psychiatric Association; 1987:50.
57. Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ, Sarawate CA, Spencer T, Van Brunt DL. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res* 2007;16(2):52-65.
58. 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. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49(9):942-9.
59. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Mick E, Murray K, Petty C, et al. Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid? *Am J Psychiatry* 2006;163(10):1720-9.
60. Faraone SV, Wilens TE, Petty C, Antshel K, Spencer T, Biederman J. Substance use among ADHD adults: implications of late onset and subthreshold diagnoses. *Am J Addict.* 2007;16 Suppl 1:24-32.

61. Goodman DW, Thase ME. Recognizing ADHD in adults with comorbid mood disorders: implications for identification and management. *Postgrad Med* 2009;121(5):20-30.
62. Goodman DW. ADHD in Adults: Update for Clinicians on Diagnosis and Assessment. *Prim psychiatry* 2009;16(11):xx-xx.
63. Wilens TE, Biederman J, Wozniak J, Gunawardene S, Wong J, Monuteaux M. Can adults with attention-deficit/hyperactivity disorder be distinguished from those with comorbid bipolar disorder? Findings from a sample of clinically referred adults. *Biol Psychiatry* 2003;1;54(1):1-8.

Anexos

Tabela 1. Subtipos de PHDA segundo o DSM-IV-TR

Tipo Misto: presença de 6 ou mais sintomas de falta de atenção e 6 ou mais sintomas de hiperactividade-impulsividade nos últimos 6 meses.

Tipo Predominantemente Desatento: presença de 6 ou mais sintomas de falta de atenção e menos de 6 sintomas de hiperactividade-impulsividade nos últimos 6 meses.

Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo: presença de 6 ou mais sintomas de hiperactividade-impulsividade e menos de 6 sintomas de falta de atenção nos últimos 6 meses.

Tipo em Remissão Parcial: Para indivíduos (especialmente adolescentes e adultos) que actualmente tenham sintomas mas que já não preencham todos os critérios.

Tipo sem Outra Especificação: Perturbações com sintomas predominantes de falta de atenção ou hiperactividade-impulsividade que não preenchem os critérios de PHDA. Inclui indivíduos cujos sintomas e défices preenchem os critérios de PHDA, Tipo Predominantemente Desatento, mas cuja idade de aparecimento é igual ou superior a 7 anos e indivíduos com um défice clinicamente significativo que manifestam falta de atenção e cujo quadro sintomático não preenche todos os critérios de perturbação, mas têm um padrão de comportamento marcado por lentidão, sonhar acordado e hipoactividade.

Adaptado de DSM-IV-TR (1)

PHDA= Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção; DSM-IV-TR= Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Texto Revisto.

Tabela 2. Critérios de Diagnóstico do DSM-IV-TR para PHDA

A. 1) ou 2):

1) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de **falta de atenção** devem persistir pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desaptativa e inconsistente em relação com o nível de desenvolvimento:

Falta de Atenção

- (a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades;
- (b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades;
- (c) com frequência parece não ouvir quando se lhe fala directamente;
- (d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções);
- (e) com frequência tem dificuldades em organizar tarefas e actividades;
- (f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa);
- (g) com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);
- (h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;
- (i) esquece-se com frequência das actividades quotidianas;

2) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de **hiperactividade-impulsividade** persistiram pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperactividade

- (a) com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;
-

(b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;

(c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentimentos subjectivos de impaciência);

(d) com frequência tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio;

(e) com frequência “anda” ou só actua como se estivesse “ligado a um motor”;

(f) com frequência fala em excesso;

Impulsividade

(g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;

(h) com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez;

(i) com frequência interrompe ou interfere nas actividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos);

B. Alguns sintomas de hiperactividade-impulsividade ou de falta de atenção que causam défices surgem antes dos 7 anos de idade.

C. Alguns défices provocados pelos sintomas estão presentes em 2 ou mais contextos [por exemplo, escola (ou trabalho) e em casa].

D. Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social, académico ou laboral.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não são melhor explicados por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação de Humor, Perturbação de Ansiedade, Perturbação Dissociativa ou Perturbação de Personalidade).

Adaptado de DSM-IV-TR (1)

DSM-IV-TR= Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Texto Revisto.

PHDA= Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção

Tabela 3. Escalas e Testes para aplicação em adultos com PHDA

Escola	Itens	Pontos-chave	Disponibilidade
Rastreio			
ASRS v1.1	18*	- Determina a frequência dos sintomas;	Disponível em:
Auto-avaliação	6	- Permite identificar pessoas em risco de PHDA; - Não serve isoladamente como instrumento de diagnóstico.	www.med.nyu.edu/Psych/training/adhd.html
Escalas de Diagnóstico			
Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview	18*	- Questionários separados para as manifestações da infância e do adulto; - Fornece exemplos para cada sintoma; - Avalia comorbilidades de forma sucinta.	Disponível em: www.mhs.com
BADDS Diagnostic Form	40	- Investiga a história clínica e a forma como os sintomas influenciam a vida escolar, trabalho, actividades de lazer, relacionamentos interpessoais e auto-imagem; - Determina a frequência dos sintomas.	Disponível em: http://harcourtassessment.com
Adult ACDS v1.2	18*	- Entrevista semi-estruturada; - Avalia sintomas da idade adulta e da infância; - Avalia a persistência dos sintomas.	Contactar: Lenard Adler, pelo email: adultADHD@med.nyu.edu
Escalas de avaliação sintomas			
ADHD-RS with Adult Prompts	18*	- Avalia sintomas de desatenção e de hiperactividade;	DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos

Adult Investigator Symptom Rating Scale (AISRS)	18*	<ul style="list-style-type: none"> - Classifica os sintomas quanto à sua gravidade; - Apesar de ser para crianças pode ser usada no adulto se o clínico for bem treinado. - Avalia sintomas de desatenção e de hiperactividade; - Classifica os sintomas quanto à sua gravidade. 	AD, Reid R. ADHD Rating Scale–IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation. New York, NY: Guilford Press; 1998. Contactar: Lenard Adler, pelo e-mail adultADHD@med.nyu.edu
Barkley's Current Symptom Scale	18*	<ul style="list-style-type: none"> - Determina a frequência dos sintomas; - Questiona a idade de aparecimento dos sintomas e a sua interferência com a escola, relacionamentos, trabalho e em casa; - Inclui 8 questões para determinar a presença de perturbação de oposição. 	Barkley RA, Murphy KR. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook. 2nd ed. New York, NY: Guilford; 1998.
CAARS Auto-avaliação	18* 30	<ul style="list-style-type: none"> - São avaliados sintomas e comportamentos, com base na sua gravidade e frequência; - Disponível nas versões de auto-avaliação e administrada pelo clínico. 	Disponível em: Multi-Head Systems
BRIEF-A	75	<ul style="list-style-type: none"> - Avalia o controlo executivo e a auto-regulação; 	Roth RM, Isquith PK, Gioia GA. Behavioral

WRAADDS	28	<ul style="list-style-type: none"> - Contém nove escalas que avaliam funções executivas; - É sempre realizada a auto-avaliação e a administrada pelo clínico para se obterem as duas perspectivas do funcionamento do indivíduo. - Avalia a gravidade e frequência dos sintomas; - Avalia os sintomas em sete categorias: desatenção, hiperactividade/desassossego, temperamento, labilidade emocional, hiperreactividade emocional, desorganização e impulsividade. 	<p>Rating Inventory of Executive Function—Adult Version. Lutz, Fla: Psychological Assessment Resources; 2005.</p> <p>Contactar: Fred W. Reimherr, através do endereço: Mood Disorders Clinic, Department of Psychiatry, University of Utah Health Science Center, Salt Lake City, UT</p>
Escalas que avaliam a qualidade de vida			
AAQoL	29	<ul style="list-style-type: none"> - Avalia a qualidade de vida nas duas semanas anteriores à entrevista; - Avalia a frequência; - É uma importante forma de avaliar a eficácia da terapêutica farmacológica. 	<p>Brod M, Perwien A, Adler L, Spencer T, Johnston J. Conceptualization and assessment of quality of life for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. Primary Psychiatry. 2005;12(6):58-64.</p>

AIM-A	57	<p>- Permite avaliar a alteração da qualidade de vida dos doentes que se encontram num programa de tratamento contínuo;</p> <p>- Composta por seis escalas: a vida com a PHDA, bem-estar geral, desempenho e funcionamento no dia-a-dia, relacionamentos/comunicação, preocupações e interferência no dia-a-dia.</p>	Disponível em: www.healthact.com/a/im_a.html
--------------	----	--	--

Adaptado de Goodman DW. (62)

*Baseado nos critérios do DSM-IV.

PHDA=Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção; ASRS=Adult ADHD Self-Report Scale; ADHD=attention-deficit/hyperactivity disorder; BADDs=Brown Attention-Deficit Disorder Scale; ACDS=ADHD Clinical Diagnostic Scale; ADHD-RS=ADHD Rating Scale; CAARS=Conners Adult ADHD Rating Scale; BRIEF-A=Behavior Rating Inventory of Executive Function—Adult version; WRAADDs=Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale; AAQoL=Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Quality of Life Scale; AIM-A=ADHD Impact Module for Adults; DSM-IV=Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition.