

# Painel brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos

Paulo Mattos\*  
André Palmiini\*\*  
Carlos Alberto Salgado\*\*\*  
Daniel Segenreich\*  
Eugênio Grevet\*\*\*  
Irismar Reis de Oliveira\*\*\*\*  
Luiz Augusto Rohde\*\*\*  
Marcos Romano†  
Mário Louzã††  
Paulo Belmonte de Abreu\*\*\*  
Pedro Prado Lima\*\*

## INTRODUÇÃO

A forma adulta do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) foi oficialmente reconhecida pela Associação Americana de Psiquiatria em 1980, por ocasião da publicação do *Diagnostic and Statistical Manual - 3rd edition*<sup>1</sup> (DSM-III), persistindo este diagnóstico na edição atual (DSM-IV)<sup>2</sup>. A Classificação Internacional de Doenças (CID-10)<sup>3</sup>, em uso oficial no Brasil, não lista a forma adulta em seus critérios. Ainda hoje, o diagnóstico de TDAH em adultos é motivo de alguns embates.

O termo “reação hiperkinética da infância” (como aparecia no DSM-II, em 1968) implicava que o transtorno dizia respeito a psiquiatras da infância, e a inclusão do diagnóstico do TDAH, em todas as subseqüentes revisões (DSM-III, em 1980; DSM-III-R, em 1987; e DSM-IV, em 1994), no capítulo “Transtornos da infância” contribuiu para reforçar o conceito de tratar-se de uma enfermidade restrita à infância. Entretanto, mesmo que de forma pouco incisiva, o texto do DSM-IV reconhece que, em alguns casos, o transtorno possa persistir até a vida adulta. O termo híbrido “hiperatividade”, metamorfoseado do termo grego “hipercinese” e correspondente ao termo latino “superatividade” (o correto), atingiu ampla divulgação no meio médico e laico a partir da década de 70. Acreditava-se, à época, que a melhora da hiperatividade e impulsividade ao final da adolescência corresponderia à remissão da enfermidade<sup>4</sup>. A publicação do DSM-III, em 1980, introduziu grandes mudanças: a) abandono da inclusão da etiologia na definição e na terminologia em favor de critérios operacionais fenomenológicos; b) a possibilidade de TDA sem hiperatividade,

---

Alguns autores fazem parte do conselho consultivo, são palestrantes ou receberam verba de pesquisa dos seguintes laboratórios: Biosintética, Bristol-Meyers-Squibb, Glaxo, Janssen-Cilag, Lilly, Lundbeck, Novartis, Pfizer e Wyeth.

\* Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ.

\*\* Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre (PUC), Porto Alegre, RS.

\*\*\* Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.

\*\*\*\* Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA.

† Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP.

†† Universidade do Estado de São Paulo (USP), São Paulo, SP.

ênfatizando ser a desatenção o principal sintoma; e c) a possibilidade de uma forma adulta, chamada de “tipo residual”. Um ano mais tarde, Wender et al.<sup>5</sup>, comparam o chamado Grupo de Utah, publicavam os primeiros critérios para o diagnóstico em adultos. Cerca de 10 anos depois, era publicado um estudo reforçando a base neurobiológica para o TDAH em adultos<sup>6</sup>, utilizando exames de PET Scan (tomografia de pósitrons) em adultos portadores do transtorno.

Até a publicação da revisão do DSM-III, em 1987, não havia um número significativo de publicações que dessem suporte à ideia do TDA ocorrer sem presença significativa de hiperatividade, mas, no período de 1987 até 1994, quando foi publicado o DSM-IV<sup>2</sup>, foram publicados diversos estudos documentando sua presença. A partir de 1994, inúmeras publicações demonstravam que um número razoável de crianças e adolescentes com TDAH mantinham sintomas do transtorno na vida adulta, ao contrário do que se acreditava nos anos 70.

## MÉTODOS

Os autores receberam uma revisão não-sistemática preliminar da literatura a respeito do diagnóstico de TDAH em adultos preparada por um coordenador (P.M.), tendo o mesmo se comunicado por via eletrônica ao longo de 6 meses e participado de uma reunião posterior, patrocinada pela Associação Brasileira do Déficit de Atenção ([www.tdah.org.br](http://www.tdah.org.br)), comentando, acrescentando novos dados e corrigindo diferentes partes do mesmo. A versão preliminar foi apresentada no XXIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria de 2005, onde comentários e sugestões dos profissionais presentes foram registrados e, posteriormente, considerados para incorporação à versão final, cujo texto é apresentado a seguir.

## PERSISTÊNCIA DOS SINTOMAS EM ADULTOS

Estudos longitudinais demonstraram que o TDAH persiste na vida adulta em torno de 60 a 70% dos casos<sup>7</sup>, sendo as diferenças encontradas nas taxas de remissão mais bem atribuídas às diferentes definições de TDAH ao longo do tempo do que ao curso do transtorno ao longo da vida<sup>8</sup>, e critérios diagnósticos mais restritos associados a taxas menores de persistência na vida adulta. Aquelas também podem variar de acordo com o método utilizado:

auto-relatos de adultos jovens previamente diagnosticados podem produzir percentuais de persistência muito baixos, quando comparados aos percentuais obtidos quando os pais são entrevistados<sup>9</sup>. A presença de TDAH nos pais não parece afetar a confiabilidade de seu relato acerca dos sintomas na prole<sup>10</sup>. O uso de critérios empíricos, tal como o número total de sintomas acima de 1,5 desvios padrão além do esperado (em amostras epidemiológicas), pode produzir valores mais altos<sup>11</sup>. Apesar das dificuldades discutidas neste texto, é possível realizar o diagnóstico de TDAH de modo confiável em adultos quando são utilizados critérios bem definidos, como os comentados adiante<sup>12-14</sup>. Em um estudo epidemiológico recente, a **validade** do diagnóstico de TDAH em adultos foi demonstrada através da análise fatorial de sintomas auto-relatados numa população adulta, onde aqueles indivíduos com maior número de sintomas nucleares de TDAH apresentavam piores indicadores de funcionamento global<sup>15</sup>, controlados para outros fatores.

## ACHADOS NEUROBIOLÓGICOS

Numa revisão sistemática recente, a comparação entre dados de prevalência, perfil de comorbidade, genética e eficácia de tratamento medicamentoso em crianças e adolescentes, provenientes de estudos no Brasil e em países desenvolvidos, sugere claramente que o TDAH não é um construto cultural<sup>16</sup>.

As alterações neurobiológicas em adultos com TDAH, incluindo os padrões de transmissão genética e os achados em estudos neuropsicológicos e de neuroimagem, são semelhantes àquelas encontradas em crianças e adolescentes com o transtorno, o que consolida a validade da forma adulta<sup>13,17</sup>. Estudos de famílias, de adoção e de gêmeos indicam que o TDAH é um transtorno fortemente herdado<sup>18</sup>. Pesquisas preliminares com PET Scan e ressonância nuclear magnética com espectroscopia, malgrado tais exames não serem indicados para o diagnóstico de TDAH, indicam a presença de alterações em lobos frontais, corpo caloso, gânglios da base e cerebelo<sup>19-21</sup>.

Há dois modelos mais utilizados no entendimento dos déficits associados ao TDAH. O primeiro deles enfatiza o papel da disfunção executiva secundariamente a um controle inibitório deficiente, resultante de alterações no circuito frontal dorsal estriado e as ramificações

mesocorticais dopaminérgicas. Barkley<sup>22</sup> teorizou que o TDAH pode ser entendido como a expressão de um déficit central de **inibição** (teoria do modelo híbrido), conforme mencionado anteriormente. O segundo modelo concebe o TDAH como o resultado de sinalização deficitária de recompensas tardias, secundariamente a alterações nos processos motivacionais que envolvem o circuito frontal ventral estriado e ramificações mesolímbicas, em especial aquelas que terminam no núcleo *accumbens*<sup>23</sup>. A adoção de um único modelo etiológico neurobiológico parece ser insuficiente até o momento para explicar a grande heterogeneidade observada no desempenho em testes neuropsicológicos<sup>24</sup>.

Diversos estudos têm investigado a presença de déficits neuropsicológicos e, em especial, de funções executivas em adultos portadores de TDAH. Um estudo recente de meta-análise<sup>25</sup> revelou tamanhos de efeito **moderados** e ausência de universalidade de déficits de funções executivas (em testes) em amostras de adultos portadores de TDAH. Apesar de os déficits executivos (incluídos sob esta égide os déficits de atenção) serem freqüentes, exames neuropsicológicos também não têm valor preditivo suficiente para serem recomendados para o diagnóstico em adultos<sup>26</sup>. Além do ambiente de pesquisa, eles estão particularmente indicados quando há suspeita de transtorno de aprendizado comórbido ou quando existe persistência de problemas de aprendizagem após o tratamento do TDAH<sup>27</sup>.

#### QUADRO CLÍNICO DO TDAH EM ADULTOS

Apesar dos sintomas de hiperatividade e impulsividade diminuírem significativamente ao final da adolescência<sup>28</sup>, adultos com TDAH mantêm a tríade de sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade em graus variados. Os sintomas na vida adulta têm sua expressão no âmbito das atividades próprias desta faixa etária; assim, a hiperatividade observada em crianças pode corresponder a um excesso de atividades e/ou trabalho em adultos (indivíduos *workaholics*). Do mesmo modo, a impulsividade pode se expressar em termos prematuros de relacionamentos ou direção impulsiva de veículos, havendo uma “correspondência” entre os sintomas infanto-juvenis, tais como são enunciados no DSM-IV, e aqueles na vida adulta<sup>29</sup>. A desatenção em adultos pode ser evidenciada em situações dialógicas, em tarefas que exigem organização e sustentação da atenção ao longo do tempo e nas

dificuldades com a memória. Do mesmo modo que ocorre com crianças e adolescentes, adultos com TDAH têm uma capacidade **inconsistente** de se concentrar, mas são capazes de fazê-lo em circunstâncias específicas, como quando envolvidos em tarefas que lhe são particularmente estimulantes. Sua dificuldade torna-se mais evidente naquelas situações onde se encontram entediados ou distraídos por estímulos internos (emoções) ou externos, em níveis significativamente maiores dos que os observados na população em geral<sup>30</sup>, comprometendo o desempenho nas tarefas.

Apesar de não contempladas pelo DSM-IV, as alterações do sono podem ser comuns no TDAH<sup>31</sup>. Elas podem persistir até a idade adulta, onde são freqüentes os relatos de adiar a hora de ir para a cama pelo envolvimento em atividades estimulantes, dificuldade para despertar pela manhã e sonolência diurna excessiva, principalmente quando existem tarefas tediosas ou que exigem a sustentação da atenção por tempo prolongado. Os fenótipos dos transtornos do sono e do TDAH têm características comuns, e a elevada prevalência de alterações de sono-vigília relatadas por portadores de TDAH pode se dever à estreita conexão entre os sistemas envolvidos na regulação do sono-vigília e aqueles envolvidos na regulação da atenção e do humor<sup>32</sup>.

Cinco dos nove sintomas do módulo de desatenção do critério A do DSM-IV referem-se a funções executivas e memória, consolidando as hipóteses de comprometimento de **funções executivas**, conforme mencionado. Outras funções executivas que podem encontrar-se deficitárias no TDAH compreendem: ativação independente para as tarefas, persistência, planejamento, organização, automonitoramento, controle de impulsos, estabelecimento de prioridades, tomada de decisão e integração de diferentes atividades mentais de momento a momento, entre outros<sup>30</sup>. As funções executivas capacitam o indivíduo para o desempenho de ações voluntárias, independentes, autônomas, auto-organizadas e orientadas para metas. Em termos práticos, o comprometimento daquelas acarreta problemas na estimativa e uso do tempo, no cumprimento de obrigações, além de dificuldades de colocar em prática proposições e acordos realizados no plano teórico. Um déficit de funções executivas é menos percebido em crianças, simplesmente porque elas são supervisionadas (em casa e na escola) e têm menor necessidade de estabelecer sozinhas estratégias de planejamento, hierarquias de

prioridades, etc. Estas funções têm papel cada vez mais importante à medida que o indivíduo amadurece e passa a ser exigido em sua capacidade de autonomia para tomar decisões e resolver problemas do cotidiano.

#### *Crítérios para o diagnóstico de TDAH em adultos*

Os sintomas que compõem a base dos sistemas CID-10, da Organização Mundial de Saúde, e do DSM-IV para o diagnóstico de TDAH em crianças e adolescentes são semelhantes. Entretanto, o CID-10 apresenta diferenças importantes, que culminam num diagnóstico mais restritivo: a) exige concomitância de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade; b) exclui o diagnóstico na presença de comorbidade com ansiedade e depressão; e c) exige que os critérios sejam atendidos de modo pleno em cada um de pelo menos dois contextos. Portanto, pacientes com tipo predominantemente desatento não são diagnosticados pelo CID-10, em uso oficial no Brasil; mais ainda, utilizando-se os critérios desse sistema, apenas os casos mais graves (conforme o sistema DSM-IV) serão diagnosticados.

Dois sistemas diagnósticos são mais utilizados no diagnóstico de TDAH em adultos: o de Wender-Utah<sup>33</sup> e o DSM-IV<sup>4</sup>, da Associação Americana de Psiquiatria. Os critérios de Wender-Utah contribuíram de modo significativo para a consolidação da validade da forma adulta do TDAH, tendo sua consistência interna recentemente confirmada<sup>34</sup>. Seus principais méritos foram: a) ter enfatizado a necessidade de demonstração de sintomas remontando à infância; b) encorajar a coleta de dados com terceiros; e c) ter enfatizado a necessidade de demonstração da presença de impacto socioocupacional em adultos. Apesar disso, os critérios de Utah possuem algumas limitações: a) não contemplam a forma predominantemente desatenta; b) excluem o diagnóstico de TDAH na presença de depressão maior ou transtorno de personalidade anti-social (que, posteriormente, demonstrou-se serem encontrados em comorbidade com TDAH); e c) incluem os sintomas irritabilidade e temperamento explosivo, considerados atualmente independentes do TDAH, o que, potencialmente, contribui para diagnóstico apenas de casos mais graves e/ou outros transtornos TDAH-símiles ou comórbidos<sup>35,36</sup>.

No caso do DSM-IV, os sintomas clínicos apresentados foram concebidos a partir de estudos de campo, com crianças e adolescentes de 7 a 17 anos, utilizando como ponto de corte seis entre nove sintomas de desatenção e/ou seis entre nove sintomas de hiperatividade/impulsividade (critério A)<sup>37</sup>. Este ponto de corte é considerado por alguns como restritivo para uso em adultos<sup>38,39</sup>. Mesmo assim, inúmeros estudos clínicos, farmacológicos, genéticos e de neuroimagem utilizaram o DSM-IV, adaptando os sintomas ali indicados.

#### *Os sintomas do DSM-IV e seu ponto de corte (critério A)*

##### O uso de escalas de avaliação

Escalas de avaliação são úteis para aferir sintomas de TDAH e sua magnitude, porém, seu uso deve ser considerado como ferramenta auxiliar para o diagnóstico do transtorno, não substituindo a entrevista clínica<sup>19</sup>.

Há escalas para avaliação de sintomas remontando à infância (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale – ADHD-RS*)<sup>40</sup> e sintomas atuais (*Conners' Adult Attention-Deficit Rating Scale – CAARS*)<sup>41</sup> e também entrevistas semi-estruturadas (*Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for the DSM-IV – CAADID*)<sup>42</sup> e estruturadas (*Mini-International Neuropsychiatric Interview*)<sup>43</sup>. Algumas escalas permitem investigar a gravidade de sintomas atuais com base no sistema diagnóstico de Wender-Utah (ver adiante), como a *Wender-Reimherr Adult ADD Scale (WRAADS)*<sup>44</sup>. Questionários autoperenchidos (*Barkley's Current Symptoms Scale – Self-Report Form*)<sup>45</sup> e conduzidos pelo entrevistador (*Brown's Attention Deficit Disorder Scales – BADDs*)<sup>46</sup> também podem ser úteis na investigação de sintomas de TDAH em adultos.

Uma revisão feita por um grupo consultor estabelecido pela Organização Mundial de Saúde julgou que as escalas disponíveis e as entrevistas semi-estruturadas para uso com adultos (incluindo o MINI Plus) ou não contemplavam todos os 18 itens do DSM-IV, ou incluíam perguntas consideradas inadequadas para investigação dos mesmos<sup>47</sup>. A partir desta avaliação, um grupo de pesquisadores compôs a *Adult Self-Report Scale (ASRS)*, versão 1.1, para uso com adultos (disponível em <http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php>). A escala ASRS possui 18 itens, que contemplam os sintomas do critério A do DSM-IV, modificados para o contexto da vida adulta. Ela

oferece cinco opções de resposta: nunca, raramente, algumas vezes, freqüentemente e muito freqüentemente. Na validação na população estadunidense, para algumas perguntas (itens 3, 4, 5 e 9 da parte A e itens 2, 7 e 9 da parte B), foi considerada “positiva” a resposta envolvendo uma freqüência menor (“algumas vezes”), mas, para a maioria dos itens, foram consideradas positivas apenas as respostas envolvendo as freqüências “freqüentemente” e “muito freqüentemente”. Não há dados até o momento para a população brasileira, o que sugere cautela em considerar as respostas “algumas vezes” como positivas ou mesmo utilizar a pontuação total como parâmetro, até que haja dados disponíveis no país. A ASRS foi validada em uma população adulta dos Estados Unidos no *National Comorbidity Survey-Replication*. Há uma versão de rastreio, consistindo de apenas seis itens da mesma escala (itens 4, 5, 6 e 9 da parte A e itens 1 e 5 da parte B), para ser empregada em estudos populacionais. No caso de utilização da versão de 18 itens (partes A + B), segue-se o mesmo ponto de corte estabelecido no DSM-IV: são considerados como positivos aqueles indivíduos que apresentam no mínimo seis sintomas em pelo menos um dos domínios (desatenção – itens 1 a 9 da parte A – e hiperatividade/impulsividade – itens 1 a 9 da parte B) ou em ambos. Cumpre ressaltar que a ASRS serve para identificar sintomas do critério A, porém, para o diagnóstico de TDAH em adultos, é necessário que os demais critérios determinados pelo DSM-IV sejam atendidos (vide adiante).

A escala ASRS foi submetida à validação semântica em nosso meio<sup>48</sup> e pode ser utilizada como instrumento de auto-avaliação, cujas respostas devem ser exemplificadas e detalhadas durante a consulta (anexo 1). As respostas fornecidas pela ASRS não substituem a entrevista clínica, onde todos os sintomas nucleares do TDAH devem ser questionados. Em ambiente de pesquisa, utilizam-se entrevistas semi-estruturadas. No nosso meio<sup>49</sup> já foi utilizada uma versão adaptada da Kiddie SADS-E (K-SADS-E), entrevista semi-estruturada amplamente utilizada na avaliação de crianças e adolescentes<sup>50</sup>, bem como de adultos<sup>51</sup>.

À semelhança do que ocorrem em inúmeros outros transtornos psiquiátricos, portadores adultos de TDAH podem fornecer, de modo geral, relatos satisfatórios acerca de seus sintomas e do impacto dos mesmos em suas vidas<sup>51</sup>. Estudos comparando o auto-relato de

adultos com o relato de informantes tendem a mostrar o mesmo grau de discrepância observado quando se comparam o auto-relato de crianças e o relato de pais, com tendência a menor número de sintomas nos relatos dos próprios indivíduos<sup>52,53</sup>. Alguns autores sugerem a coleta de dados com informantes (cônjuge, pais, etc.), tanto no que diz respeito aos sintomas quanto ao comprometimento associado aos mesmos<sup>27</sup>.

#### *Idade de início (critério B)*

A idade de início antes dos 7 anos tem sido questionada como critério para o diagnóstico, uma vez que não possui fundamentação empírica e impõe dificuldades práticas<sup>54</sup>. Nos casos de diagnóstico apenas na vida adulta, torna-se ainda mais difícil o estabelecimento da idade de início, sendo possível encontrar, na prática clínica, indivíduos com início mais tardio dos sintomas<sup>55</sup>. O relato de início precoce dos sintomas não se associa necessariamente a relato de comprometimento funcional concomitante, especialmente nos casos de predomínio de desatenção<sup>56</sup>. Mais ainda, a compreensão neurobiológica atual do TDAH enfatiza a interação da vulnerabilidade biológica e do meio ambiente. Assim, indivíduos com vulnerabilidade intermediária poderiam demonstrar os aspectos fenotípicos do transtorno apenas em ambientes de alta demanda, característicos da vida adulta<sup>57</sup>. Embora seja necessário histórico de sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade remontando à infância ou início da adolescência, não se deve descartar a possibilidade de diagnóstico num caso bem caracterizado, porém, com início de sintomas (em quantidade exigida pelo ponto de corte, isto é, ao menos seis sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade) após os 7 anos.

#### *Presença dos sintomas em diferentes contextos (critério C)*

Crianças e adolescentes com TDAH são encaminhados por apresentarem problemas que interferem com os demais – seja em casa ou na escola. Porém, no caso de adultos, a procura pelo tratamento se dá primariamente pelas dificuldades auto-identificadas de baixa produtividade, desorganização, planejamento deficitário, impulsividade, dentre outros. No DSM-IV, indica-se a necessidade de comprometimento em pelo menos dois

**Anexo 1 - Versão em português do *Adult Self-Report Scale*<sup>48</sup>**

Por favor, responda as perguntas abaixo avaliando-se de acordo com os critérios do lado direito da página. Após responder cada uma das perguntas, circule o número que corresponde a como você se sentiu e se comportou nos últimos seis meses. Por favor, dê este questionário completo ao profissional de saúde para que vocês possam discuti-lo na consulta de hoje.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
1. Com que frequência você comete erros por falta de atenção quando tem de trabalhar num projeto chato ou difícil?	0	1	2	3	4
2. Com que frequência você tem dificuldade para manter a atenção quando está fazendo um trabalho chato ou repetitivo?	0	1	2	3	4
3. Com que frequência você tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente com você?	0	1	2	3	4
4. Com que frequência você deixa um projeto pela metade depois de já ter feito as partes mais difíceis?	0	1	2	3	4
5. Com que frequência você tem dificuldade para fazer um trabalho que exige organização?	0	1	2	3	4
6. Quando você precisa fazer algo que exige muita concentração, com que frequência você evita ou adia o início?	0	1	2	3	4
7. Com que frequência você coloca as coisas fora do lugar ou tem dificuldade de encontrar as coisas em casa ou no trabalho?	0	1	2	3	4
8. Com que frequência você se distrai com atividades ou barulho à sua volta?	0	1	2	3	4
9. Com que frequência você tem dificuldade para lembrar de compromissos ou obrigações?	0	1	2	3	4
<b>PARTE A - TOTAL</b>					
1. Com que frequência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as mãos ou os pés quando precisa ficar sentado(a) por muito tempo?	0	1	2	3	4
2. Com que frequência você se levanta da cadeira em reuniões ou em outras situações onde deveria ficar sentado(a)?	0	1	2	3	4
3. Com que frequência você se sente inquieto(a) ou agitado(a)?	0	1	2	3	4
4. Com que frequência você tem dificuldade para sossegar e relaxar quando tem tempo livre para você?	0	1	2	3	4
5. Com que frequência você se sente ativo(a) demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse "com um motor ligado"?	0	1	2	3	4
6. Com que frequência você se pega falando demais em situações sociais?	0	1	2	3	4
7. Quando você está conversando, com que frequência você se pega terminando as frases das pessoas antes delas?	0	1	2	3	4
8. Com que frequência você tem dificuldade para esperar nas situações onde cada um tem a sua vez?	0	1	2	3	4
9. Com que frequência você interrompe os outros quando eles estão ocupados?	0	1	2	3	4
<b>PARTE B - TOTAL</b>					

contextos, que deve ser mantida na avaliação de adultos. Déficits restritos a contexto ou situação específicos (por exemplo, leitura) sugerem outro diagnóstico.

No caso de adultos, são os próprios que fornecem dados que permitirão ao profissional avaliar a presença de sintomas em vários contextos, tais como: vida conjugal, ambiente familiar, trabalho, administração de recursos financeiros próprios, vida social, entre outros<sup>26</sup>.

Conforme exposto acima, a coleta de dados com um informante pode ser útil.

*Comprometimento funcional (critério D)*

Estudos epidemiológicos indicam que a prevalência de TDAH é superestimada quando não é avaliado o comprometimento funcional<sup>58</sup>.

O TDAH se associa a comprometimento significativo em diversas áreas na vida do

portador. Dados da literatura demonstram maior incidência de delinquência, acidentes, desemprego e suspensão de carteira de motorista<sup>59-61</sup>. A prevalência de adultos portadores de TDAH em estabelecimentos prisionais é maior que o esperado pela frequência do transtorno na população<sup>62</sup>, o que já foi documentado em adolescentes no nosso meio<sup>63</sup>. Um histórico significativamente mais grave de álcool e drogas pode ser observado em portadores adultos de TDAH<sup>18,64</sup>, sendo o tabagismo também mais comum<sup>65</sup>. Uma maior incidência de doenças sexualmente transmissíveis<sup>66</sup> já foi documentada. A incidência de problemas conjugais e os índices de divórcio são maiores nos portadores de TDAH<sup>67</sup>. Menores graus de escolaridade são observados<sup>60,61,65</sup>. Adultos auto-referidos a serviços especializados em TDAH podem apresentar maiores índices de ansiedade e depressão do que crianças com TDAH acompanhadas até a vida adulta<sup>68,69</sup>. Apesar de o comprometimento funcional ser uma característica importante na forma adulta de TDAH, ele não é específico e pode ser encontrado em diversos outros transtornos distintos do TDAH. O *National Comorbidity Survey-Replication* demonstrou que adultos com diagnóstico de TDAH tendiam a apresentar escores piores em escalas de avaliação de funcionamento global e comprometimento numa série de medidas cognitivas<sup>70</sup>.

Na avaliação do adulto, o comprometimento deve ser **cl clinicamente significativo** e investigado em vários contextos diferentes. Ele pode referir-se à infelicidade num casamento onde um dos cônjuges é cronicamente desatento e desorganizado, frequentemente procurando atividades novas e excitantes para se manter “ativo” e “bem-humorado”, além de ter dificuldades profissionais devido a mau desempenho secundário à desatenção e à dificuldade para respeitar rotinas e cronogramas. O diagnóstico de TDAH em indivíduos que possam ter adaptado em **algum grau** seus estilos de vida aos sintomas de TDAH (minimizando, portanto, o comprometimento auto-relatado) deve ser feito com cautela<sup>30</sup>. Na avaliação clínica, o comprometimento também pode ser inferido pela discrepância entre o desempenho e o esperado pelo nível cognitivo global, como também pela comparação com os seus pares de um mesmo grupo específico (profissional, acadêmico, etc.)<sup>64</sup>.

Embora pesquisas iniciais tenham indicado desfechos clínicos distintos para homens e

mulheres, estudos mais recentes<sup>71</sup> – inclusive no nosso meio<sup>72</sup> –, onde houve controle dos vieses de encaminhamento, revelam não existir diferenças significativas. Os desfechos parecem relacionados ao subtipo de TDAH (havendo maior comprometimento no subtipo combinado), não havendo influência do gênero. Nos mesmos estudos, ambos com amostras clínicas, não foram identificadas diferenças entre os sexos na frequência de subtipos de TDAH.

#### *Entendimento da natureza dos sintomas (critério E)*

Para o diagnóstico do adulto, é necessário avaliar se existem comorbidades que possam justificar os sintomas e o comprometimento relatados. A presença de comorbidades psiquiátricas é extremamente comum no TDAH, tanto em crianças e adolescentes quanto em adultos, e modifica significativamente a apresentação clínica e o prognóstico<sup>73</sup>. No *National Comorbidity Survey-Replication*<sup>71</sup>, o diagnóstico de outros transtornos psiquiátricos em adultos portadores de TDAH foi significativamente maior que o esperado pelas respectivas prevalências na população em geral<sup>74</sup>. No nosso meio, um estudo com crianças e adolescentes demonstrou que o perfil de comorbidades no TDAH é semelhante mesmo em contextos socioculturais distintos<sup>75</sup>. Muitos dos **sintomas** do DSM-IV listados sob a égide do TDAH são idênticos ou semelhantes a sintomas listados no diagnóstico de outros transtornos, e o diagnóstico diferencial exige uma avaliação especializada<sup>65</sup>. A desatenção, por exemplo, é um dos sintomas listados para o diagnóstico de transtorno do humor, no próprio sistema DSM-IV.

A observância ao critério E não implica em desestimular o diagnóstico de um ou mais transtornos em comorbidade com o TDAH. Por exemplo, o diagnóstico diferencial entre Transtorno do Humor Bipolar e TDAH pode ser difícil em alguns casos, mas a comorbidade entre estes transtornos modifica a apresentação clínica e o curso evolutivo, além de ter indiscutível relevância terapêutica<sup>76</sup>. O diagnóstico de algumas comorbidades pode permanecer mesmo após terem sido levados em consideração os sintomas nucleares do TDAH<sup>77</sup> (diagnóstico de subtração); porém, a definição sobre a existência de mais de um transtorno não se baseia nessa estratégia, sendo uma decisão eminentemente clínica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

O diagnóstico de TDAH no adulto permanece sendo clínico, obtido através de uma anamnese cuidadosa, do emprego de critérios clínicos bem definidos e de treinamento no diagnóstico diferencial de transtornos psiquiátricos. Apesar de relatos de alterações eletroencefalográficas, neurofuncionais e de neuroimagem, tais testes e exames laboratoriais **não** possuem valor preditivo suficiente (tanto positivo como negativo), que permita sua utilização no ambiente clínico, sendo reservados para ambiente de pesquisa ou casos excepcionais. O método clínico permanece sendo o instrumental mais apropriado para evitar a superinclusão de casos, em especial no que tange à suposição de diagnóstico de TDAH por indivíduos leigos auto-referidos.

Para o diagnóstico de TDAH em adultos, recomenda-se, portanto:

a) O emprego de escalas (como a ASRS) e de entrevistas semi-estruturadas adaptadas (como o K-SADS-E), que já foram utilizadas em nosso meio e que são baseadas nos critérios do sistema diagnóstico do DSM-IV;

b) A coleta de dados com outras fontes de informação (pais, cônjuge, outros familiares, etc.);

c) A identificação de um número mais alto de sintomas nucleares de TDAH (desatenção, hiperatividade e impulsividade), como também do seu início precoce e sua presença em diferentes contextos da vida do indivíduo;

d) A identificação de comprometimento funcional significativo associado aos sintomas, investigando diferentes áreas, tais como a profissional, social, familiar, etc.;

e) A decisão clínica dos sintomas não ser mais bem justificada por outro(s) transtorno(s) psiquiátrico(s), que deve(m) ser investigado(s) durante a avaliação clínica do indivíduo.

## REFERÊNCIAS

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1980.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
3. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.
4. Laufer MW, Denhoff E. Hyperkinetic behavior syndrome in children. *J Pediatr*. 1957;50(4):463-74.
5. Wender PH, Reimherr FW, Wood DR. Attention deficit disorder ("minimal brain dysfunction") in adults: a replication study of diagnosis and drug treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 1981;38(4):449-56.
6. Zametkin AJ, Nordahl TE, Gross M, King AC, Semple WE, Rumsey J, et al. Cerebral Glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *N Engl J Med*. 1990;323(20):1361-6.
7. 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. *J Abnorm Psychol*. 2002;111(2):279-89.
8. 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(5):816-8.
9. Fischer M. The persistence of ADHD into adulthood: it depends on whom you ask. *ADHD Report*. 1997;5(4):8-10.
10. Faraone SV, Monuteaux MC, Biederman J, Cohan SL, Mick E. Does parental ADHD bias maternal reports of ADHD symptoms in children? *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(1):168-75.
11. Murphy K, Barkley RA. Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: implications for clinical diagnosis. *J Atten Disord*. 1996;1(3):147-61.
12. Spencer T, Biederman J, Wilens TE, Faraone SV. Is attention-deficit hyperactivity disorder in adults a valid disorder? *Harv Rev Psychiatry*. 1994;1(6):326-35.
13. Spencer T, Biederman J, Wilens TE, Faraone SV. Adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controversial diagnosis. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 7:59-68.
14. Grevet EH, Bau CH, Salgado CA, Fischer A, Victor MM, Garcia C, et al. Interrater reliability for diagnosis in adults of attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder using K-SADS-E. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63(2A):307-10.
15. Kooij JJ, Buitelaar JK, van den Oord EJ, Furer JW, Rijnders CA, Hodiomont PP. Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychol Med*. 2005;35(6):817-27.
16. Rohde LA, Szobot C, Polanczyk G, Schmitz M, Martins S, Tramontina S. Attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse culture: do research and clinical findings support the notion of a cultural construct for the disorder? *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1436-41.
17. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biol Psychiatry*. 2000;48(1):9-20.
18. Faraone SV. A genetic perspective on the validity of adult ADHD. In: 155th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 2002 May 18-23; Philadelphia, USA. Washington D.C.: APA, 2002.
19. Ernst M, Kimes AS, London ED, Matochik JA, Eldreth D, Tata S, et al. Neural substrates of decision making in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 2003;160(6):1061-70.
20. Kaplan RF, Stevens MC. A review of adult ADHD: a neuropsychological and neuroimaging perspective. *CNS Spectr*. 2002;7(5):355-62.
21. Giedd JN, Blumenthal J, Molloy E, Castellanos FX. Brain imaging of attention deficit/hyperactivity disorder. *Ann N Y Acad Sci*. 2001;931:33-49.
22. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull*. 1997;121(1):65-94.
23. Sagvolden T, Aase H, Zeiner P, Berger D. Altered reinforcement mechanisms in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behav Brain Res*. 1998;94(1):61-71.
24. Sonuga-Barke EJ. Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: from common simple deficits to



- multiple developmental pathways. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1231-8.
25. Willcutt EG, Doyle AE, Nigg JT, Faraone SV, Pennington BF. Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1336-46.
  26. McGough JJ, Barkley RA. Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161(11):1948-56.
  27. Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 2nd ed. New York: Guilford Publications; 1998.
  28. Millstein RB, Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *J Atten Disord*. 1997;2(3):159-66.
  29. Weiss M, Hechtman LT, Weiss G. ADHD in adulthood: a guide to current theory, diagnosis and treatment. Baltimore: Johns Hopkins; 1999.
  30. Braun DL, Dulit RA, Adler DA, Berlant J, Dixon L, Fornari V, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: clinical information for primary care physicians. *Primary Psychiatry*. 2004;11(9):56-65.
  31. Corkum P, Tannok R, Moldofsky H, Hogg-Johnson S, Humphries T. Actigraphy and parental ratings of sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Sleep*. 2001;24(3):303-12.
  32. Lewin DS, Di Pinto M. Sleep disorders and ADHD: shared and common phenotypes. *Sleep*. 2004;27(2):188-9.
  33. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 1993;150(6):885-90.
  34. Wierzbicki M. Reliability and validity of the Wender Utah Rating Scale for college students. *Psychol Rep*. 2005;96(3 Pt 1):833-9.
  35. Hinshaw SP. On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychol Bull*. 1987;101(3):443-63.
  36. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(12):1468-84.
  37. Lahey BB, Applegate B, McBurnett K, Biederman J, Greenhill L, Hynd GW, et al. DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 1994;151(11):1673-85.
  38. Murphy K, Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiatry*. 1996;37(6):393-401.
  39. Heiligenstein E, Conyers LM, Berns AR, Miller MA. Preliminary normative data on DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in college students. *J Am Coll Health*. 1998;46(4):185-8.
  40. DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD, Reid R. ADHD Rating Scale-IV: checklists, norms, and clinical interpretation. New York: Guilford Publications; 1998.
  41. Conners CK, Erhardt D, Sparrow E. Conners' Adult ADHD Rating Scales. North Tonawanda: Multi-Health Systems; 1999.
  42. Epstein JN, Johnson D, Conners CK. Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV. North Tonawanda: Multi-Health Systems; 2001.
  43. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33.
  44. Wender PH, Ward MF, Reimherr FW, Marchant BK. ADHD in adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(5):543.
  45. Barkley RA, Murphy K. Attention-deficit hyperactivity disorder: a clinical workbook. 2nd ed. New York: Guilford Publications; 1998.
  46. Brown T. Brown ADD Scales. San Antonio: The Psychological Corporation; 1996.
  47. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005;35(2):245-56.
  48. Mattos P, Segenreich D, Saboya E, Louzã M, Dias G, Romano M. Adaptação transcultural da escala ASRS-18 (versão 1.1) para avaliação do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em adultos para o português. *Rev Psiquiatr Clin*. In press.
  49. Grevet EH, Bau CH, Salgado CA, Ficher A, Victor MM, Garcia C, et al. Interrater reliability for diagnosis in adults of attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder using K-SADS-E. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63(2A):307-10.
  50. Orvaschel H, Puig-Antich J. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children: epidemiologic version. Fort Lauderdale: Nova University; 1987.
  51. 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.
  52. Jensen PS, Rubio-Stipec M, Canino G, Bird HR, Dulcan MK, Schwab-Stone ME, et al. Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(12):1569-79.
  53. 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. *Psychol Assess*. 2002;14(4):379-89.
  54. Barkley RA, Biederman J. Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(9):1204-10.
  55. Hesslinger B, Tebartz van Elst L, Mochan F, Elbert D. Attention deficit hyperactivity disorder in adults-early vs. late onset in a retrospective study. *Psychiatry Res*. 2003;119(3):217-23.
  56. Applegate B, Lahey BB, Hart EL, Biederman J, Hynd GW, Barkley RA, et al. Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(9):1211-21.
  57. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit / hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1313-23.
  58. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2005;366(9481):237-48.
  59. Murphy K, Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiatry*. 1996;37(6):393-401.
  60. Barkley RA, Murphy KR, Kwasnik D. Psychological adjustment and adaptive impairments in young adults with ADHD. *J Atten Disord*. 1996;1(1):41-54.
  61. Barkley RA, Murphy KR, Kwasnik D. Motor vehicle driving competencies and risks in teens and young adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 1996;98(6 Pt 1):1089-95.
  62. Eyestone LL, Howell RJ. An epidemiological study of attention-deficit hyperactivity disorder and major depression in a male prison population. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1994;22(2):181-93.

63. Andrade RC, Silva VA, Assumpção FB Jr. Preliminary data on the prevalence of psychiatric disorders in Brazilian male and female juvenile delinquents. *Braz J Med Biol Res.* 2004;37(8):1155-60.
64. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50(7):565-76.
65. Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Chen L, Jones J. ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(1):37-44.
66. Barkley R, Gordon M. Research on comorbidity, adaptive functioning, and cognitive impairments in adults with ADHD: implications for a clinical practice. In: Goldstein S, Ellison AT, eds. *Clinician's guide to adult ADHD: assessment and intervention.* San Diego: Academic Press; 2002. p. 43-69.
67. Murphy K, Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiatry.* 1996;37(6):393-401.
68. 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.
69. Shekim WO, Asarnow RF, Hess E, Zaucha K, Wheeler N. A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Compr Psychiatry.* 1990;31(5):416-25.
70. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas Kr, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):617-27.
71. Biederman J, Kwon A, Aleardi M, Chouinard VA, Marino T, Cole H, et al. Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: findings in nonreferred subjects. *Am J Psychiatry.* 2005;162(6):1083-9.
72. Grevet EH, Bau CH, Salgado CAI, Fischer AG, Kalil K, Victor MV, 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.* In press.
73. Biederman J. Impact of comorbidity in adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry.* 2004;65 Suppl 3:3-7.
74. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadogan E. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biol Psychiatry.* 2004;55(7):692-700.
75. Souza I, Pinheiro MA, Denardin D, Mattos P, Rohde LA. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity in Brazil: comparisons between two referred samples. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2004;13(4):243-8.
76. Wilens T, 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;54(1):1-8.
77. Mattos P, Saboya E, Ayrão V, Segenreich D, Duchesne M, Coutinho G. Comorbid eating disorders in a Brazilian attention-deficit/hyperactivity disorder adult clinical sample. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(4):248-50.

#### RESUMO

*Considerando-se as dificuldades atuais do diagnóstico do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade em adultos, foram reunidos*

*especialistas brasileiros que fazem pesquisas nesta área, de modo a produzir diretrizes de consenso para uso no país. Foi realizada uma revisão não-sistemática preliminar e concebido um texto inicial, que foi repetidamente avaliado e editado pelos autores, com acréscimos e correções ao longo de 6 meses, através de correio eletrônico e de uma reunião posterior, patrocinada pela Associação Brasileira do Déficit de Atenção. A versão preliminar foi apresentada publicamente durante o congresso anual da Associação Brasileira de Psiquiatria, com comentários e sugestões dos participantes, para a redação da versão final.*

*Palavras-chave: Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade, diagnóstico, adultos.*

#### ABSTRACT

*Present difficulties in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults have prompted Brazilian specialists involved in research in this area to make a consensus to be used in the country. A non-systematic preliminary review was repeatedly evaluated by all authors, who added new material, commented and corrected parts of the text for 6 months through electronic mail and a further meeting sponsored by the Brazilian Association of Attention-Deficit Disorder. The preliminary version was publicly presented during the annual congress of the Associação Brasileira de Psiquiatria (Brazilian Association for Psychiatry) for appraisal and suggestions from participants in order to prepare the final version.*

*Keywords: Attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD, diagnosis, adults.*

*Title: Brazilian consensus of specialists on the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults*

#### RESUMEN

*Considerándose las dificultades actuales del diagnóstico del trastorno del déficit de atención/hiperactividad en adultos, se reunieron especialistas brasileños que investigan en esa área, de modo a producir directrices de consenso para uso en el país. Se realizó una revisión no-sistemática preliminar y se concibió un texto inicial, que ha sido repetidamente evaluado y editado por los autores, con acréscimos y correcciones a lo largo de 6 meses, a través de correo electrónico y de una reunión posterior, patrocinada por la Asociación Brasileña del Déficit de Atención. La versión preliminar ha sido presentada públicamente durante el congreso anual de la Asociación Brasileña de Psiquiatria, con comentarios y sugerencias de los participantes para la redacción de la versión final.*

Palabras clave: *Trastorno del déficit de atención/hiperactividad, diagnóstico, adultos.*

Título: *Panel brasileiro de especialistas sobre diagnóstico del trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH) en adultos*

Correspondência:

Rua Paulo Barreto, 91

CEP 22280-010 – Rio de Janeiro – RJ

Fax: (21) 2295.3796

E-mail: paulomattos@mandic.com.br

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – SPRS