

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**O Papel do Transtorno Depressivo Maior no Transtorno de Déficit de
Atenção/Hiperatividade (TDAH) em Adultos**

Aline Gonçalves Fischer

Orientador: Prof. Dr. Paulo Silva Belmonte de Abreu

Co-orientador: Prof. Dr. Claiton Henrique Dotto Bau

Porto Alegre

2006

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**O Papel do Transtorno Depressivo Maior no Transtorno de Déficit de
Atenção/Hiperatividade (TDAH) em Adultos**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Ciências Médicas:
Psiquiatria, como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre.

Aline Gonçalves Fischer

Orientador: Prof. Dr. Paulo Silva Belmonte de Abreu

Co-orientador: Prof. Dr. Claiton Henrique Dotto Bau

Porto Alegre

2006

“Foi por haver um precipício antes e depois de mim que estou aqui...”

Prata do Tempo

Letícia Wierzchowski

*Para meus pais, Enio e Dora. Por me
amarem sempre e por terem me ensinado,
entre muitas outras coisas, a ser médica.*

AGRADECIMENTOS:

Ao Prof. Dr. Paulo Silva Belmonte de Abreu, pela habilidade em olhar a clínica dentro da pesquisa. Obrigada pela confiança e pela a sinceridade.

Ao Prof. Dr. Claiton Henrique Dotto Bau, pela disponibilidade inesgotável e por me ensinar tanto a respeito de pesquisa. Certamente me tornei uma pessoa diferente por isso.

A Eugenio Horacio Grevet e Carlos Alberto Iglesias Salgado. Por terem iniciado tudo, pelo exemplo e pela amizade.

Aos colegas do ambulatório Eugenio Horacio Grevet, Carlos Alberto Iglesias Salgado, Marcelo Moraes Victor, Katiane Silva Kalil, Christiane Ribas Garcia e Nyvia Souza. Ganhei tardes agradáveis, amizade e um precioso apoio.

Aos colegas Rafael Karam, Flávio Vicente e Francine Marques. Mesmo com um convívio menor, carrego um pouco de cada um comigo.

Aos pacientes, que contribuem para algo maior do que pensam.

À Ana Soledade, pelo estímulo. E pela amizade, sempre.

Aos meus irmãos, Clarissa e Guilherme, por sua existência.

À Rosa, por cuidar de mim sempre com muito carinho.

Às pessoas que contribuíram, durante a minha vida, para o meu crescimento.

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	9
1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.....	11
1.1.1 <i>Etiologia e fatores de risco relacionados ao TDAH</i>	14
1.1.2 <i>Diagnóstico de TDAH</i>	15
1.1.3 <i>Comorbidades</i>	16
1.1.4 <i>TDAH e transtorno depressivo maior</i>	19
1.1.5 <i>Considerações sobre transtorno depressivo maior</i>	19
1.2 JUSTIFICATIVA.....	23
1.3 OBJETIVOS.....	24
1.3.1 <i>Objetivo geral</i>	24
1.3.2 <i>Objetivos específicos</i>	24
1.4 DELINEAMENTO DO ESTUDO	24
1.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	24
1.6 REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO	25
2. ARTIGO EM PORTUGUÊS	30
3. ARTIGO EM INGLÊS.....	55
4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	78
4.1 REFERÊNCIAS DA DISCUSSÃO	82
5. ANEXOS	84
5.1. ANEXO 1:	85
Critérios diagnósticos para transtornos depressivos e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade de acordo com DSM-IV e CID-10	85
5.2. ANEXO 2:	92
Protocolo do ambulatório de TDAH do adulto do HCPA	92

RESUMO

Há poucos estudos voltados para a heterogeneidade do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos, apesar de ser um transtorno psiquiátrico comum. As freqüentes associações do TDAH com outros problemas psiquiátricos aumentam a sua morbidade. Dentre essas comorbidades, destaca-se o transtorno depressivo maior (TDM), que além de ser freqüente influencia o impacto e a abordagem terapêutica do TDAH.

Foram avaliados 320 adultos em atendimento ambulatorial para TDAH. O diagnóstico seguiu os critérios do DSM-IV. As entrevistas foram realizadas com a versão em português do K-SADS-E para TDAH e transtorno opositor desafiante (TOD), e com o SCID-IV de transtornos do eixo I para as comorbidades psiquiátricas. Os diagnósticos foram confirmados por avaliação clínica. Modelos de regressão foram aplicados para testar a associação entre a ocorrência de TDM e os desfechos clínicos e demográficos avaliados.

Os indivíduos com TDAH e TDM apresentaram maior freqüência de diagnóstico de transtornos de ansiedade e experiência de tratamento prévio (tanto psicoterápico quanto farmacológico) quando comparados a indivíduos com TDAH, sem TDM. Por outro lado, apresentaram menos freqüentemente diagnóstico de dependência de drogas e histórico escolar de repetência ou suspensões de classe. Não houve diferença significativa entre os grupos com ou sem TDM quanto à idade do diagnóstico de TDAH.

Os achados sugerem uma utilidade do diagnóstico de TDM como um indicador relevante de determinadas características clínicas em adultos com TDAH. A maior procura por tratamento relacionada ao TDM não foi acompanhada de um diagnóstico mais precoce do TDAH, como seria esperado. Se confirmados,

esses dados apontam para a necessidade de pesquisas e educação médica voltadas para um reconhecimento mais eficiente e precoce do TDAH em pacientes que buscam atendimento em saúde mental por outras causas.

Palavras-chave: Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH); Transtorno depressivo maior; Adulto.

ABSTRACT

There are few studies on the heterogeneity of adult ADHD, despite it is a common psychiatric disorder. The frequent comorbidity between ADHD and other psychiatric problems, increases the morbidity of the disorder. Major depressive disorder (MDD) stands out between other ADHD comorbidities, since it is frequent and influences ADHD outcomes and therapeutic approach.

Three hundred and twenty adult outpatients were evaluated for ADHD. Diagnosis followed DSM-IV criteria. Interviews to evaluate ADHD and oppositional defiant disorder (ODD) were performed based on the Portuguese-language version of K-SADS-E and Psychiatric comorbidities were evaluated using SCID-IV for axis I disorders. Diagnoses were confirmed by clinical interview. Regression models were applied to test MDD association with clinical and demographic outcomes.

Subjects presenting ADHD and MDD had a higher frequency of anxiety diagnosis and prior experience of psychotherapy and/or pharmacological treatment when compared to ADHD subjects free of MDD. On the other hand, they reported less often drug dependence diagnosis, grade repetition and school suspensions. There was no significant difference between groups with or without MDD on the age at ADHD diagnosis.

These findings suggest that the MDD diagnosis may be useful as an important indicator of certain clinical characteristics in adults with ADHD. The more frequent search for treatment attributable to MDD diagnosis was not accompanied by an earlier ADHD diagnosis, as expected. If confirmed, the present data point to

the need for research and medical education towards an earlier and more efficient ADHD diagnosis in patients who search for mental health care for other reasons.

Keywords: Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD); Major depressive disorder; Adult.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) se caracteriza por sintomas clinicamente significativos de desatenção, hiperatividade e impulsividade, além de prejuízo em dois ou mais contextos da vida e início na infância. São descritos três subtipos: predominantemente desatento, predominantemente hiperativo e combinado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994). O grupo de transtornos psiquiátricos no qual o TDAH está incluído teve suas primeiras referências na literatura no início do século XIX (STILL; TREGOLD, 1902). A nomenclatura vem sofrendo alterações contínuas, passando por lesão cerebral mínima, disfunção cerebral mínima, hipercinese, síndrome da criança hiperativa e finalmente TDAH (WENDER, 1995; RHODE et al., 2000).

Durante muito tempo, acreditou-se que o TDAH ocorresse somente na infância, desaparecendo na adolescência ou na idade adulta. No entanto, nas últimas décadas acumularam-se evidências de que o TDAH é uma síndrome psiquiátrica da infância que freqüentemente persiste ao longo da vida, sendo relativamente comum em adultos (WENDER, 1995; BIEDERMAN; FARAONE, 2004). A taxa de persistência na idade adulta pode chegar a 60% (ADLER, 2004; BIEDERMAN; FARAONE, 2004; MCGOUGH et al., 2005). No entanto, não há consenso entre dados disponíveis atualmente, sendo relatadas também taxas de persistência muito menores (BIEDERMAN, 2004). Esse espectro de variação provavelmente se deve ao estágio inicial das pesquisas na área.

Estudos nacionais e internacionais estimaram a prevalência do TDAH em crianças entre 3 e 6 % (RHODE et al., 2000). Em adultos, a prevalência descrita na população geral situa-se entre 1,5 e 2,5 (KOOIJ et al., 2005) e 4,1% (KESSLER et al., 2005c). Enquanto na infância a maioria dos indivíduos afetados é do sexo masculino, na idade adulta os dois sexos apresentam prevalências semelhantes (BIEDERMAN, 2004; BIEDERMAN et al., 2004).

O TDAH em adultos pode se expressar por um estilo de vida caótico, marcado por sintomas como desatenção, inquietude, labilidade de humor, desorganização, sensibilidade ao estresse, impulsividade e hiperatividade (MONTANO, 2004). Tais sintomas em adultos são similares à inquietação, desatenção e impulsividade característicos do TDAH na infância. No entanto, os sintomas mudam conforme o indivíduo amadurece e aprende a lidar com eles. O comportamento de uma criança inquieta que inadequadamente corre e sobe nos móveis pode evoluir para o comportamento de um adulto que somente consegue ter um bom desempenho em trabalhos ativos (ADLER, 2004). Estudos longitudinais em jovens demonstraram que enquanto os sintomas de hiperatividade e impulsividade tendem a diminuir, a desatenção tende a persistir. Em amostras clínicas de adultos com TDAH, cerca de 50% dos pacientes apresentam sintomas de hiperatividade e impulsividade, e até 90% apresentam sintomas proeminentes de desatenção (WILENS et al., 2004).

Alguns dos sintomas adquirem maior importância no decorrer da vida do indivíduo, por estarem mais associados à exigência funcional crescente na idade adulta. A impulsividade muda de qualidade, passando a ser observada nas tomadas de decisão. Essas, por sua vez, têm conseqüências mais graves na idade adulta, como terminos intempestivos de relacionamentos, abandonos impensados de empregos e direção perigosa de veículos (WILENS et al., 2004).

Já a hiperatividade, além de diminuir significativamente, pode na vida adulta ser canalizada para o desempenho simultâneo de várias atividades de trabalho ou lazer. Um adulto com TDAH pode adaptar-se a um trabalho ativo ou ter vários empregos (ADLER, 2004; MONTANO, 2004). Além disso, a hiperatividade pode dar lugar a uma sensação subjetiva de inquietude. A desatenção passa a associar-se ao comprometimento da memória, que é uma das principais queixas dos adultos com TDAH. Esses pacientes em geral não conseguem ficar atentos por muito tempo, fato que gera prejuízos uma vez que a maioria dos trabalhos e profissões da vida adulta exige esse comportamento (MONTANO, 2004). A mudança de tarefas, ou o envolvimento em múltiplas tarefas simultâneas, está intimamente ligada à desatenção. Muitos indivíduos necessitam ligar a TV ou ouvir música enquanto lêem ou estudam (MATTOS et al., 2003).

Existem também alguns sintomas não listados nos critérios diagnósticos do DSM-IV que são freqüentemente observados em adultos com TDAH. Entre eles, incluem-se a procrastinação, também observada em crianças; a baixa auto-estima, conseqüência do próprio TDAH ou de transtornos de humor associados; e a baixa tolerância à frustração (MONTANO, 2004; MATTOS et al., 2003).

Adultos com TDAH também apresentam, tipicamente, história de disfunção escolar, incluindo déficit no desempenho educacional, falta de disciplina, repetência escolar, necessidade de classe especial e transtornos de aprendizagem. Esses problemas usualmente continuam, ou até pioram, caso cheguem ao estudo superior. Isso resulta em notas baixas, demora em completar os estudos, entre outros (FARAONE et al., 2000; BIEDERMAN, 2004; WILENS et al., 2004). Adultos com TDAH tendem ainda a ter nível sócio-econômico mais baixo, maiores taxas de desemprego ou mudança de emprego, dificuldades no

trabalho, separação, divórcio e acidentes de trânsito (FARAONE et al., 2000; WILENS et al., 2004).

Todas essas características descritas para os adultos com TDAH podem ser influenciadas por vários fatores, como o modo do indivíduo gerenciar ou compensar seus sintomas e a existência ou não de comorbidades (MATTOS et al., 2003).

1.1.1 Etiologia e fatores de risco relacionados ao TDAH

O TDAH é um transtorno multifatorial e clinicamente heterogêneo. Sua etiologia não foi ainda claramente identificada, mas existem evidências de origem neurobiológica e genética (BIEDERMAN, 2005). Estudos familiares, entre gêmeos e de biologia molecular demonstram que os genes influenciam a etiologia do TDAH (WILENS et al., 2004; TOONE, 2004). A herdabilidade do transtorno, por volta de 70%, é uma das mais altas entre os transtornos psiquiátricos (WILENS et al., 2004). Estudos de imagem sugerem uma disfunção no lobo fronto-subcortical (BIEDERMAN, 2005; WILENS et al., 2004). A alteração estrutural mais freqüentemente encontrada é um menor volume no córtex frontal, cerebelo e estruturas subcorticais (WILENS et al., 2004). Alterações nos sistemas dopaminérgico e noradrenérgico também contribuem para a fisiopatologia do TDAH (BIEDERMAN, 2005).

Fatores de risco importantes para o TDAH são complicações gestacionais e do parto, tabagismo materno durante a gestação e ambiente familiar adverso (BIEDERMAN, 2005). Além desses, também são descritos exposição intra-uterina ao álcool e dano cerebral por outras causas (MCARDLE, 2004).

1.1.2 Diagnóstico de TDAH

O diagnóstico do TDAH é fundamentalmente clínico, com base em critérios provenientes do DSM-IV e da CID-10 (WILENS et al., 2004). Exames de neuroimagem, neurofisiológicos (EEG) e testes neuropsicológicos são ferramentas diagnósticas promissoras, mas ainda estão reservadas para ambientes de pesquisa, uma vez que não há nenhum achado que seja patognomônico do TDAH (TOONE, 2004; WILENS et al., 2004; FURMAN, 2005).

O diagnóstico do TDAH é dimensional, sendo necessário estabelecer um ponto de corte acima do qual vários sintomas de ocorrência variável na população geral constituiriam uma síndrome específica. A idéia do *continuum* supõe que existem sintomas que ocorrem virtualmente em qualquer pessoa; porém, com menor freqüência e/ou impacto que em portadores de TDAH (WENDER, 1995).

O diagnóstico de TDAH pode ser feito em adultos que apresentam sintomas de TDAH na vida atual, utilizando-se um dos dois sistemas classificatórios vigentes na atualidade. O CID-10 da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992) e o DSM-IV da Associação Americana de Psiquiatria (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994). O primeiro é o utilizado oficialmente no Brasil. O segundo é utilizado nos EUA, sendo o critério diagnóstico operacional da grande maioria das pesquisas científicas em TDAH. É necessário que haja sintomas em um grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento do indivíduo (WILENS et al., 2004). Existem três elementos críticos para se fazer o diagnóstico de TDAH em um adulto: início na infância, presença de sintomas significativos e prejuízo por

esses sintomas (ADLER, 2004). Os critérios diagnósticos estão apresentados no Anexo 1.

Apesar da existência de diretrizes claras para sua identificação, há uma dificuldade diagnóstica evidente no TDAH em adultos. São três os motivos principais para isso. Primeiro, os sintomas do TDAH podem parecer-se com vários outros transtornos mentais. É necessário considerar o diagnóstico diferencial com depressão, transtorno bipolar, transtornos de ansiedade, abuso de substâncias, esquizofrenia e transtornos de personalidade (especialmente anti-social e borderline) (MCARDLE, 2004). Em segundo, a maior parte desses transtornos também pode ser comórbida ao TDAH, e as comorbidades podem obscurecer o diagnóstico do mesmo (MCARDLE, 2004; MONTANO, 2004). Em terceiro, temos o histórico da identificação relativamente recente desse transtorno, que certamente faz com que ele seja, ainda, menos divulgado do que outros transtornos mentais, tanto entre a população em geral quanto entre os profissionais de saúde mental.

1.1.3 Comorbidades

Uma das principais características dos transtornos mentais é que eles tendem a ocorrer associados mais frequentemente do que seria esperado a partir da prevalência de cada um deles, isoladamente (KESSLER et al., 2005c). Kessler et al. (1994) avaliaram a prevalência de transtornos psiquiátricos nos Estados Unidos, através de um estudo populacional (Nacional Comorbidity Survey), e verificaram que a vasta maioria dos transtornos ao longo da vida (79%) estava associada, como comorbidade, a outros transtornos.

Vários estudos mostram taxas elevadas de comorbidade entre o TDAH e outros transtornos mentais tanto em crianças (BIEDERMAN et al., 1991; RHODE et al., 2000; BIEDERMAN, 2004; SOUZA et al., 2004; TOONE, 2004), quanto em adultos (BIEDERMAN et al., 1991; FARAONE, 2000; ADLER, 2004; BIEDERMAN, 2004; MONTANO, 2004; WILENS et al., 2004). Aproximadamente 80% dos adultos com TDAH apresentam ao menos uma comorbidade psiquiátrica (MURPHY; BARKLEY, 1996; KOOIJ et al., 2001). Segundo McGough et al., (2005), 56% dos adultos com TDAH apresentam dois outros transtornos psiquiátricos além do TDAH. Kooij et al., (2001) descrevem a ocorrência de uma comorbidade em 78% e duas em 33%.

É descrita uma maior prevalência em adultos com TDAH de transtornos de conduta, transtorno opositor desafiante, transtorno de personalidade anti-social, depressão maior, transtorno bipolar, transtornos de ansiedade, abuso ou dependência de álcool, nicotina e outras substâncias (DOWNEY et al., 1997; BIEDERMAN et al., 2004; WILENS et al., 2004; MCGOUGH et al., 2005).

BIEDERMAN et al. (2004) apresentam as prevalências ao longo da vida de vários transtornos mentais em adultos com TDAH, sendo alguns deles mais freqüentes do que em um grupo controle. Os transtornos mais comuns entre indivíduos com TDAH foram o abuso de drogas (37%), dependência de álcool (33%), fobia social (26%) e transtorno depressivo maior (22%). Já para Secnik et al. (2005), a comorbidade mais comum entre adultos com TDAH foi depressão (17,10%). Em um estudo com pacientes em atendimento no ambulatório de TDAH do adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, as comorbidades mais comuns foram transtornos opositor desafiante (44%), transtorno depressivo maior (24%), transtorno de conduta na infância (22%), qualquer transtorno por uso de

substâncias (21%), ansiedade generalizada (18%) e fobia social (17%) (GREVET et al., 2006).

A comorbidade pode na verdade ser o motivo da busca de tratamento para muitos pacientes com TDAH. Um exame cuidadoso deve ser realizado para diferenciar o TDAH de outras condições psiquiátricas, que podem num primeiro momento apresentar quadros clínicos similares (MONTANO, 2004). Frequentemente se atribui os sintomas do TDAH a outros transtornos, e assim trata-se a comorbidade sem que tenha sido dada a devida atenção ao TDAH (KOOIJ et al., 2001).

Adultos com TDAH usam mais serviços de saúde e têm maiores custos médicos diretos, quando comparados a controles sem TDAH. Além disso, também têm custos significativamente maiores relacionados a faltas ao trabalho (KESSLER et al., 2005a; MCGOUGH et al., 2005; SECNIK et al., 2005). Obviamente, a presença de determinadas comorbidades representa um acréscimo substancial ao custo médico e social representado pelo TDAH (SECNIK et al., 2005).

As altas taxas de comorbidades psiquiátricas entre os 4% de adultos da população que supostamente apresentam TDAH são um problema de saúde pública (MCGOUGH et al., 2005). Biederman et al., (2006) verificaram que, na idade média de 21 anos, jovens com TDAH apresentam um risco elevado para transtorno de personalidade anti-social, transtornos por uso de substâncias e transtornos de ansiedade e depressão. Sendo assim, o TDAH pode ser considerado como um fator de risco para essas condições (MCGOUGH et al., 2005).

1.1.4 TDAH e transtorno depressivo maior

O transtorno depressivo maior (TDM) é uma das comorbidades mais freqüentes no TDAH (DOWNEY et al., 1997; KOOIJ et al., 2001; BIEDERMAN et al., 2004; MCGOUGH et al., 2005; SECKNIC et al., 2005), sendo que alguns desse autores a descrevem como a comorbidade mais comum no TDAH. Tendo em conta a possibilidade do uso de medicamentos antidepressivos, o diagnóstico do TDM deve ser considerado ao definir abordagem terapêutica do TDAH (KOOIJ et al., 2001). McGough et al., (2005) demonstraram uma ocorrência de TDM em 63% dos adultos com TDAH. Biederman et al., (2004) estimaram a prevalência de TDM ao longo da vida, em adultos com TDAH, em 23% nas mulheres e 21% nos homens, respectivamente, enquanto na população geral essa prevalência gira em torno de 10-15% (BLAZER et al., 1994; KESSLER et al., 2005b). Em amostras de indivíduos com TDAH não há dados conclusivos em relação à prevalência de TDM entre os sexos. Biederman et al., (2004), não encontraram diferenças significativas na representação dos sexos entre indivíduos com TDAH e TDM. A mesma ausência de diferença foi observada no grupo controle (sem TDAH). Já McGough et al., (2005) descrevem o sexo feminino como fator de risco para a ocorrência de TDM entre portadores de TDAH. Um estudo com pacientes do ambulatório de TDAH de adultos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) mostrou uma tendência de maior ocorrência de TDM entre as mulheres portadoras de TDAH (GREVET et al., 2006).

1.1.5 Considerações sobre transtorno depressivo maior

Os estados depressivos, pela sua prevalência e pelos sintomas que acarretam, têm enorme importância como problema de saúde pública. As limitações, o sofrimento e o custo social que a depressão acarreta são muito grandes. (BLAZER et al. 1994; NIERENBERG, 2001; SIMON et al., 2002; SIMON, 2003). O principal transtorno de humor é o TDM (NIERENBERG, 2001).

Estima-se que em 2020 a depressão unipolar será a segunda causa de anos vividos com incapacitação no mundo (MURRAY; LOPEZ, 1997). O suicídio, que pode ocorrer em até 15% dos estados depressivos, e a dependência de drogas encontram-se entre as possíveis complicações das depressões não tratadas (DEL PORTO, 2000).

Estudos epidemiológicos, como o *National Comorbidity Survey* (NCS), nos Estados Unidos, estimam a prevalência do TDM ao longo da vida em 17,1 % da população geral (KESSLER et al., 1994). No Brasil, a prevalência de episódio depressivo maior situa-se em 12,6% ao longo da vida (ANDRADE et al., 2003). Um estudo com amostra populacional realizado em três cidades do Brasil, encontrou uma prevalência de depressão de 1,9% em São Paulo, 2,8% em Brasília e 10,2% em Porto Alegre (ALMEIDA FILHO et al., 1997). Busnello et al. (1992), no entanto, estimaram a prevalência de TDM em um ano em 5,7%, também em Porto Alegre, cidade onde se realizou o presente estudo.

Os transtornos depressivos acontecem mais em mulheres (taxa de aproximadamente 2 mulheres: 1 homem). Outros fatores de risco para TDM (ao longo da vida ou nos últimos 12 meses) incluem idade entre 18 e 59 anos, ser dona de casa, status de emprego classificado como “outro” (que inclui basicamente desempregados ou incapacitados), nunca ter sido casado ou ter sido casado previamente e baixo nível de educação (BLAZER et al., 1994; KESSLER

et al., 2003). Pesquisas realizadas no Brasil obtiveram achados semelhantes (ANDRADE et al., 2003).

Os transtornos do humor têm importantes efeitos sócio-econômicos, causados por prejuízo funcional, incapacitação ou diminuição da produtividade por faltas ao trabalho, além do uso aumentado de serviços de saúde (SIMON et al., 2002; SIMON, 2003). O tratamento do TDM ajuda a restabelecer o desempenho funcional, o que demonstra; portanto, o possível benefício de um tratamento efetivo. Vale lembrar que os benefícios econômicos do tratamento são secundários ao objetivo principal de aliviar o sofrimento humano (SIMON, 2003).

Assim como o TDAH, o TDM é altamente comórbido com outros transtornos psiquiátricos, especialmente transtornos de ansiedade (ANDRADE et al., 2003; KESSLER et al., 2003), seguidos do uso de substâncias e dos transtornos de controle de impulsos (KESSLER et al., 2003).

No diagnóstico do TDM, levam-se em conta sintomas psíquicos, fisiológicos e evidências comportamentais. Sintomas psíquicos incluem: humor depressivo, que pode ser acompanhado por idéias de suicídio; redução na capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades antes consideradas como agradáveis; fadiga ou sensação de perda de energia; diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões. Sintomas fisiológicos são alterações do sono, do apetite e redução do interesse sexual. Alterações do comportamento incluem retraimento social, crises de choro, comportamento suicida, retardo psicomotor e lentificação generalizada, ou agitação psicomotora (DEL PORTO, 2000).

A CID-10 tem como equivalente para o TDM o transtorno depressivo recorrente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992). No presente trabalho

foram utilizados os critérios diagnósticos da DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994). Ambos os critérios podem ser encontrados no Anexo 1.

1.2 JUSTIFICATIVA

Tanto o TDAH quanto o TDM são transtornos psiquiátricos bastante prevalentes em adultos e com grande impacto na saúde pública. No entanto, o TDAH em adultos não recebeu a devida atenção e investimento em pesquisas nas últimas décadas. Conseqüentemente, um número muito pequeno de investigações já foi realizado sobre a comorbidade entre o TDAH e o TDM. Na população brasileira, os dados são ainda mais escassos.

As estimativas de prevalência de TDM entre adultos com TDAH variam entre 22 e 63% (BIEDERMAN et al., 2004; MCGOUGH et al., 2005). O TDM, além de aumentar o custo sócio econômico do TDAH (SECNIK et al., 2005), interfere na sua abordagem terapêutica, uma vez que é necessário tratar inicialmente um eventual episódio do humor, para depois iniciar o tratamento do TDAH (KOOIJ et al., 2001).

Esse estudo busca evidenciar as diferenças possivelmente existentes entre adultos com TDAH comórbido com TDM ao longo da vida, quando comparados a adultos com TDAH sem TDM. Serão avaliados desfechos demográficos, história escolar e médica, gravidade do TDAH e outras comorbidades.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 *Objetivo geral*

- Comparar adultos com TDAH associado ou não ao TDM quanto a aspectos demográficos, história pregressa e desfechos clínicos.

1.3.2 *Objetivos específicos*

- Caracterizar uma amostra de adultos com TDAH quanto a características clínicas e demográficas relacionadas à comorbidade com TDM;
- Avaliar se o diagnóstico de TDM pode ser um indicador de características úteis no diagnóstico, prognóstico e manejo de pacientes com TDAH.

1.4 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal de associação.

1.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (n°01321). Os indivíduos ingressaram no estudo mediante aceitação voluntária prévia e assinaram um termo de consentimento informado aprovado pelo comitê de ética do hospital.

1.6 REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO

ADLER, L. A. Clinical presentations of adult patients with ADHD. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 65, p. 8-11, 2004.

ALMEIDA-FILHO, N.; MARI J.J.; COUTINHO, E.; FRANCA, J. F.; FERNANDES, J.; ANDREOLI, S. B.; BUSNELLO, E. D. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. **British Journal of Psychiatry**, v.171, p.524-529, 1997.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. Washington: APA, 1994.

ANDRADE, L.; CARAVEO-ANDUAGA, J. J.; BERGLUND, P.; BIJL, R. V.; De GRAAF, R.; VOLLEBERGH, W.; DRAGOMIRECKA, E.; KOHN, R.; KELLER, M.; KESSLER, R. C.; KAWAKAMI, N.; KILIC, C.; OFFORD, D.; USTUN, T.B.; WITTCHEN, H. U. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, v.12, p.3-21, 2003.

BIEDERMAN, J.; FARAONE, S. V.; MONUTEAUX, M.C.; BOBER, M.; CADOGAN, E. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. **Biological Psychiatry**, v.55, p.692-700, 2004.

BIEDERMAN, J.; FARAONE, S.V. Attention deficit hyperactivity disorder: a worldwide concern. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v.192, p.453-454, 2004.

BIEDERMAN, J. ; MONUTEAUX, M.C. ; MICK, E. ; SPENCER, T. ; WILENS, T.E. ; SILVA, J.M.; SNYDER, L.E.; FARAONE, S.V. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. **Psychological Medicine**, v.36, p.167-179, 2006.

BIEDERMAN, J.; NEWCORN. J.; SPRICH, S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. **American Journal of Psychiatry**, v.148, p.564-577, 1991.

BIEDERMAN, J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. **Biological Psychiatry**, v.57, p.1215-1220, 2005.

BIEDERMAN, J. Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.65, p.3-7, 2004.

BLAZER, D.G.; KESSLER, R.C.; MCGONAGLE, K.A.; SWARTZ, M.S. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. **American Journal of Psychiatry**, v.151, p. 979-986, 1994.

BUSNELLO, E.D.; PEREIRA, M.O.; KNAPP, W.P.; SALGADO, C.A.I.; TABORDA, J.G.V.; KNIJNIK, L.; CEITLIN, L.H.F.; HOFMEISTER, M.R.S.; OLIVEIRA, N.B.; PICON, P.; BELTRÃO, S.M.R.; GIGANTE, L. Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.41, p.507-512, 1992.

DEL PORTO, J.A. Conceito de depressão e seus limites. In: LAFER, B.; ALMEIDA, O.P.; FRÁGUAS, J.R.; MIGUEL, E.C. **Depressão no Ciclo da Vida**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DOWNEY, K.K.; STELSON, F.W.; POMERLEAU, O.F.; GIORDANI, B. Adult attention deficit hyperactivity disorder: psychological test profiles in a clinical population. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v.185, p.32-38, 1997.

FARAONE, S.V.; BIEDERMAN, J.; SPENCER, T.; WILENS, T.; SEIDMAN, L.J.; MICK, E.; DOYLE, A.E. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. **Biological Psychiatry**, v.48, p.9-20, 2000.

FURMAN, L. What is attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)? **Journal of Child Neurology**, v.20, p.994-1003, 2005.

GREVET, E.H.; BAU, C.H.D.; SALGADO, C.A.I.; FISCHER, A.G.; KALIL, K.; VICTOR, M.M.; GARCIA, C.R.; SOUSA, N.O.; RHODE, L.A.; BELMONTE-DE-ABREU, P. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v.256, p.311-319, 2006.

KESSLER, R.C.; ADLER, L.; AMES, M.; BARKLEY, R.A.; BIRNBAUM, H.; GREENBERG, P.; JOHNSTON, J.A.; SPENCER, T.; USTUN, T.B. The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v.47, p.565-572, 2005a.

KESSLER, R.C.; BERGLUND, P.; DEMLER, O.; JIN, R.; KORETZ, D.; MERIKANGAS, K.R.; RUSH, A.J.; WALTERS, E.E.; WANG, P.S. National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). **JAMA**, v.289, p. 3095-3105, 2003.

KESSLER, R.C.; BERGLUND, P.; DEMLER, O.; JIN, R.; MERIKANGAS, K.R.; WALTERS, E.E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives of General Psychiatry**, v.62, p.593-602, 2005b.

KESSLER, R.C.; CHIU, W.T.; DEMLER, O.; MERIKANGAS, K.R.; WALTERS, E.E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives of General Psychiatry**, v.62, p. 617-627, 2005c.

KESSLER, R.C.; MCGONAGLE, K.A.; ZHAO, S.; NELSON, C.B.; HUGHES, M.; ESHLEMAN, S.; WITTCHEN, H.U.; KENDLER, K.S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. **Archives of General Psychiatry**, v.51, p.8-19, 1994.

KOOIJ, J.J.; AECKERLIN, L.P.; BUITELAAR, J.K. Functioning, comorbidity and treatment of 141 adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) at a psychiatric outpatient department. **Nederlands tijdschrift voor geneeskunde**, v.145, p.1498-1501, 2001.

KOOIJ, J.J.; BUITELAAR, J.K.; VAN DEN OORD, E.J.; FURER, J.W.; RIJNDERS, C.A.; HODIAMONT, P.P. Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. **Psychological Medicine**, v.35, p.817-827, 2005.

MATTOS, P.; BELMONTE DE ABREU, P.; GREVET, E.H. O TDAH no adulto: dificuldades diagnósticas e de tratamento. In: ROHDE, et al. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MCARDLE, P. Attention-deficit hyperactivity disorder and life-span development. **British Journal of Psychiatry**, v.184, p.468-469, 2004.

MCGOUGH, J.J.; SMALLEY, S.L.; MCCRACKEN, J.T.; YANG, M.; DEL'HOMME, M.; LYNN, D.E.; LOO, S. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. **American Journal of Psychiatry**, v.162, p.1621-1627, 2005.

MONTANO, B. Diagnosis and treatment of ADHD in adults in primary care. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.65, p.18-21, 2004.

MURPHY, K.; BARKLEY, R.A. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Adults: comorbidities and adaptive impairments. **Comprehensive Psychiatry**, v.37, p.393-401, 1996.

MURRAY, C.J.L.; LOPEZ, A.D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. **Lancet**, v.349, p.1498-1504, 1997.

NIERENBERG, A. A. Current perspectives on the diagnosis and treatment of major depressive disorder. **American Journal of Managed Care**, v.7, p.S353-366, 2001.

RHODE, L.A.; BARBOSA, G.; TRAMONTINA, S.; POLANCZYC, G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.22, p.7-11, 2000.

SECNIK, K.; SWENSEN, A.; LAGE, M.J. Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. **Pharmacoeconomics**, v.23, p.93-102, 2005.

SIMON, G.E.; CHISHOLM, D.; TREGLIA, M.; BUSHNELL, D. Course of depression, health services costs, and work productivity in an international primary care study. **General and Hospital Psychiatry**, v.24, p.328-335, 2002.

SIMON, G.E. Social and economic burden of mood disorders. **Biological Psychiatry**, v.54, p.208-215, 2003.

SOUZA, I.; PINHEIRO, M.A.; DENARDIN, D.; MATTOS, P.; ROHDE, L.A. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity in Brazil: comparisons between two referred samples. **European Child and Adolescent Psychiatry**, v.13, p.243-248, 2004.

STILL, G.; TREDGOLD, A. Some abnormal psychical conditions in children. **Lancet**, v.1, p.1008-1012, 1902.

TOONE, B. Attention deficit hyperactivity disorder in adulthood. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, v.75, p.523-525, 2005.

WENDER, P.H. **Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in adults**. New York: Oxford University Press, 1995.

WILENS, T.E.; FARAONE, S.V.; BIEDERMAN, J. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. **JAMA**, v.292, p.619-623, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The ICD-10 classification of mental and behavior disorders**: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.

2. ARTIGO EM PORTUGUÊS

O papel do transtorno depressivo maior na apresentação clínica do TDAH em adultos

Journal of Psychiatric Research, 2006.

doi:10.1016/j.jpsychires.2006.09.008

Aline G. Fischer ^a, Claiton H. D. Bau ^{a,c}, Eugenio H. Grevet ^a, Carlos A. I. Salgado ^a, Marcelo M. Victor ^a, Katiane L. S. Kalil ^a, Nyvia O. Sousa ^a, Christiane R. Garcia ^a, Paulo Belmonte-de-Abreu ^{a,b}

(a) Ambulatório de TDAH em Adultos, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

(b) Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

(c) Departamento de Genética, Instituto de Biociências, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

Correspondência:

Aline Gonçalves Fischer

endereço:

Florêncio Ygartua, 391/206

Porto Alegre, RS, Brazil

90430-010

tel: (5551) 99015606

(5551) 32194793

e-mail: aline.fischer@gmail.com

Resumo:

A maioria dos adultos com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (ADHD) não é diagnosticada e permanece sem tratamento específico, embora uma grande parte desses indivíduos sejam diagnosticados e tratados para outros transtornos mentais, como o transtorno depressivo maior (TDM). O fato de o TDM ser um dos transtornos mentais mais comuns, com alta taxa de comorbidade com TDAH, nos leva a questionar se a comorbidade entre TDAH e TDM estaria associada a diferenças no quadro clínico do TDAH. Foram avaliados 320 adultos em atendimento ambulatorial para TDAH. O diagnóstico seguiu os critérios do DSM-IV. As entrevistas foram realizadas com a versão em português do K-SADS-E para TDAH e transtorno oppositor desafiante (TOD), e com o SCID-IV de transtornos do eixo I para as comorbidades psiquiátricas. Os diagnósticos foram confirmados por avaliação clínica. Modelos de regressão foram aplicados para testar a associação entre a ocorrência de TDM e os desfechos clínicos e demográficos avaliados. Os indivíduos com TDAH e TDM apresentaram uma frequência maior de comorbidade com transtorno de ansiedade generalizada e fobia social e menor frequência de dependência de drogas e de histórico escolar de repetência e suspensões de classe, quando comparados a indivíduos com TDAH sem TDM. Além disso, os portadores de TDAH e TDM apresentaram maior demanda por tratamentos farmacológico e/ou psicoterápico prévios ao início do estudo, quando comparados a sujeitos com TDAH sem TDM. Entretanto, ao contrário do que seria esperado com base nesses dados, a presença de TDM não esteve associada a um diagnóstico mais precoce do TDAH. Esses resultados apontam para a necessidade de pesquisas e educação médica voltadas para um reconhecimento mais eficiente e precoce do TDAH em pacientes que buscam atendimento em saúde mental.

Palavras chaves: TDAH, adultos, depressão, características clínicas, comorbidade, diagnóstico.

Introdução

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é um diagnóstico dimensional, que com diferentes níveis de gravidade, de acordo com o número e a frequência dos sintomas (Adler 2004; Wilens et al. 2004). A gravidade do TDAH na infância prediz a persistência na idade adulta (Kessler et al. 2005d). Além disso, o TDAH é um transtorno heterogêneo, caracterizado por diferentes subtipos e várias comorbidades (Wilens et al., 2004; Biederman, 2005). Aproximadamente 4% da população adulta apresenta TDAH (Kessler et al., 2005c). Esses indivíduos apresentam uma série de desfechos negativos com relação a desempenho acadêmico e profissional, posição sócio-econômica mais baixa e maiores taxas de divórcio. (Faraone et al. 2000; Adler 2004; Montano 2004; Wilens et al. 2004; Secnik et al. 2005). A forma adulta do TDAH foi menos estudada do que a maioria dos transtornos psiquiátricos; como consequência, pouco se conhece sobre os fatores associados ou preditores da sua heterogeneidade (Biederman 2004; Biederman et al. 2004; Spencer 2004; Kessler et al. 2005a).

O TDAH tende a estar associado a problemas comórbidos mais frequentemente do que seria esperado pelo acaso, assim como acontece com os outros transtornos psiquiátricos (Kessler et al. 1994). Uma grande parcela dos adultos com TDAH (~80%) apresenta ao menos uma comorbidade psiquiátrica (Biederman et al. 1993; Murphy & Barkley, 1996; Kooij et al. 2001; McGough et al. 2005). Conseqüentemente, esses paciente tem uma maior frequência de transtornos psiquiátricos, quando comparados com indivíduos sem TDAH. Transtornos comumente associados ao TDAH são transtorno de conduta, transtorno opositor desafiante (TOD), transtorno de personalidade anti-social, transtornos de ansiedade e transtornos por abuso ou dependência de álcool,

nicotina e outras drogas (Downey et al. 1997; Biederman et al. 2004; Wilens et al. 2004; McGough et al. 2005).

O transtorno depressivo maior (TDM) é uma das comorbidades mais freqüentes no TDAH (Downey et al. 1997; Kooij et al. 2001; Biederman et al. 2004; McGough et al. 2005; Secknic et al. 2005). Enquanto na população brasileira a prevalência ao longo da vida de TDM varia entre 1,9% e 10,2% (Almeida-Filho et al. 1997; Andrade et al. 2003), entre adultos com TDAH chega a 24,4% (Grevet et al. 2006). A associação entre TDAH e depressão também foi observada em outros estudos (Biederman et al. 2004, McGough et al. 2005; Secnik et al. 2005). A prevalência de TDAH com início na infância em uma amostra clínica de pacientes adultos com episódio depressivo é descrita como sendo superior a 16% (7,6 preenchendo completamente critérios diagnósticos e 8,5, diagnóstico subliminar) (Alpert et al., 1996). Um estudo de base populacional encontrou 9,4% de prevalência de TDAH entre indivíduos apresentando TDM nos últimos 12 meses (Kessler et al., 2006). A comorbidade com TDM aumenta o impacto do TDAH para os indivíduos e a sociedade (Biederman et al. 2004, Secknic et al. 2005) e influencia a abordagem terapêutica do TDAH (Kooij et al. 2001). Sendo assim, o TDM é um dos transtornos mentais mais comuns e apresenta alta comorbidade com o TDAH em adultos.

Considerando a importância clínica da associação entre TDAH e TDM, a informação sobre a existência dessa comorbidade pode ser relevante no entendimento das diferenças no quadro clínico do TDAH. O objetivo do presente estudo é avaliar, pela primeira vez, as implicações da comorbidade com TDAH em uma amostra clínica coletada especificamente para a investigação clínica do TDAH em adultos.

Métodos

Amostra

Amostra foi composta por 320 adultos de descendência européia, portadores de TDAH. Os pacientes contataram a equipe de pesquisadores em resposta a artigos publicados em jornal. Todos os 320 indivíduos foram atendidos no ambulatório de TDAH de adultos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (um importante hospital escola no estado mais ao sul do Brasil) de setembro de 2002 a janeiro de 2006. Os indivíduos foram investigados e tratados após uma entrevista de triagem para confirmação do TDAH na infância e atual, de acordo com os critérios completos do DSM-IV. Todas as avaliações foram realizadas após o recrutamento e antes do início do tratamento para o TDAH. Os critérios de exclusão foram evidência de doença neurológica clinicamente significativa, história de psicose atual ou passada e QI estimado menor ou igual a 70 (Kaplan et al. 1991). O projeto foi executado de acordo com a Declaração de Helsinki e foi aprovado pelo Comitê de Ética do hospital. Todos os indivíduos assinaram um termo de consentimento informado.

Processo diagnóstico

Os entrevistadores eram psiquiatras experientes na aplicação de todos os instrumentos do protocolo de pesquisa. Os procedimentos para diagnóstico de TDAH e transtorno opositor desafiante (TOD) seguiram os critérios do DSM-IV (*American Psychiatric Association, 1994*), utilizando as respectivas seções da versão em português do K-SADS-E (Mercadante et al. 1995). O K-SADS-E foi adaptado para ser usado em adultos, como usualmente é aplicado para adolescentes (Ambrosini, 2000) A única adaptação para a sintomatologia adulta (Grevet et al., 2005) foi o ajuste de critério de início dos sintomas para idade igual

ou inferior a 12 anos, ao invés de 7 anos ou antes, como apresentado em outros estudos (Murphy & Barkley, 1996; Murphy et al., 2002). Uma descrição extensa desses métodos está descrita em Grevet et al. (2006).

Os coeficientes *Kappa* para a concordância entre observadores da versão em português do K-SADS-E foram 1,00 ($z=8,19$; $p<0,001$) para o diagnóstico de TDAH na infância, 0,91 ($z=20,19$; $p<0,001$) para o subtipo na infância, 1,00 ($z=13,66$; $p<0,001$) para o diagnóstico atual de TDAH e 0,95 ($z=14,78$; $p<0,001$) para o diagnóstico do subtipo atual. Para o diagnóstico de TOD, foram 1,00 para o diagnóstico na infância ($z=10,64$; $p<0,001$) e 0,89 ($z=9,10$; $p<0,001$) para o diagnóstico atual (Grevet et al. 2005).

Os diagnósticos dos transtornos de conduta e personalidade anti-social foram obtidos através das seções apropriadas do *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.). Esse instrumento é uma breve entrevista diagnóstica estruturada para transtornos psiquiátricos (DSM-IV e CID 10) (Sheehan et al. 1998). O TDM e os demais transtornos psiquiátricos ao longo da vida apresentados na tabela 3 (transtornos de ansiedade e por uso de substâncias) foram derivados da entrevista psiquiátrica SCID-IV-R (First et al. 1998). Todos os diagnósticos foram confirmados por um comitê clínico entre os pesquisadores (psiquiatras experientes) e o chefe da equipe (PBA), já descrito em Grevet et al. (2005), e seguiu protocolos similares para pacientes com TDAH (Rohde, 2002)

A gravidade dos sintomas de TDAH e TOD foi avaliada pela escala auto-aplicável SNAP-IV (Swanson, 1992). O instrumento inclui itens dos critérios do DSM-IV para TDAH e TOD, e se baseia em uma escala de classificação de 0 a 3: Nada= 0; Um pouco= 1; bastante = 2; Demais=3. Os escores na SNAP-IV são

calculados somando-se os escores nos itens do subconjunto e dividindo-se pelo número de itens do subconjunto.

O protocolo de pesquisa também incluiu uma avaliação de dados demográficos e educacionais, história médica e problemas sociais. Esses itens, (descritos na Tabela 1) foram obtidos através de perguntas diretas aos indivíduos sobre cada um dos itens (ex: “Com que idade você teve o diagnóstico de TDAH pela primeira vez?”). A idade de início do TDAH foi obtida do sujeito e de um membro da família próximo. Foi considerada a idade menor informada para cada indivíduo. A caracterização geral dos pacientes atendidos no ambulatório de TDAH em adultos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre está descrita em Grevet et al. (2006).

Análise estatística

A avaliação do efeito do TDM (variável independente) sobre os desfechos clínicos e demográficos do TDAH (variáveis dependentes) foi realizada por análises de regressão logística, para variáveis categóricas, ou regressão linear, para variáveis contínuas. O sexo foi incluído nas análises juntamente com o TDM por ser uma co-variável importante em vários desfechos. Os principais efeitos do sexo no TDAH já foram apresentados em Grevet et al. (2006).

As análises de regressão foram realizadas em dois estágios para cada variável dependente. O primeiro avaliou os efeitos do sexo, do TDM e da interação entre sexo e TDM. Uma vez que a interação não foi significativa para nenhuma variável, ela foi removida da análise, com o objetivo de se obter valores mais precisos para o efeito do TDM.

As associações entre TDM e sexo e entre TDM e subtipos de TDAH foram analisadas pelo Qui-quadrado de Pearson. Todos os testes foram bicaudais e o

nível de significância estatística foi definido em 0,05. As análises foram realizadas com o programa estatístico SPSS.

Resultados

Demografia e história médica

A idade média da amostra foi 34,31 anos ($\pm 11,12$) (Tabela 1). Cento e setenta e dois indivíduos (53,8%) eram do sexo masculino, e 148 (46,2%) do sexo feminino. A taxa homens: mulheres foi de 1,16:1. Oitenta e um indivíduos (25,31%) apresentaram TDM. A prevalência de TDM foi maior entre as mulheres (n= 48; 32,4 %) do que entre os homens (n= 33; 19,2%) ($\chi^2= 7,83$; p= 0.007). Da amostra total de 320 indivíduos com TDAH, 128 (40%) apresentaram o subtipo desatento, 22 (6,9%) o hiperativo e 170 (53,1%) o combinado. Não foi observada associação entre o subtipo de TDAH e a presença de TDM ($\chi^2= 1,87$; p= 0,39).

Os portadores de TDM referiram mais freqüentemente tratamento prévio, tanto psicoterápico quanto farmacológico quando comparados a indivíduos sem TDM (Tabela 1). No entanto, não foi verificada associação entre a presença de TDM e a renda, anos de estudo ou taxa de desemprego (Tabela 1). Indivíduos com TDM apresentaram uma menor freqüência de repetência escolar e suspensões de classe quando comparados a indivíduos sem TDM (Tabela 1).

Gravidade do TDAH

Não houve diferença significativa na gravidade do TDAH definida pelos escores médios do SNAP em indivíduos com ou sem TDM (Tabela 2).

Comorbidades

Indivíduos com TDM apresentaram mais freqüentemente os diagnósticos de fobia social e transtorno de ansiedade generalizada quando comparados a indivíduos sem TDM. Indivíduos com TDM também apresentaram menor freqüência de diagnóstico de dependência de drogas (Tabela 3).

A presença de TDM não se mostrou associada a outros transtornos de ansiedade (agorafobia, transtorno obsessivo compulsivo e transtorno do pânico), dependência de nicotina, abuso de drogas, abuso ou dependência de álcool, TOD, transtorno de conduta ou transtorno de personalidade anti-social (Tabela 3).

Discussão

Esse estudo sugere que o diagnóstico de TDM comórbido ao TDAH está associado a diferenças no quadro clínico do TDAH. Além disso, a presença de TDM esteve associada a uma maior demanda prévia por atendimento em saúde mental. Esses tratamentos prévios poderiam ter sido uma oportunidade para o diagnóstico mais precoce do TDAH, mas isso não foi observado.

Na presente amostra de adultos com TDAH, aproximadamente 25% dos indivíduos apresentaram TDM. Trata-se de uma das comorbidades mais freqüentes do TDAH, fato já observado em estudos prévios (Kooij et al. 2001; Biederman et al. 2004; McGough et al. 2005; Secnick et al. 2005). O fato de que a presença de TDM foi mais comum em mulheres do que em homens é coerente com a maior prevalência de TDM entre as mulheres, tanto em dados populacionais (Almeida-Filho et al. 1997; Kornstein 1997; Kessler et al. 2003; Kessler et al. 2005b; Kessler et al. 2005c) como em amostras clínicas de portadores de TDAH (McGough et al. 2005).

Os portadores de TDAH com TDM associado apresentaram mais freqüentemente transtorno de ansiedade generalizada e fobia social. Esse achado

é compatível com descrições prévias envolvendo amostras de indivíduos com TDM sem TDAH, que também apresentam mais frequentemente um diagnóstico de transtornos de ansiedade do que grupos controle (Andrade et al. 2003; Kessler et al. 2003). Indivíduos com TDAH e TDM também apresentaram maiores taxas de psicoterapia e farmacoterapia prévias à entrada no estudo. Esse achado é consistente com os estudos que descrevem uma maior demanda por atendimento em saúde mental em portadores de TDM. Portanto, a comorbidade entre TDAH e TDM contribui para a maior utilização e aumento dos custos dos serviços de saúde (Nieremberg 2001; Simon 2003). Cabe esclarecer que os tratamentos avaliados eram voltados para condições psiquiátricas em geral, sem especificação quanto ao tipo de transtorno.

Os portadores de TDAH e TDM apresentaram menor frequência de problemas escolares (repetência e suspensões de classe). Esse achado foi inesperado, pois até o momento não havia sido descrito que indivíduos com TDM teriam menor ocorrência desses problemas (Geller et al. 2001). Outro dado inesperado foi a menor ocorrência de diagnóstico de dependência de drogas no grupo com TDM, já que o diagnóstico de TDM (ao menos em pacientes sem TDAH) costuma estar associado a uma maior prevalência de uso de substâncias (Stefanis & Kokkevi 1986; Kessler et al. 2003; Hasin et al. 2005). Vale destacar que as frequências de transtornos considerados como “de externalização” como os de conduta, personalidade anti-social e oposição desafiante não diferiram entre os grupos com e sem TDM. Portanto, a menor ocorrência de problemas escolares e com drogas em portadores de TDM não pode ser explicada por uma menor ocorrência dos transtornos de externalização.

O fato de que os pacientes com e sem TDM não diferiram com relação à gravidade do TDAH (escores do SNAP) ainda sugere que as diferenças

observadas entre os grupos são devidas ao TDM por si só, e não à gravidade do TDAH.

Um recente estudo americano de base populacional demonstrou que a maioria dos casos de TDAH na idade adulta não recebe tratamento, embora muito indivíduos tenham sido tratados para outros transtornos mentais comórbidos ao TDAH (Kessler et al, 2006). Um achado importante em nosso estudo é que não houve diferença na idade do diagnóstico de TDAH entre os grupos, mesmo tendo havido mais psicoterapia e/ou tratamento farmacológico entre os pacientes com TDM. Considerando a alta prevalência de TDM nas clínicas de atendimento em saúde mental, nós assumimos que o histórico de tratamento entre os pacientes com TDM é, à princípio, ligado ao TDM, e menos provavelmente ao TDAH. Isso indica que os profissionais de saúde mental não diagnosticaram o TDAH no momento em que os pacientes procuraram por atendimento, antes desse estudo. Então, pode-se observar que, embora a presença de TDM esteja associada a uma maior demanda por tratamento em saúde mental, a oportunidade de um diagnóstico precoce de TDAH foi perdida. Isso provavelmente se deve ao fato de que o diagnóstico de TDAH em adultos é obscurecido pela presença de comorbidades, no caso o TDM (Adler, 2004; Montano, 2004). Essa hipótese é reforçada pela tendência a uma menor frequência de diagnóstico prévio de TDAH entre pacientes com TDAH+TDM. Também é possível que os profissionais de saúde mental ainda não estejam suficientemente capacitados para diagnosticar TDAH.

A interpretação dos presentes resultados deve levar em conta algumas limitações. Os dados não podem ser extrapolados para a população geral, uma vez que se trata de uma amostra clínica de um ambulatório de TDAH em um hospital terciário. No entanto, o objetivo do presente trabalho não foi a

caracterização do TDAH em geral (ou em relação a um grupo controle), mas sim o melhor entendimento dos aspectos clínicos relacionados à comorbidade entre TDM e TDAH. Apesar de a nossa amostra ser relativamente grande, a estratificação de acordo com a presença de TDM e a baixa prevalência de alguns transtornos geraram alguns valores baixos nas tabelas. Portanto, o fato de que foram observadas diferenças para alguns transtornos de ansiedade, mas não para outros, pode estar relacionado à falta de poder estatístico. Outra limitação refere-se às inferências possíveis com o delineamento transversal do estudo. As hipóteses aqui levantadas quanto ao desenvolvimento conjunto do TDM e TDAH devem ser confirmadas por estudos longitudinais e por estudos de base populacional. Embora a idade de início seja parte do critério diagnóstico do TDAH, sua validade em termos de desfechos clínicos não foi ainda bem estabelecida. Por fim, não foram coletados dados em relação ao motivo de tratamento farmacológico e/ou psicoterápico realizados no passado. É possível que algum outro fator não avaliado no presente estudo influencie a associação entre a maior frequência de tratamento prévio e o TDM.

Os resultados aqui apresentados sugerem que o diagnóstico de TDM entre indivíduos com TDAH está associado a diferenças importantes na demanda prévia por atendimento em saúde mental e outras características clínicas. Outros estudos devem focar a hipótese de que o TDM pode ser um sinal de alerta para o reconhecimento do TDAH. Esses dados apontam para a necessidade de pesquisas e educação médica voltadas para um reconhecimento mais eficiente e precoce do TDAH em pacientes que buscam atendimento em saúde mental.

Agradecimentos:

Agradecemos às seguintes agências de financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), Fundo de Incentivo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA).

Referências bibliográficas

- Adler LA. Clinical presentations of adult patients with ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004;65:8-11.
- Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry* 1997;171:524-9.
- Alpert JE, Maddocks A, Nierenberg AA, O'Sullivan R, Pava JA, Worthington JJ 3rd, Biederman J, Rosenbaum JF, Fava M. Attention deficit hyperactivity disorder in childhood among adults with major depression. *Psychiatry Research* 1996;62:213-9.
- Ambrosini PJ. Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000;39:49-58.
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. fourth ed. Washington: The American Psychiatric Association; 1994.
- Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, Dragomirecka E, Kohn R, Keller M, Kessler RC, Kawakami N, Kilic C, Offord D,

Ustun TB, Wittchen HU. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2003;12:3-21.

Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological Psychiatry* 2005;57:1215-20.

Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadogen E. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biological Psychiatry* 2004;55:692-700.

Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Normand D, Lapey KA, Mick E, Lehman BK, Doyle A. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry* 1993;150:1792-8.

Biederman J. Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004;65:3-7.

Downey KK, Stelson FW, Pomerleau OF, Giordani B. Adult attention deficit hyperactivity disorder: psychological test profiles in a clinical population. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1997;185:32-8.

Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, Doyle AE. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biological Psychiatry* 2000;48:9-20.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. Structured clinical interview for DSM-IV axis I. Disorders, patient edition (SCID-I/P, Version 2.0, 8/98 revision). Biometric Research Department. New York: New York State Psychiatric Institute;1998.

Geller B, Zimmerman B, Williams M, Bolhofner K, Craney JL. Adult psychosocial outcome of prepubertal major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001;40:673-7.

Grevet EH, Bau CHD, Salgado CAI, Ficher A, Victor MM, Garcia C, de Sousa NO, Nerung L, Belmonte-de-Abreu P. Interrater reliability for diagnosis in adults of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder using K-SADS-E. *Arquivos de Neuro-psiquiatria* 2005;63:307-10.

Grevet EH, Bau CHD, Salgado CAI, Fischer AG, Kalil K, Victor MM, Garcia CR, Sousa NO, Rhode LA, Belmonte-de-Abreu P. Lack of gender effects on subtype outcomes in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: support for the validity of subtypes. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2006;256:311-9.

Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry* 2005;62:1097-106.

Kaplan E, Fein D, Morris R, Delis DC. WAIS-R: manual. San Antonio: The Psychological Corporation; 1991.

Kessler RC, Adler L, Ames M, Barkley RA, Birnbaum H, Greenberg P, Johnston JA, Spencer T, Ustun TB. The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2005a;47:565-72.

Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE, Zaslavsky AM. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry* 2006;163:716-23.

Kessler RC, Adler LA, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Faraone SV, Greenhill LL, Jaeger S, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Zaslavsky AM. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry* 2005d;57:1442-51.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003;289:3095-105.

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

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. *Archives of General Psychiatry* 2005c;62:617-27.

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1994;51:8-19.

Kooij JJ, Ackerlin LP, Buitelaar JK. Functioning, comorbidity and treatment of 141 adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) at a psychiatric outpatient department. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde* 2001;145:1498-501.

Kornstein SG. Gender differences in depression: implications for treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 1997;58:12-8.

McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Del'Homme M, Lynn DE, Loo S. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *American Journal of Psychiatry* 2005;162:1621-7.

Mercadante MT, Asbahar F, Rosário MC, Ayres AM, Karman L, Ferrari MC, Assumpção FB, Miguel EC. K-SADS, entrevista semi-estruturada para diagnóstico em psiquiatria da infância, versão epidemiológica. São Paulo: FMUSP; 1995.

Montano B. Diagnosis and treatment of ADHD in adults in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004;65:18-21.

Murphy K, Barkley RA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Adults: comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry* 1996;37:393-401.

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

Nierenberg AA. Current perspectives on the diagnosis and treatment of major depressive disorder. *American Journal of Managed Care* 2001;7:353-66.

Rohde LA. ADHD in Brazil: the DSM-IV criteria in a culturally different population.

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
2002;41:1131-3.

Secnik K, Swensen A, Lage MJ. Comorbidities and costs of adult patients

diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. Pharmacoeconomics
2005;23:93-102.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta

T, Baker R, Dunbar GC. 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. Journal of Clinical Psychiatry 1998;59:22-33.

Simon GE. Social and economic burden of mood disorders. Biological Psychiatry

2003;54:208-15.

Spencer TJ. ADHD treatment across the life cycle. Journal of Clinical Psychiatry

2004;65:22-6.

Stefanis CN, Kokkevi A. Depression and drug use. Psychopathology 1986;19:124-

31.

Swanson JM. School-based assessments and interventions for ADD students.

Irvine: KC Publishing; 1992.

Wilens TE, Faraone SV, Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. JAMA 2004;292:619-23.

Tabela 1

Aspectos demográficos, história médica e adaptativa em adultos com TDAH com ou sem TDM

	TDAH (TDM-)	TDAH (TDM+)	Total	Efeito do TDM	
	n=239 (74,69%)	n=81 (25,31%)	n=320	OR (IC 95%)	Análise estatística
	Mean (\pm SD)	Mean (\pm SD)	Mean (\pm SD)	t	P
Idade	34,2 (11,1)	34,6 (11,1)	34,3 (11,1)	-0,20	0,84
Renda mensal ^a	5,6 (9,6)	4,7 (11,1)	5,4 (10,0)	-0,38	0,70
Anos de estudo	14,0 (4,1)	13,7 (3,4)	13,9 (3,9)	-0,88	0,38
Idade de início do TDAH	6,5 (3,0)	6,3 (2,8)	6,5 (2,9)	-0,43	0,67
Idade no diagnóstico de TDAH	30,3 (13,8)	32,7 (12,3)	30,9 (13,5)	0,91	0,36
	n (%)	N (%)	n (%)	w	p
Mulheres	100 (41,8)	48 (59,3)	148 (46,2)	2,0 (1,2-3,4)	7,25 <0,01
Casados	107 (44,8)	28 (34,6)	135 (42,2)	0,6 (0,3-1,0)	3,55 0,06
Desempregados	20 (8,4)	7 (8,6)	27 (8,4)	0,9 (0,4-2,3)	0,04 0,84
Repetência escolar	165 (69,0)	45 (55,6)	210 (65,6)	0,6 (0,3-1,0)	4,43 0,04
Suspensões de classe	85 (35,6)	13 (16,0)	98 (30,6)	0,4 (0,2-0,7)	8,44 <0,01
Expulsão escolar	35 (14,6)	4 (4,9)	39 (12,2)	0,3 (0,1-1,0)	3,56 0,06
Diagnóstico prévio de TDAH	79 (33,1)	17 (21,1)	96 (30,0)	0,6 (0,3-1,0)	3,37 0,07
Psicoterapia prévia	116 (49,6)	62 (76,5)	178 (56,5)	3,1 (1,7-5,5)	14,53 <0,01
Farmacoterapia prévia	127 (53,1)	55 (67,9)	182 (56,9)	1,7 (1,0-3,0)	4,18 0,04

Os valores na tabela representam média (desvio padrão) e frequência (percentual).

Para variáveis dicotômicas são descritos os valores de w (qui-quadrado Wald) e para variáveis contínuas valores de t.

Abreviações: TDAH = transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; TDM- = sem transtorno depressivo maior; TDM+ = com transtorno depressivo maior; OR= Odds Ratio; IC= intervalo de confiança.

Os diagnósticos de TDAH e TDM foram realizados com base nos critérios do DSM-IV.

^a Número de salários mínimos.

Tabela 2

Medidas de gravidade em adultos com TDAH com ou sem TDM

	TDAH (TDM-) N=239 (74,69%)	TDAH (TDM+) n=81 (25,31%)	Total n=320	Efeito do TDM Análise estatística	
Escores do SNAP	média (±DP)	média (±DP)	média (±DP)	t	p
Desatenção	1,8 (0,6)	1,9 (0,5)	1,8 (0,5)	1,85	0,07
Hiperatividade	1,5(0,7)	1,5 (0,7)	1,5 (0,7)	0,31	0,75
Impulsividade	1,5 (0,9)	1,6 (0,9)	1,6 (0,9)	0,68	0,50
TOD	0,9 (0,6)	1,0 (0,5)	0,9 (0,6)	0,84	0,40
Total	1,4 (0,5)	1,5 (0,5)	1,4 (0,5)	1,19	0,24

Os valores na tabela representam médias (desvio-padrão).

Para variáveis contínuas são descritos os valores de t e valores de p provenientes de análise de regressão logística.

Abreviações: TDAH = transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; TDM- = sem transtorno depressivo maior; TDM+ = com transtorno depressivo maior, TOD = transtorno opositor desafiante. Os diagnósticos de TDAH e TDM foram realizados com base nos critérios do DSM-IV.

Tabela 3

Diagnósticos psiquiátricos em adultos com TDAH com ou sem TDM

	TDAH (TDM-)	TDAH (TDM+)	Total	Efeito do TDM		
	n=239 (74,69%)	n=81 (25,31%)	n=320	OR (IC 95%)	Análise estatística	
	n (%)	n (%)	n (%)		w	p
Transtorno do pânico	14 (5,9)	11 (13,6)	25 (7,8)	2.2 (0.9-5.2)	3.36	0.07
Agorafobia	5 (2,1)	2 (2,5)	7 (2,2)	0.9 (0.2-4.8)	0.01	0.91
TOC	15 (6,3)	4 (4,9)	19 (5,9)	0.8 (0.2-2.4)	0.21	0.65
Fobia social	28 (11,7)	27 (33,3)	55 (17,2)	3.6 (1.9-6.6)	16.58	<0.01
Fobia específica	20 (8,4)	8 (9,9)	28 (8,8)	1.0 (0.4-2.5)	<0.01	0.96
TAG	32 (13,4)	25 (30,9)	57 (17,8)	2.6 (1.4-4.7)	9.18	<0.01
Dependência de nicotina	108 (45,2)	32 (39,5)	140 (43,8)	0.8 (0.5-1.4)	0.50	0.48
Dependência de álcool	27 (11,3)	7 (8,6)	34 (10,6)	0.9 (0.4-2.2)	0.04	0.84
Abuso de álcool	27 (11,3)	9 (11,1)	36 (11,3)	1.3 (0.6-3.0)	0.39	0.53
Dependência de drogas	29 (12,1)	0 (0,0)	29 (9,1)		10.81*	<0.01
Abuso de drogas	11 (4,6)	2 (2,5)	13 (4,1)	1.0 (0.1-9.8)	0.37	0.54
TOD	100 (41,8)	34 (42,0)	134 (41,9)	0.9 (0.6-1.6)	0.05	0.82
Transtorno de conduta na infância	55 (23,0)	16 (19,8)	71 (22,2)	0.9 (0.5-1.8)	0.05	0.83
Personalidade anti-social	25 (10,5)	3 (3,7)	28 (8,8)	0.4 (0.1-1.3)	2.35	0.12

Os valores na tabela representam frequência (percentual).

São descritos os valores de w (Wald chi-square scores) e valores de p obtidos por análise de regressão logística.

Abreviações: TDAH = transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; TDM- = sem transtorno depressivo maior; TDM+ = com transtorno depressivo maior; TOC = transtorno obsessivo compulsivo; TAG = transtorno de ansiedade generalizada; TOD = transtorno opositor desafiante.

* Foi utilizado Qui-quadrado de pearson uma vez que os dados não preenchiam os requisitos para análise de regressão logística.

Os diagnósticos de TDAH e TDM foram realizados com base nos critérios do DSM-IV.

3. ARTIGO EM INGLÊS

The Role of Comorbid Major Depressive Disorder in the Clinical Presentation of Adult ADHD

Journal of Psychiatric Research, 2006.

doi:10.1016/j.jpsychires.2006.09.008

Aline G. Fischer ^a, Claiton H. D. Bau ^{a,c}, Eugenio H. Grevet ^a, Carlos A. I. Salgado
^a, Marcelo M. Victor ^a, Katiane L. S. Kalil ^a, Nyvia O. Sousa ^a, Christiane R. Garcia
^a, Paulo Belmonte-de-Abreu ^{a,b}

(a) Adult ADHD Outpatient Clinic, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brazil

(b) Department of Psychiatry, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil

(c) Department of Genetics, Instituto de Biociências, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil

Corresponding author:

Aline Gonçalves Fischer

address:

Florêncio Ygartua, 391/206

Porto Alegre, RS, Brazil

90430-010

tel: (5551) 99015606

(5551) 32194793

e-mail: aline.fischer@gmail.com

Abstract

Most adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) are not recognized and remain untreated, although a large fraction of these individuals are diagnosed and treated for other comorbid mental disorders, such as major depressive disorder (MDD). The fact that MDD is one of the most commonly occurring mental disorders with high comorbidity with adult ADHD raises the question whether such comorbidity is associated with differences in the clinical picture of ADHD. Three hundred and twenty adult ADHD outpatients were evaluated. Diagnoses followed DSM-IV criteria. Interviews to evaluate ADHD and oppositional defiant disorder (ODD) were performed based on the Portuguese version of K-SADS-E. Psychiatric comorbidities were investigated using SCID-IV and MINI. Regression models were applied to test MDD association with clinical and demographic outcomes. Subjects presenting ADHD and MDD had a higher frequency of generalized anxiety disorder and social phobia and a lower frequency of substance dependence, grade repetition and school suspensions, when compared to subjects with ADHD without MDD. Furthermore, adults presenting ADHD and MDD reported higher demand for psychotherapy and pharmacological treatment prior to enrollment in the study when compared to ADHD subjects free of MDD. However, contrary to what could be expected based on these data, the presence of MDD was not associated with an earlier ADHD diagnosis. These results point to the need for research and medical education into an earlier and more efficient ADHD diagnosis in patients who search for mental health care.

Key words: ADHD; adults; depression; clinical outcomes; comorbidity; diagnosis.

Introduction

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a dimensional diagnosis, with different severity degrees based on the number and frequency of symptoms (Adler, 2004; Wilens et al., 2004). Childhood ADHD severity significantly predicts persistence into adulthood (Kessler et al., 2005d). ADHD is also a heterogeneous disorder, characterized by different subtypes and several comorbidities (Wilens et al., 2004; Biederman, 2005). Around 4% of the adult population presents ADHD (Kessler et al., 2005c). These individuals have a number of negative outcomes for academic and professional performance, lower socioeconomic status and higher divorce rates (Faraone et al., 2000; Adler, 2004; Montano, 2004; Wilens et al., 2004; Secnik et al., 2005). Adult ADHD has not been studied as much as other psychiatric disorders, and therefore, little is known about the associated factors or predictors of its clinical heterogeneity (Biederman, 2004; Biederman et al., 2004; Spencer, 2004; Kessler et al., 2005a).

Like other psychiatric disorders, ADHD tends to be associated with comorbid problems more often than randomly expected (Kessler et al., 1994). A large number of ADHD adults (~80%) present at least one lifetime psychiatric comorbidity (Biederman et al., 1993; Murphy & Barkley, 1996; Kooij et al., 2001; McGough et al., 2005). Consequently, those patients have a higher frequency of psychiatric disorders when compared to individuals without ADHD. Disorders commonly associated to ADHD in adults are conduct disorder, oppositional defiant disorder (ODD), antisocial personality disorder, anxiety disorders, alcohol, nicotine and other substances abuse or dependence (Downey et al., 1997; Biederman et al., 2004; Wilens et al., 2004; McGough et al., 2005).

Major depressive disorder (MDD) is one of the most common lifetime ADHD comorbidities (Downey et al., 1997; Kooij et al., 2001; Biederman et al., 2004;

McGough et al., 2005; Secnik et al., 2005). While the lifetime prevalence of MDD in the Brazilian population ranges from 1.9% to 12.6% (Almeida-Filho et al., 1997; Andrade et al., 2003), it rises to 24.4% in adults with ADHD (Grevet et al., 2006). The association between ADHD and depression has already been described in other studies (Biederman et al., 2004; McGough et al., 2005; Secnik et al., 2005). The prevalence of ADHD with childhood onset among adults from a clinical sample of patients with current major depressive episode is described as over 16% (7.6 threshold and 8.5 subthreshold) (Alpert et al., 1996). A population based study found an ADHD prevalence of 9.4% among subjects presenting MDD during the previous 12 months (Kessler et al., 2006). Comorbidity with MDD raises the impact of ADHD on individuals and society (Biederman et al., 2004; Secnik et al., 2005), and influences the therapeutic approach to ADHD (Kooij et al., 2001). Therefore, MDD is one of the most commonly occurring mental disorders with high comorbidity with adult ADHD.

Considering the clinical importance of the comorbidity between ADHD and MDD, information about the presence of MDD might be relevant in the understanding of differences in the clinical picture of adult ADHD. The aim of the present study is to evaluate for the first time the implications of comorbid MDD in a sample collected specifically for the clinical investigation of adult ADHD.

Methods

Sample

The sample comprised three hundred and twenty adult ADHD subjects of European descent. Patients were referred in response to information in newspapers articles. All 320 individuals were seen at the adult ADHD outpatient

clinic of *Hospital de Clínicas de Porto Alegre* (a major teaching hospital in the southernmost state of Brazil) from September 2002 to January 2006. The subjects were investigated and treated after a screening interview that confirmed the childhood and current ADHD, following DSM-IV full criteria. All measurements were performed after recruitment, prior to the ADHD treatment. Exclusion criteria were evidence of clinically significant neurological diseases, current or past history of psychosis and estimated $IQ \leq 70$ (Kaplan et al., 1991). The project was carried out in accordance with the Declaration of Helsinki and was approved by the Ethics Committee of the Hospital. All subjects signed an informed consent.

Diagnostic process

The interviewers in this study were all psychiatrists trained in the application of all instruments in the research protocol. The diagnostic procedures for ADHD and ODD followed the DSM-IV criteria (American Psychiatric Association, 1994) using the respective sections of the Portuguese version of K-SADS-E (Mercadante et al., 1995). We used K-SADS-E as usually applied for adolescents (Ambrosini, 2000). The only adaptation to adulthood symptoms (Grevet et al., 2005) was the adjustment of the criterion for onset of symptoms to age 12 or earlier instead of 7 or earlier, as reported by others (Murphy & Barkley, 1996; Murphy et al., 2002). An extensive description of the rationale of these methods is described in Grevet et al. (2006).

The Kappa coefficients of interrater agreement for the K-SADS-E were 1.00 ($z=8.19$; $p<0.001$) for the childhood ADHD diagnosis, 0.91 ($z=20.19$; $p<0.001$) for childhood subtype, 1.00 ($z=13.66$; $p<0.001$) for current ADHD diagnosis and 0.95 ($z=14.78$; $p<0.001$) for current subtype diagnosis. The Kappa coefficient for lifetime ODD was 1.00 ($z=10.64$; $p<0.001$) (Grevet et al., 2005).

The diagnoses of conduct and anti-social personality disorder were performed using the appropriate sections of the Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). This instrument is a short structured diagnostic interview for DSM-IV and ICD-10 psychiatric disorders (Sheehan et al., 1998). MDD and all other lifetime psychiatric disorders presented in Table 3 (anxiety disorders and substance and alcohol use disorders) were derived from the SCID-IV-R structured interview (First et al., 1998). All diagnoses were confirmed by a clinical committee between the researchers (experienced psychiatrists) and the head of the staff (PBA), as described in Grevet et al. (2005), and followed similar protocols with ADHD patients (Rohde, 2002).

The severity of ADHD and ODD symptoms was assessed by the self-administered SNAP-IV Rating Scale (Swanson, 1992). The instrument includes items from the DSM-IV criteria for ADHD and ODD. It is based on a 0 to 3 rating scale: Not at All = 0, Just A Little = 1, Quite A Bit = 2 and Very Much = 3. Scores on the SNAP-IV are calculated by summing the scores on the items in the subset and dividing by the number of items in the subset.

The research protocol also included the assessment of demographic and education data, medical history and social problems. These items (described in Table 1) were obtained by asking the subjects about each of them (ex: "At what age have you had ADHD diagnosis for the first time?"). Age at ADHD onset was obtained by asking the subject and a close family member – using a written questionnaire. The lower age informed for each subject was considered. The general characterization of the adult patients seen at the ADHD outpatient clinic is described in Grevet et al. (2006).

Statistical analysis

The analyses of MDD effect (independent variable) on clinical and demographic ADHD outcomes (dependent variables) were performed by logistic regression analyses for categorical variables, or linear regression for continuous variables. Gender was included in the analyses with MDD because it is an important covariate for several outcomes. The main effects of gender on ADHD outcomes have already been presented in Grevet et al. (2006).

The regression analyses were performed in two steps for each dependent variable. The first one assessed the effects of gender, MDD and the interaction between gender and MDD. Since the interaction was not significant for any variable, it was removed from the analyses, in order to obtain more precise values for the main effect of MDD.

The associations between MDD and gender and between MDD and ADHD subtypes were analyzed by Pearson chi-square. All statistical tests were two-tailed and the significance level was set at 0.05. The analyses were performed with the SPSS statistical software.

Results

Demographics and medical history

The mean age of the sample was 34.31 years (± 11.12) (Table 1). One hundred and seventy-two subjects (53.8%) were males and 148 (46.2%), females. The male:female ratio was 1.16:1. Eighty-one subjects (25.31%) presented MDD. MDD prevalence was higher in females (n=48; 32.4%) than in males (n=33; 19.2%) ($\chi^2 = 7.83$; $p < 0.01$). Considering the overall sample, 128 subjects (40%) presented the inattentive subtype, 22 (6.9%) hyperactive and 170 (53.1%)

combined. There was no association between the ADHD subtype and MDD ($\beta = 1.87$; $p = 0.39$).

Subjects with MDD had more often a past history of psychotherapeutic and pharmacological treatments, compared to subjects without MDD (Table 1). However, there was no association between MDD and income, years of formal schooling or rate of unemployment (Table 1). Subjects with MDD were less likely to repeat a grade at school and to be suspended, compared to subjects without MDD (Table 1).

ADHD severity

There were no significant differences in mean SNAP scores between ADHD subjects with and without MDD (Table 2).

Comorbidities

Subjects with MDD more often presented diagnoses of social phobia and generalized anxiety disorder compared to subjects without MDD. Subjects with MDD also presented less substance dependence disorder (Table 3).

MDD was not associated with other anxiety disorders (agoraphobia, obsessive compulsive disorder and panic disorder), nicotine dependence, substance abuse, alcohol abuse or dependence, ODD, conduct or antisocial personality disorder (Table 3).

Discussion

This study suggests that the diagnosis of comorbid MDD is associated with differences in the clinical picture of adult ADHD. In addition, the presence of MDD was associated to a higher demand for previous mental health care. These

previous treatments could have provided an opportunity for earlier ADHD diagnosis, but this was not observed.

In this adult ADHD sample, around 25% of the subjects presented MDD. This is thus one of the most frequent ADHD comorbidities, as already shown in prior studies (Kooij et al., 2001; Biederman et al., 2004; McGough et al., 2005; Secnik et al., 2005). The higher frequency of MDD among females is consistent with the higher MDD prevalence among women, both in population data (Almeida-Filho et al., 1997; Kornstein, 1997; Kessler et al., 2003; Kessler et al., 2005b; Kessler et al., 2005c) and in clinical samples of adults with ADHD (McGough et al., 2005).

Subjects with ADHD and comorbid MDD reported a higher frequency of generalized anxiety disorder and social phobia. This is expected considering prior descriptions of MDD samples without ADHD, which presented higher frequency of anxiety disorders than control groups (Andrade et al., 2003; Kessler et al., 2003). Subjects with ADHD and MDD also presented higher rates of prior psychotherapy and pharmacological treatment. This result agrees with studies that describe a higher demand for mental health care among subjects with MDD. The ADHD-MDD comorbidity therefore contributes to an increased utilization and costs of mental health care services (Nierenberg, 2001; Simon, 2003). It must be considered that the prior treatments reported here were not specified on the type of disorder, but instead related to any psychiatric condition.

Subjects with ADHD and MDD presented a lower frequency of problems at school (grade repetitions and suspensions). This finding was unexpected, since so far it had not been described that subjects with MDD had a lower occurrence of those problems (Geller et al., 2001). Another unexpected result was the lower frequency of drug dependence diagnosis in the MDD group, since such diagnosis

(as least in patients without ADHD) is usually associated with a higher prevalence of substance use (Stefanis & Kokkevi, 1986; Kessler et al., 2003; Hasin et al., 2005). It is important to consider that frequencies of disorders considered as externalizing, such as conduct, antisocial and oppositional defiant disorders did not differ between groups with or without MDD. Therefore, the lower frequency of school and drug-related problems in MDD patients could not be attributed to a lower rate of externalizing disorders.

The fact that patients with or without MDD did not differ regarding ADHD severity (SNAP scores) further suggests that the between-group differences observed are due to MDD itself, and not to ADHD severity.

A recent US population-based study showed that the majority of adult ADHD cases are untreated, although many individuals had obtained treatment for other comorbid mental disorders (Kessler et al., 2006). An important finding in our study is that there was no difference between ADHD groups with or without MDD in the age at ADHD diagnosis, even considering that subjects with MDD had undergone more frequently prior psychotherapy and/or pharmacological treatment. Considering the high prevalence of MDD in mental health clinics, we assume that the treatment background among our patients with MDD is at first related to their MDD, and less likely to ADHD. This indicates that the mental health professionals did not diagnose ADHD at the time when the patients sought care prior to the present study. Thus, we can observe that although the presence of MDD was associated with a higher demand for mental health care, the opportunity for an earlier ADHD diagnosis was missed. This is probably related to the fact that ADHD diagnosis in adults tends to be obscured by the presence of comorbidities, in this case MDD (Adler, 2004; Montano, 2004). This hypothesis is reinforced by the trend towards smaller frequency of prior ADHD diagnosis among MDD+ADHD

patients. It is also possible that mental health care professionals are still not sufficiently able to diagnose ADHD.

The interpretation of the present findings should consider some limitations. Our data cannot be extrapolated for the general population, since this is a clinical sample of an ADHD outpatient clinic at a tertiary care hospital. However, the purpose of the present study was not to characterize ADHD in general (or as related to a control group), but to achieve a better understanding of the clinical aspects related to the comorbidity between MDD and ADHD. Despite our relatively large sample, the stratification according to the presence of MDD and the low prevalence of some disorders generated some low cell values. Therefore, the fact that we observed significant differences for some but not for other anxiety disorders could be related to lack of statistical power. Another limitation refers to the possible inferences as to the cross-sectional design of the study. The hypotheses raised here concerning the joint development of MDD and ADHD should be confirmed by longitudinal studies and by population-based studies. Although age at onset is part of the diagnostic criteria for ADHD, its validity in terms of clinical outcomes has not been addressed so far. Finally, no data is available regarding the reason for pharmacological and psychotherapeutic treatment performed in the past. It is possible that some other factor that has not been evaluated in this study influences the association between the higher frequency of prior treatment and MDD.

The results presented here suggest that the diagnosis of MDD among individuals with ADHD is associated with major differences in the prior demand for mental health care and other clinical characteristics. Further studies should address the hypothesis that the presence of comorbid MDD might be a warning signal for the recognition of ADHD. These data point to the need for research and

medical education into an earlier and more efficient ADHD diagnosis in patients who search for mental health care.

Acknowledgments:

Thanks are due to the following Brazilian funding agencies: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), Fundo de Incentivo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA).

References

- Adler LA. Clinical presentations of adult patients with ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004;65:8-11.
- Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry* 1997;171:524-9.
- Alpert JE, Maddocks A, Nierenberg AA, O'Sullivan R, Pava JA, Worthington JJ 3rd, Biederman J, Rosenbaum JF, Fava M. Attention deficit hyperactivity disorder in childhood among adults with major depression. *Psychiatry Research* 1996;62:213-9.
- Ambrosini PJ. Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000;39:49-58.
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. fourth ed. Washington: The American Psychiatric Association; 1994.
- Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, Dragomirecka E, Kohn R, Keller M, Kessler RC, Kawakami N, Kilic C, Offord D,

Ustun TB, Wittchen HU. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2003;12:3-21.

Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological Psychiatry* 2005;57:1215-20.

Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadogen E. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biological Psychiatry* 2004;55:692-700.

Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Normand D, Lapey KA, Mick E, Lehman BK, Doyle A. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry* 1993;150:1792-8.

Biederman J. Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004;65:3-7.

Downey KK, Stelson FW, Pomerleau OF, Giordani B. Adult attention deficit hyperactivity disorder: psychological test profiles in a clinical population. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1997;185:32-8.

Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, Doyle AE. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biological Psychiatry* 2000;48:9-20.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. Structured clinical interview for DSM-IV axis I. Disorders, patient edition (SCID-I/P, Version 2.0, 8/98 revision). Biometric Research Department. New York: New York State Psychiatric Institute;1998.

Geller B, Zimmerman B, Williams M, Bolhofner K, Craney JL. Adult psychosocial outcome of prepubertal major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001;40:673-7.

Grevet EH, Bau CHD, Salgado CAI, Ficher A, Victor MM, Garcia C, de Sousa NO, Nerung L, Belmonte-de-Abreu P. Interrater reliability for diagnosis in adults of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder using K-SADS-E. *Arquivos de Neuro-psiquiatria* 2005;63:307-10.

Grevet EH, Bau CHD, Salgado CAI, Fischer AG, Kalil K, Victor MM, Garcia CR, Sousa NO, Rhode LA, Belmonte-de-Abreu P. Lack of gender effects on subtype outcomes in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: support for the validity of subtypes. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2006;256:311-9.

Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry* 2005;62:1097-106.

Kaplan E, Fein D, Morris R, Delis DC. WAIS-R: manual. San Antonio: The Psychological Corporation; 1991.

Kessler RC, Adler L, Ames M, Barkley RA, Birnbaum H, Greenberg P, Johnston JA, Spencer T, Ustun TB. The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2005a;47:565-72.

Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE, Zaslavsky AM. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry* 2006;163:716-23.

Kessler RC, Adler LA, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Faraone SV, Greenhill LL, Jaeger S, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Zaslavsky AM. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry* 2005d;57:1442-51.

- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003;289:3095-105.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005b;62:593-602.
- 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. *Archives of General Psychiatry* 2005c;62:617-27.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1994;51:8-19.
- Kooij JJ, Ackerlin LP, Buitelaar JK. Functioning, comorbidity and treatment of 141 adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) at a psychiatric outpatient department. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde* 2001;145:1498-501.

Kornstein SG. Gender differences in depression: implications for treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 1997;58:12-8.

McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Del'Homme M, Lynn DE, Loo S. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *American Journal of Psychiatry* 2005;162:1621-7.

Mercadante MT, Asbahar F, Rosário MC, Ayres AM, Karman L, Ferrari MC, Assumpção FB, Miguel EC. K-SADS, entrevista semi-estruturada para diagnóstico em psiquiatria da infância, versão epidemiológica. São Paulo: FMUSP; 1995.

Montano B. Diagnosis and treatment of ADHD in adults in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004;65:18-21.

Murphy K, Barkley RA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Adults: comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry* 1996;37:393-401.

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

Nierenberg AA. Current perspectives on the diagnosis and treatment of major depressive disorder. *American Journal of Managed Care* 2001;7:353-66.

Rohde LA. ADHD in Brazil: the DSM-IV criteria in a culturally different population.

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
2002;41:1131-3.

Secnik K, Swensen A, Lage MJ. Comorbidities and costs of adult patients

diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. Pharmacoeconomics
2005;23:93-102.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta

T, Baker R, Dunbar GC. 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. Journal of Clinical Psychiatry 1998;59:22-33.

Simon GE. Social and economic burden of mood disorders. Biological Psychiatry

2003;54:208-15.

Spencer TJ. ADHD treatment across the life cycle. Journal of Clinical Psychiatry

2004;65:22-6.

Stefanis CN, Kokkevi A. Depression and drug use. Psychopathology 1986;19:124-

31.

Swanson JM. School-based assessments and interventions for ADD students.

Irvine: KC Publishing; 1992.

Wilens TE, Faraone SV, Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. JAMA 2004;292:619-23.

Table 1

Demographics and adaptative and medical history in ADHD adults with or without MDD

	ADHD (MDD-)	ADHD (MDD+)	Total	MDD effect		
	n=239 (74.69%)	n=81 (25.31%)	n=320	OR (95%CI)	Statistical analysis	
	Mean (\pm SD)	Mean (\pm SD)	Mean (\pm SD)		t	P
Age	34.2 (11.1)	34.6 (11.1)	34.3 (11.1)		-0.20	0.84
Income ^a	5.6 (9.6)	4.7 (11.1)	5.4 (10.0)		-0.38	0.70
Years of schooling	14.0 (4.1)	13.7 (3.4)	13.9 (3.9)		-0.88	0.38
Age at ADHD onset	6.5 (3.0)	6.3 (2.8)	6.5 (2.9)		-0.43	0.67
Age at ADHD diagnosis	30.3 (13.8)	32.7 (12.3)	30.9 (13.5)		0.91	0.36
	n (%)	n (%)	n (%)		w	p
Female	100 (41.8)	48 (59.3)	148 (46.2)	2.0 (1.2-3.4)	7.25	<0.01
Married	107 (44.8)	28 (34.6)	135 (42.2)	0.6 (0.3-1.0)	3.55	0.06
Unemployment	20 (8.4)	7 (8.6)	27 (8.4)	0.9 (0.4-2.3)	0.04	0.84
Grade repetition	165 (69.0)	45 (55.6)	210 (65.6)	0.6 (0.3-1.0)	4.43	0.04
School suspension	85 (35.6)	13 (16.0)	98 (30.6)	0.4 (0.2-0.7)	8.44	<0.01
School expulsion	35 (14.6)	4 (4.9)	39 (12.2)	0.3 (0.1-1.0)	3.56	0.06
Prior ADHD diagnosis	79 (33.1)	17 (21.1)	96 (30.0)	0.6 (0.3-1.0)	3.37	0.07
Prior psychotherapy	116 (49.6)	62 (76.5)	178 (56.5)	3.1 (1.7-5.5)	14.53	<0.01
Prior pharmacological treatment	127 (53.1)	55 (67.9)	182 (56.9)	1.7 (1.0-3.0)	4.18	0.04

Values in table represent means (standart deviation) and frequency (percent).

For binary outcomes we reported w (Wald chi-square scores) and for continuous outcomes t scores.

ADHD = attention-deficit/hyperactivity disorder; MDD- = without major depressive disorder; MDD+ = with major depressive disorder; OR = Odds ratio; CI = confidence interval.

ADHD and MDD diagnoses were based on DSM-IV criteria.

^a Number of monthly minimum wages (multiples of the equivalent to 165 US dollars).

Table 2

Severity measures in ADHD adults with or without MDD

	ADHD (MDD-) n=239 (74.69%)	ADHD (MDD+) n=81 (25.31%)	Total n=320	MDD effect Statistical analysis	
SNAP SCORES	Mean (\pm SD)	Mean (\pm SD)	Mean (\pm SD)	t	p
Inattention	1.8 (0.6)	1.9 (0.5)	1.8 (0.5)	1.85	0.07
Hyperactivity	1.5(0.7)	1.5 (0.7)	1.5 (0.7)	0.31	0.75
Impulsivity	1.5 (0.9)	1.6 (0.9)	1.6 (0.9)	0.68	0.50
ODD	0.9 (0.6)	1.0 (0.5)	0.9 (0.6)	0.84	0.40
Total	1.4 (0.5)	1.5 (0.5)	1.4 (0.5)	1.19	0.24

Values in table represent means (standart deviation).

For continuous outcomes we reported t scores and p values provided by logistic regression analyses.

ADHD = attention-deficit/hyperactivity disorder; MDD- = without major depressive disorder; MDD+ = with major depressive disorder; ODD = oppositional defiant disorder.

ADHD and MDD diagnoses were based on DSM-IV criteria.

Table 3

Lifetime psychiatric diagnoses in ADHD adults with or without MDD

	ADHD (MDD-)	ADHD (MDD+)	Total	MDD effect		
	n=239 (74.69%)	n=81 (25.31%)	n=320	OR (95%CI)	Statistical analysis	
	N (%)	n (%)	n (%)		w	p
Panic disorder	14 (5.9)	11 (13.6)	25 (7.8)	2.2 (0.9-5.2)	3.36	0.07
Agoraphobia	5 (2.1)	2 (2.5)	7 (2.2)	0.9 (0.2-4.8)	0.01	0.91
OCD	15 (6.3)	4 (4.9)	19 (5.9)	0.8 (0.2-2.4)	0.21	0.65
Social phobia	28 (11.7)	27 (33.3)	55 (17.2)	3.6 (1.9-6.6)	16.58	<0.01
Specific phobia	20 (8.4)	8 (9.9)	28 (8.8)	1.0 (0.4-2.5)	<0.01	0.96
GAD	32 (13.4)	25 (30.9)	57 (17.8)	2.6 (1.4-4.7)	9.18	<0.01
Nicotine use	108 (45.2)	32 (39.5)	140 (43.8)	0.8 (0.5-1.4)	0.50	0.48
Alcohol dependence	27 (11.3)	7 (8.6)	34 (10.6)	0.9 (0.4-2.2)	0.04	0.84
Alcohol abuse	27 (11.3)	9 (11.1)	36 (11.3)	1.3 (0.6-3.0)	0.39	0.53
Substance dependence	29 (12.1)	0 (0.0)	29 (9.1)		10.81*	<0.01
Substance abuse	11 (4.6)	2 (2.5)	13 (4.1)	1.0 (0.1-9.8)	0.37	0.54
ODD	100 (41.8)	34 (42.0)	134 (41.9)	0.9 (0.6-1.6)	0.05	0.82
Conduct disorder	55 (23.0)	16 (19.8)	71 (22.2)	0.9 (0.5-1.8)	0.05	0.83
Antisocial personality disorder	25 (10.5)	3 (3.7)	28 (8.8)	0.4 (0.1-1.3)	2.35	0.12

Values in table represent frequency (percent).

For binary outcomes we reported w (Wald chi-square scores) and p values provided by logistic regression analyses.

ADHD = attention-deficit/hyperactivity disorder; MDD- = without major depressive disorder; MDD+ = with major depressive disorder; OCD = obsessive-compulsive disorder; GAD = generalized anxiety disorder; ODD = oppositional defiant disorder; OR = Odds ratio; CI = confidence interval.

*A Pearson chi-square was reported since data did not fulfill requirements for logistic regression analysis. All diagnoses were based on DSM-IV criteria.

4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os resultados obtidos no presente trabalho foram discutidos brevemente no artigo científico (capítulos 2 e 3). Serão aqui apresentados alguns aspectos adicionais não abordados anteriormente por limitações de espaço. Deve ser considerado que os presentes resultados fazem parte de um grande esforço do grupo de pesquisa voltado para a caracterização da heterogeneidade do TDAH em adultos. Uma das possíveis aplicações da separação do TDAH em grupos é a obtenção de uma maior homogeneidade dentro dos grupos, fundamental para os estudos genéticos de associação, que também são alvo da linha de pesquisa.

A primeira consideração necessária é o motivo da escolha do transtorno depressivo maior (TDM) como comorbidade do TDAH a ser examinada nesse estudo. O TDM é uma entidade clínica cujas primeiras descrições datam de 2500 anos atrás (SARTORIUS, 2001). O sofrimento psicológico causado pelo TDM, assim como as conseqüências da incapacitação funcional, trazem prejuízos importantes na vida dos indivíduos acometidos. Além disso, a presença de TDM tem influência em um contexto populacional, quando consideramos sua elevada prevalência. O TDM gera um aumento no custo da saúde, além de causar prejuízo funcional e incapacitação nos indivíduos afetados. Esses aspectos descrevem a sobrecarga econômica e social trazida pelos transtornos de humor (SIMON, 2003). Além disso, o TDM é uma das comorbidades mais prevalentes no TDAH (DOWNEY et al., 1997; KOOIJ et al., 2001; BIEDERMAN et al., 2004; MCGOUGH et al., 2005; SECNIK et al., 2005). A presença de TDM é possivelmente uma das causas de busca de tratamento médico em portadores de TDAH, sendo, portanto, uma oportunidade para se identificar portadores de TDAH.

Alguns achados importantes desse estudo relacionados com o diagnóstico de TDM em indivíduos com TDAH são a maior freqüência do diagnóstico de transtornos de

ansiedade, menor prevalência do diagnóstico de dependência de drogas, além de menos problemas escolares. A maior ocorrência de transtornos de ansiedade significa um sofrimento adicional ao relacionado com o TDAH e o próprio TDM. A menor ocorrência dos outros eventos poderia a primeira vista significar que a comorbidade com TDM teria um aspecto “positivo”, diminuindo a presença desses desfechos negativos que estão aumentados no TDAH em relação à população geral. No entanto, as frequências similares (e elevadas) entre os grupos quanto aos diagnósticos de transtornos graves como os de conduta, personalidade anti-social e TOD afastam a perspectiva de diferença de gravidade importante entre os grupos. Aliás, pacientes com ou sem TDM não diferiram quanto aos escores de gravidade do TDAH avaliados pelo SNAP-IV. Por todo o explicitado acima, é possível que os pacientes com TDAH e TDM componham um grupo de pacientes com um quadro ligeiramente diferente do personagem clássico “Der Struwwelpeter” descrito por Heinrich Hoffmann (1995). Os pacientes com a comorbidade representariam um subgrupo “mais comportado” em alguns aspectos, mas provavelmente com maior sofrimento psíquico.

Outro achado interessante diz respeito a tratamento prévio. A amostra como um todo apresentou taxa elevada de psicoterapia e farmacoterapia prévias. Nos indivíduos que além do TDAH apresentam TDM, esses índices aumentam, e observam-se então frequências de 76,5% para psicoterapia prévia e 67,9% para tratamento farmacológico prévio. Com base na idade em que inicia o TDAH, pode-se inferir que o transtorno estava presente no momento dos atendimentos prévios aqui analisados (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994). Um dado intrigante, porém, é que apesar do fato de que os indivíduos com TDAH e TDM referiram mais frequentemente tratamentos psicoterápico e/ou farmacológico prévios, eles não foram diagnosticados mais precocemente para o TDAH do que os indivíduos sem TDM. Na amostra como um todo o diagnóstico de TDAH ocorreu aproximadamente 5 anos após o primeiro tratamento. Esse

fato ressalta a dificuldade diagnóstica do TDAH. Outra possibilidade, que não exclui a anterior, é que os profissionais ligados à saúde mental possivelmente não estejam suficientemente capacitados para realizar o diagnóstico do TDAH. Existem dados na literatura enfocando a dificuldade do diagnóstico de TDAH em adultos e sobre o fato do mesmo ser obscurecido pelas comorbidades (ADLER, 2004; MONTANO, 2004), fatores que podem explicar o achado nessa amostra. Alguns medicamentos antidepressivos (por exemplo, tricíclicos, bupropiona, venlafaxina) reduzem os sintomas de TDAH, fato que provavelmente complica ainda mais o cenário. Por tudo isso, pode ser levantada a hipótese de que muitos pacientes que recebem o diagnóstico de TDM também apresentam TDAH, embora não sejam assim diagnosticados. Sem dúvida, são necessários mais estudos sobre a prevalência de TDAH entre adultos com TDM. Caso novas pesquisas comprovarem o subdiagnóstico do transtorno, seria indicado um esforço do sistema de saúde pública no sentido de melhorar a educação médica com relação ao TDAH. É importante também avaliar se pacientes tratados para o TDAH mais precocemente (inclusive na infância) apresentarão ou não uma menor incidência de comorbidades e desfechos negativos do TDAH.

Um dos objetivos desse trabalho de pesquisa é avaliar se o diagnóstico de TDM pode ser um indicador relevante das características desse subgrupo e de desfechos clínicos em adultos com TDAH. No entanto, a amostra obtida não é representativa da totalidade dos indivíduos com TDAH no Brasil. Trata-se de um grupo de indivíduos em grande parte auto-referidos, com níveis sócio-econômico e de escolaridade elevados quando comparados com a população geral. Esses pacientes tinham renda mensal de 5,3 salários mínimos, enquanto a renda familiar média do Rio Grande do Sul é de pouco mais de 2 salários mínimos por mês (IBGE, 2002). Em relação à escolaridade, a amostra apresentou uma média de 14 anos de estudo, enquanto a população de Porto Alegre tem média de 6,89 anos de estudo (IBGE, 2003). É possível que essa diferença quanto ao

nível sócio-econômico, mesmo tendo o estudo sido realizado em um hospital público, seja uma peculiaridade da má distribuição de renda no Brasil. Assim, talvez a associação entre o diagnóstico de TDM e a maior frequência de tratamentos prévios não seja observável entre brasileiros de nível sócio-econômico diferente. É preciso também ter em mente que todas as evidências aqui obtidas são sugestivas e preliminares, necessitando de confirmação em outras amostras clínicas, além de estudos de base populacional e delineamentos longitudinais. Cabe esclarecer que os tratamentos avaliados no presente estudo eram voltados para condições psiquiátricas em geral, sem especificação para o tipo de transtorno. Portanto, não há como saber os motivos pelos quais os indivíduos procuraram tratamento, e por que razão lhes foi indicado psicoterapia e/ou farmacoterapia. Um ponto importante a ser ressaltado é a forte tradição de realizar-se psicoterapia, especialmente de orientação analítica, no local de realização do estudo.

Muito resta a ser investigado sobre as tendências de agrupamento entre os diferentes transtornos mentais. Não menos necessária é a compreensão do impacto gerado pelas comorbidades. Os dados aqui apresentados sugerem que os indivíduos com TDAH e TDM apresentam diferenças importantes quando comparados a indivíduos com TDAH sem TDM. A existência da comorbidade parece aumentar a demanda prévia por cuidados de saúde mental e está associada a diferenças nas características clínicas apresentadas por esses pacientes. Fica claro que são necessárias pesquisas voltadas para o desenvolvimento de estratégias de reconhecimento mais eficiente e precoce do TDAH em pacientes que buscam atendimento em saúde mental. Paralelamente, também é necessário um maior investimento em educação médica sobre saúde mental.

4.1 REFERÊNCIAS DA DISCUSSÃO

ADLER, L. A. Clinical presentations of adult patients with ADHD. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.65, p.8-11, 2004.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. Washington: APA, 1994.

BIEDERMAN, J.; FARAONE, S.V.; MONUTEAUX, M.C.; BOBER, M.; CADOGAN, E. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. **Biological Psychiatry**, v.55, p.692-700, 2004.

DOWNEY, K.K.; STELSON, F.W.; POMERLEAU, O.F.; GIORDANI, B. Adult attention deficit hyperactivity disorder: psychological test profiles in a clinical population. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v.185, p.32-38, 1997.

HOFFMANN, H. Struwwelpeter: In: **English Translation**. New York: Dover Publication, 1995.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Rio Grande do Sul - Média dos anos de estudo da população em idade ativa - PIA (10 anos ou mais de idade), 1992/2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

KOOIJ, J.J.; AECKERLIN, L.P.; BUITELAAR, J.K. Functioning, comorbidity and treatment of 141 adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) at a psychiatric outpatient department. **Nederlands tijdschrift voor geneeskunde**, v.145, p.1498-1501, 2001.

MCGOUGH, J.J.; SMALLEY, S.L.; MCCRACKEN, J.T.; YANG, M.; DEL'HOMME, M.; LYNN, D.E.; LOO, S. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. **American Journal of Psychiatry**, v.162, p.1621-1627, 2005.

MONTANO, B. Diagnosis and treatment of ADHD in adults in primary care. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.65, p.18-21, 2004.

SARTORIUS, N. Concepts of depression: sporadic revolutions of continuous evolution. **Human Psychopharmacology**, v.16, p.S3-S6, 2001.

SECNIK, K.; SWENSEN, A.; LAGE, M.J. Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. **Pharmacoeconomics**, v.23, p.93-102, 2005.

SIMON, G.E. Social and economic burden of mood disorders. **Biological Psychiatry**, v.54, p.208-215, 2003.

5. ANEXOS

5.1. ANEXO 1:

Critérios diagnósticos para transtornos depressivos e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade de acordo com DSM-IV e CID-10

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS - DSM.IV	
Critérios Diagnósticos para F32.x - 296.2x Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único	
A. Presença de um único Episódio Depressivo Maior	
B. O Episódio Depressivo Maior não é melhor explicado por um Transtorno Esquizoafetivo nem está sobreposto a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.	
C. Jamais houve um Episódio Maníaco (ver p. 317), um Episódio Misto (ver p. 319) ou um Episódio Hipomaníaco (ver p. 322). Nota: Esta exclusão não se aplica se todos os episódios tipo maníaco, tipo misto ou tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou tratamento ou se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.	
Especificar (para episódio atual ou mais recente): Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão (ver p. 359). Crônico. Com Características Catatônicas. Com Características Melancólicas. Com Características Atípicas. Com Início no Pós-Parto.	
Critérios Diagnósticos para F33.x - 296.3x Transtorno Depressivo Maior, Recorrente	
A. Presença de dois ou mais Episódios Depressivos Maiores	
Nota: Para serem considerados episódios distintos, deve haver um intervalo de pelo menos 2 meses consecutivos durante os quais não são satisfeitos os critérios para Episódio Depressivo Maior.	
B. Os Episódios Depressivos Maiores não são melhor explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.	
C. Jamais houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaníaco. Nota: Esta exclusão não se aplica se todos os episódios tipo maníaco, tipo misto ou tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou tratamento ou se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.	
Especificar (para episódio atual ou mais recente): Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão. Crônico. Com Característica Catatônicas. Com Características Melancólicas. Com Características Atípicas. Com Início no Pós-Parto.	
Especificar: Especificadores Longitudinais de Curso (Com e Sem Recuperação Entre Episódios). Com Padrão Sazonal	

Transtornos do Humor - CID-10

F32 - Episódios Depressivos

- F32.0 Episódio depressivo leve
- F32.1 Episódio depressivo moderado
- F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos
- F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos
- F32.8 Outros episódios depressivos
- F32.9 Episódio depressivo não especificado

F33 - Transtorno Depressivo Recorrente

- F33.0 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve

- F33.1 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado
- F33.2 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos
- F33.3 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos
- F33.4 Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão
- F33.8 Outros transtornos depressivos recorrentes
- F33.9 Transtorno depressivo recorrente sem especificação

F32 - Episódios Depressivos

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos "somáticos", por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

Inclui:

episódios isolados de (um) (uma):

- depressão:
- psicogênica
- reativa
- reação depressiva

Exclui:

quando associados com transtornos de conduta em F91.- (F92.0)

transtornos (de):

- adaptação (F43.2)
- depressivo recorrente (F33.-)

F32.0 Episódio depressivo leve

Geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.

F32.1 Episódio depressivo moderado

Geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.

F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos

Episódio depressivo onde vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas "somáticos".

Depressão:

- agitada episódio único sem sintomas psicótico
- maior episódio único sem sintomas psicóticos
- vital episódio único sem sintomas psicótico

F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

Episódio depressivo correspondente á descrição de um episódio depressivo grave (F32.2) mas acompanhado de alucinações, idéias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo.

Episódios isolados de:

- depressão:
- major com sintomas psicóticos
- psicótica
- psicose depressiva:
- psicogênica
- reativa

F32.8 Outros episódios depressivos

Depressão atípica

Episódios isolados de uma depressão "mascarada" SOE

F32.9 Episódio depressivo não especificado

Depressão SOE

Transtorno depressivo SOE

F33 - Transtorno Depressivo Recorrente

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (F32.-) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade(hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno depressivo recorrente (F33.2 e F33.3) apresentam numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo de transtorno afetivo bipolar (F31.-).

Inclui:

episódios recorrentes de uma depressão:

- psicogênica
- reativa
- reação depressiva

transtorno depressivo sazonal

Exclui:

episódios depressivos recorrentes breves (F38.1)

F33.0 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual leve, tal como descrito em F32.0, na ausência de qualquer antecedente de mania.

F33.1 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual de moderada gravidade, tal como descrito em F32.1, na ausência de qualquer antecedente de mania.

F33.2 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, sem sintomas psicóticos, tal como descrito em F32.2, na ausência de qualquer antecedente de mania.

Depressão:

- endógena sem sintomas psicóticos
- maior recorrente sem sintomas psicóticos
- vital recorrente sem sintomas psicóticos

Psicose maníaco-depressiva, forma depressiva sem sintomas psicóticos

F33.3 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, com sintomas psicóticos, tal como descrito em F32.3, na ausência de qualquer antecedente de mania.

Depressão endógena com sintomas psicóticos

Episódio recorrente grave (de):

- depressão:
- major com sintomas psicóticos
- psicótica
- psicose depressiva:
- psicogênica
- reativa

Psicose maníaco-depressiva, forma depressiva, com sintomas psicóticos

F33.4 Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão

O paciente teve no passado dois ou mais transtornos depressivos como descritos acima (F33.0-F33.3) mas não apresenta atualmente nenhum sintoma depressivo e isto há vários meses.

F33.8 Outros transtornos depressivos recorrentes

F33.9 Transtorno depressivo recorrente sem especificação

Depressão unipolar SOE

DÉFICIT DE ATENÇÃO e HIPERATIVIDADE - DSM.IV

Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade

Crítérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
A. Ou (1) ou (2)
<p>1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:</p> <p>Desatenção:</p> <p>(a) freqüentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras</p> <p>(b) com freqüência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas</p> <p>(c) com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra</p> <p>(d) com freqüência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)</p> <p>(e) com freqüência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades</p> <p>(f) com freqüência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)</p> <p>(g) com freqüência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)</p>

(h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa (i) com freqüência apresenta esquecimento em atividades diárias
(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:
Hiperatividade: (a) freqüentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira (b) freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado (c) freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação) (d) com freqüência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer (e) está freqüentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor" (f) freqüentemente fala em demasia
Impulsividade: (g) freqüentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas (h) com freqüência tem dificuldade para aguardar sua vez (i) freqüentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras)
B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.
C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).
D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.
E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).
Codificar com base no tipo:
F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado: se tanto o Critério A1 quanto o Critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses. F98.8 - 314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento: Se o Critério A1 é satisfeito, mas o Critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses. F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: Se o Critério A2 é satisfeito, mas o Critério A1 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.
Nota para a codificação: Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem todos os critérios, especificar "Em Remissão Parcial".

Transtornos de Comportamento e Emocionais

da Infância e Adolescência – CID-10

F90 - Transtorno Hiperkinético

F90 - Transtornos Hiperkinéticos

Grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. Os transtornos podem se acompanhar de outras anomalias. As crianças hipercinéticas são freqüentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras que por desafio deliberado. Suas relações com os adultos são freqüentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos se acompanham freqüentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias incluem um comportamento dissocial e uma perda de auto-estima.

Exclui: esquizofrenia (F20.-)

transtornos (da) (do):

- ansiosos (F41.-)
- globais do desenvolvimento (F84.-)
- humor [afetivos] (F30-F39)

F90.0 Distúrbios da atividade e da atenção

Síndrome de déficit da atenção com hiperatividade

Transtorno de déficit da atenção com hiperatividade

Transtorno de hiperatividade e déficit da atenção

Exclui: transtorno hipercinético associado a transtorno de conduta (F90.1)

F90.1 Transtorno hipercinético de conduta

Transtorno hipercinético associado a transtorno de conduta

F90.8 Outros transtornos hipercinéticos

F90.9 Transtorno hipercinético não especificado

Reação hipercinética da infância ou da adolescência SOE

Síndrome hipercinética SOE

5.2. ANEXO 2:

Protocolo do ambulatório de TDAH do adulto do HCPA

Manual de Preenchimento do Protocolo do Ambulatório de TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) DO ADULTO do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)/UFRGS.

Manual de Preenchimento do Protocolo do Ambulatório de TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) DO ADULTO do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)/UFRGS.

O ambulatório de TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) DO ADULTO do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)/UFRGS tem por objetivo o atendimento a pacientes portadores de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade associado à pesquisa. O atendimento é realizado por médicos psiquiatras e psicólogos ligados a diversos projetos de pesquisa. Os pacientes chegam ao ambulatório através da procura espontânea (auto-identificação do diagnóstico devido à divulgação da mídia) ou pelo encaminhamento da ASSOCIAÇÃO GAÚCHA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO (ADGA). Inicialmente realiza-se uma entrevista semi-estruturada com fins diagnósticos. Uma vez preenchendo os critérios diagnósticos conforme o DSM IV para TDAH, e não apresentando nenhum critério de exclusão (sintomas psicóticos no presente ou passado ou alguma patologia neurológica) os pacientes são orientados quanto à finalidade do estudo através da leitura e assinatura do TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO. Os pacientes que não preenchem os critérios diagnósticos de TDAH ou apresentam algum critério de exclusão são encaminhados a outros serviços para acompanhamento. Após esta etapa inicial, a avaliação segue completando-se o restante do protocolo de pesquisa.

O protocolo de pesquisa compreende, desde o momento da avaliação inicial do paciente até a avaliação do resultado do tratamento, as seguintes escalas:

- K-SADS (DSM-IV) para TDAH – passado
- K-SADS (DSM-IV) para TDAH – presente
- Escala para avaliação do TRANSTORNO OPOSICIONAL DESAFIANTE (atual e passado).
- Escala de avaliação de TRANSTORNO DE CONDUTA ANTI-SOCIAL (antes e depois dos 15 anos).
- Preenchimento dos dados demográficos, clínicos e história do desenvolvimento psicomotor do paciente.
- SCID I – IV
- MTA SNAP – IV
- ESCALA DE SINTOMAS ATUAIS E PASSADOS – questionário pessoal.
- ESCALA DE SINTOMAS ATUAIS E PASSADOS – questionário preenchido por familiar ou pessoa íntima.
- INVENTÁRIO DE TEMPERAMENTO E CARÁTER (TCI).
- Coleta de sangue.
- Aplicação de testagem neuropsicológica.
- Questionário Eventos de Vida.
- Escala uso de nicotina.
- Início do tratamento (escala inicial).
- Avaliação pós-tratamento (escala final).

Instruções de preenchimento das escalas e condução do seguimento do paciente:

No primeiro contato com o paciente, informa-se o mesmo da finalidade do ambulatório (pesquisa) e de que o mesmo só seguirá em atendimento caso preencha os critérios de

inclusão sem nenhum dos critérios de exclusão. O atendimento será mantido por um período de 6 meses, período em que o paciente deve procurar outro local para manutenção posterior do seu tratamento. O tratamento será medicamentoso, direcionado aos sintomas de déficit de atenção e/ou hiperatividade levando-se em consideração alguma co-morbidade por ventura presente.

Inicia-se o atendimento pela aplicação da escala K-SADS (DSM-IV).

1. APLICAÇÃO DA ESCALA K-SADS (DSM-IV):

O primeiro instrumento a ser aplicado é o K-SADS (DSM-IV) para TDAH - passado e atual. O entrevistador deve ler cada uma das perguntas de A1 a A9, de B1 a B9, de C1 a C3, conforme elas são escritas, repetir e esclarecer se necessário, inclusive com exemplos. Deverá ser circulado, para cada pergunta o número "0" se a resposta for "ausente" e o número "1" se a resposta for "presente". Após coletar todas essas respostas com o paciente, o entrevistador deverá checar se o início dos sintomas foi antes dos 7 anos, e preencher os itens de CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS com base nas respostas anteriores do paciente. Preenchidos os critérios diagnósticos, para TDAH - passado e atual, subtipos hiperativo, desatento OU combinado deve-se avançar para o passo seguinte.

2. ASSINATURA DO TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Solicitar a assinatura, em duas vias, do TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO que deve ser lido para o paciente e esclarecidas as dúvidas sobre o mesmo. Uma das cópias fica com o paciente e a outra fica arquivada junto com os demais componentes do protocolo.

3. APLICAÇÃO DA ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA TRANSTORNO OPOSICIONAL DESAFIANTE:

Deverá ser aplicada a Entrevista estruturada para TRANSTORNO OPOSICIONAL DESAFIANTE - atual e passado. O entrevistador deve ler as perguntas conforme elas são escritas, repetir e esclarecer se necessário, inclusive com exemplos. Deverá ser circulado, para cada pergunta de 1 a 8, atual e passado, o número "0" se a resposta for "ausente" e o número "1" se a resposta for "presente". Ao final das 8 perguntas, o entrevistador deverá preencher os itens de CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS com base nas respostas anteriores do paciente.

4. APLICAÇÃO DA ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA TRANSTORNO CONDUTA ANTI-SOCIAL:

O entrevistador deve ler as perguntas conforme elas são escritas, repetir e esclarecer se necessário, inclusive com exemplos. Deverá iniciar com as perguntas "1 - antes dos 15 anos" de "a" a "f", explicando ao paciente que para responder ele deverá pensar no seu comportamento antes dos 15 anos; e após o entrevistador deverá passar para as perguntas "2 - depois dos 15 anos" de "a" a "f", explicando ao paciente que para responder ele deverá pensar no seu comportamento depois dos 15 anos. Para cada pergunta o entrevistador deverá circular "SIM" OU "NÃO", de acordo com a resposta do paciente. Com base nas respostas do paciente, o entrevistador deverá responder à pergunta: Há pelo menos 3 respostas "SIM" em 2 - depois dos 15 anos? Deverá assinalar "SIM" ou "NÃO", concluindo ou excluindo o diagnóstico de CONDUTA ANTI-SOCIAL.

5. PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO SOBRE DADOS DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS:

O entrevistador deverá preencher todos os campos, conforme indicação no próprio questionário, perguntando ao paciente.

Observações:

- No item ANOS DE ESTUDO deverá se preencher SEM contar os anos de repetência. Por exemplo: 1o grau - 1a a 8a séries: 8 anos, 2o grau: 1a a 3a séries:

mais 3 anos, etc. Faculdade: contar o número de anos padrão do curso (ex: medicina - 6 anos), não levando em conta quantos anos a pessoa levou efetivamente para se formar.

- No item HISTÓRIA FAMILIAR deverá se indicar: não=0, sim=1 ou não sabe=2 se há ou não HF de transtorno psiquiátrico em familiares de primeiro grau (pai, mãe, irmãos ou filhos). INDICAR NÚMERO DE FILHOS E NÚMERO DE IRMÃOS QUE O PACIENTE POSSUI. Após, deverá se indicar na tabela a quantidade pessoas acometidas. Por exemplo: 3 de 5 irmãos acometidos por uso de álcool: deverá se preencher na junção da coluna "irmãos" e da linha "álcool": 3/5. (nunca se inclui o paciente).
- No item USO DE NICOTINA marcar o período de uso em anos. Por exemplo: se usou nicotina dos 15 aos 25 anos, marcar: **10** anos de uso. No ítem número de cigarros por dia, computar quantos cigarros o paciente fuma por dia. Se o paciente usa de 2 a 3 maços por dia, fazer a média ($20+40=60/2=30$ – deverá se computar **30**).
- No item DATA DO DIAGNÓSTICO preencher com a data em que foi feito o diagnóstico anteriormente, se houve; ou com a data atual se o TDAH foi diagnosticado nesse momento.
- No item IDADE DO PRIMEIRO TRATAMENTO COM PSQUIATRA OU NEUROLOGISTA preencher com a idade do tratamento anterior, se houver, ou com a idade atual, se esse for o primeiro tratamento.
- No item IDADE DO DIAGNOSTICO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO, DISRITMIA, LESÃO CEREBRAL MÍNIMA preencher com a idade em que primeiro se fez algum desses diagnóstcos, ou com a idade atual se essa é a primeira vez que o paciente recebe tal diagnóstico.

6. PREENCHIMENTO DO SCID I – IV:

O entrevistador deverá fazer as perguntas conforme o próprio manual do SCID I - IV, que deverá ter em mãos, e anotar as repostas nas folhas de respostas, que fazem parte do material do paciente. As folhas de respostas devem ser preenchidas circulando-se os números: "0", se diagnóstico ausente ou "1", se diagnóstico presente, para cada transtorno psiquiátrico, quando indicado, seguindo-se as instruções de preenchimento do próprio SCID I - IV.

7. PREENCHIMENTO DA ESCALA SOBRE TABAGISMO:

O entrevistador deverá fazer as perguntas e registrar conforme a escala.

8. INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DOS SEGUINTE QUESTIONÁRIOS:

O entrevistador deverá instruir o paciente a preencher os questionários abaixo. Os questionários deverão ser preenchidos pelo paciente, ou pessoa íntima, quando indicado, em casa, com base nas instruções contidas em cada um desses questionários e nas instruções dadas pelo entrevistador.

- MTA SNAP - IV - instruir o paciente a marcar com um "X" nos campos correspondentes a "nem um pouco", "um pouco", "bastante", ou "demais" para cada pergunta de "1" a "26", de acordo com o que ele (paciente) achar que melhor descreve seu comportamento nas situações das referidas perguntas.
- ESCALA DE SINTOMAS ATUAIS - QUESTIONÁRIO PESSOAL - instruir o paciente a preencher o questionário circulando os números "0", "1", "2" ou "3", correspondentes respectivamente a "nunca ou raramente", "algumas vezes", "freqüentemente" ou "muito freqüentemente", de acordo com o que ele (o paciente) achar que melhor descreve a freqüência com que os comportamentos ou

situações descritos se manifestam nele. Orientar o paciente a prestar atenção nos enunciados e os momentos da vida a que eles se referem (por exemplo: "durante os últimos 6 meses", "dos 5 aos 12 anos"). Se o item "idade de início dos sintomas" for preenchido com desde sempre, computar "1". Se forem marcadas duas idades de início, considerar a menor.

- ESCALA DE SINTOMAS ATUAIS - QUESTIONÁRIO PREENCHIDO POR FAMILIAR OU PESSOA ÍNTIMA - instruir o paciente a solicitar que algum familiar ou pessoa íntima, de preferência que tenha tido contato com o paciente na infância, preencha o questionário, baseado nas mesmas instruções dadas ao paciente para o preenchimento do questionário anterior. Em comparação com o anterior, esse questionário é acrescido, no final, de um conjunto de questões, que devem ser preenchidas circulando-se "sim" ou "não". Se o item "idade de início dos sintomas" for preenchido com desde sempre, computar "1". Se forem marcadas duas idades de início, considerar a menor.
- INVENTÁRIO DE TEMPERAMENTO E CARÁTER - instruir o paciente a ler o cabeçalho da primeira página do instrumento, que indica como responder ao questionário. O paciente deverá marcar "V" ou "F" para cada uma das 240 questões, de acordo com o que melhor descreve suas opiniões pessoais e sentimentos. Orientar o paciente a marcar o "V" ou "F" ao lado do número da questão, à esquerda.
- O paciente deverá trazer os questionários preenchidos na consulta seguinte, o que é importante enfatizar quando o paciente for instruído no preenchimento dos questionários.

Observações importantes:

1. Esses questionários todos deverão ser preenchidos em geral em duas consultas, mas não há um número de consultas determinado. Na primeira consulta serão entregues os questionários de autopreenchimento, que deverão ser entregues ao entrevistador de preferência na consulta seguinte.
2. Em uma das consultas de avaliação o paciente deverá realizar a coleta de sangue (2 tubos de 4 ml cada, com EDTA). Após a coleta o paciente recebe um número e é incluído na lista de pacientes.
3. Em uma das consultas de avaliação o paciente deverá ser encaminhado à psicóloga, para marcar data e horário para a realização da testagem neuropsicológica, que faz parte da avaliação.
4. Em uma das consultas o paciente deverá ser encaminhado a Dra. Chistiane, para aplicação da escala sobre eventos de vida.

TRATAMENTO:

Após todos os passos descritos, a avaliação do paciente estará completa. Com base nos transtornos diagnosticados pelos instrumentos utilizados, o paciente deve ser medicado. Inicialmente, deve-se medicar a(s) comorbidade(s), ou o(s) transtorno(s) coexistente(s). Após a estabilização do(s) mesmo(s) o paciente pode então ser medicado para o TDAH. Esses passos devem ser discutidos com os pacientes, que deverão estar cientes do risco/benefício do(s) tratamento(s), assim como de outras alternativas terapêuticas.

AValiação DO TRATAMENTO:

A dose deve ser ajustada para cada paciente, chegando-se em uma determinada dose que, idealmente, reduza satisfatoriamente os sintomas com poucos (ou nenhum)

efeitos adversos. Após um mês com doses adequadas, devem ser preenchidos os instrumentos de avaliação pós-tratamento.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

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

Prezado(a) Senhor(a):

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

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

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

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

Porto Alegre, ____ de _____ de 200__.

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

Paciente

Responsável

Pesquisador

K-SADS-E

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE
K-SADS (DSM-IV)
– ATUAL -

A) DESATENÇÃO

A1. INCAPACIDADE DE PRESTAR ATENÇÃO AOS DETALHES

Você freqüentemente não consegue prestar atenção aos detalhes?

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

Você comete erros banais por falta de atenção?

0) Ausente 1) Presente

A2. DIFICULDADE EM MANTER A ATENÇÃO (FOCO)

Você tem dificuldades em manter a atenção?

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

0) Ausente 1) Presente

A3. PARECE NÃO OUVIR

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

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

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

A4. NÃO SEGUE AS INSTRUÇÕES

Você freqüentemente não segue as instruções que lhe são dadas?

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

0) Ausente 1) Presente

A5. DIFICULDADES DE SE ORGANIZAR

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

0) Ausente 1) Presente

A6. EVITAÇÃO OU DESAGRADO PROFUNDO POR TAREFAS MENTAIS

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

0) Ausente 1) Presente

A7. FREQÜENTEMENTE PERDE OU ESTRAVIA COISAS

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

0) Ausente 1) Presente

A8. FACILMENTE DISTRAÍDO

Você se distrai facilmente por estímulos externos?

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

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

0) Ausente 1) Presente

A9. MUITAS VEZES ESQUECE

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

0) Ausente 1) Presente

B) HIPERATIVIDADE/IMPULSIVIDADE**HIPERATIVIDADE****B1. IRREQUIETO**

Você freqüentemente fica remexendo com suas mãos ou pés?

Você freqüentemente se contorce na sua cadeira?

0) Ausente 1) Presente

B2. DIFICULDADES EM PERMANECER SENTADO

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

0) Ausente 1) Presente

B3. HIPERATIVIDADE/INQUIETAÇÃO

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

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

0) Ausente 1) Presente

B4. DIFICULDADES DE REALIZAR ATIVIDADES DE LAZER CALMAMENTE

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

0) Ausente 1) Presente

IMPULSIVIDADE**B5. DISPARA RESPOSTAS**

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

0) Ausente 1) Presente

B6. DIFICULDADES DE ESPERAR SUA VEZ

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

0)Ausente 1) Presente

B7. MUITAS VEZES “LIGADO NA TOMADA” OU AGE COMO “SE TIVESSE UM MOTORZINHO DENTRO DE VOCÊ”

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

0)Ausente 1) Presente

B8. FREQÜENTEMENTE FALA DEMAIS

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

0)Ausente 1) Presente

B9. INTERROMPE OU SE INTROMETE MUITAS VEZES

Você fala ou interrompe os outros quando estes estão falando, sem esperar que tenham terminado? Freqüentemente?

0)Ausente 1) Presente

C. CONTEXTOS

C1. COLÉGIO OU FACULDADE

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

0)Ausente 1) Presente

C2. TRABALHO

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

0)Ausente 1) Presente

C3. CASA

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

0)Ausente 1) Presente

Outros Exemplos de Contextos

Áreas
1.Em casa com minha família
2.Trabalho
3.Interações sociais
4.Atividades comunitárias
5.Nos estudos
6.Namoro ou casamento
7.Finanças
8.Condução de veículos
9.Lazer

10.Responsabilidades diárias

CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO

1) Seis (ou mais) dos sintomas de desatenção (A1 a A9)

0) Ausentes 1) Presentes

OU/E

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

0) Ausentes 1) Presentes

3) prejuízo em dois ou mais contextos;

0) Ausentes 1) Presentes

Diagnóstico TDAH

0) Ausente 1) Sublimar 2) Presente

Diagnóstico Subtipo

1) Desatento 2) Hiperativo 3) Combinado

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE
K-SADS - folha de resposta - (DSM-IV)
- ATUAL -

Nome do paciente:

Número:

A) DESATENÇÃO

A1. 0)Ausente 1) Presente

A2. 0)Ausente 1) Presente

A3. 0)Ausente 1) Presente

A4. 0)Ausente 1) Presente

A5. 0)Ausente 1) Presente

A6 0)Ausente 1) Presente

A7 0)Ausente 1) Presente

A8. 0)Ausente 1) Presente

A9. 0)Ausente 1) Presente

B) HIPERATIVIDADE

B1 0)Ausente 1) Presente

B2. 0)Ausente 1) Presente

B3. 0)Ausente 1) Presente

B4. 0)Ausente 1) Presente

IMPULSIVIDADE

B5. 0)Ausente 1) Presente

B6. 0)Ausente 1) Presente

B7. 0)Ausente 1) Presente

B8. 0)Ausente 1) Presente

B9 0)Ausente 1) Presente

C. CONTEXTOS

C1. 0)Ausente 1) Presente

C2. 0)Ausente 1) Presente

C3. 0)Ausente 1) Presente

CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO

1) Seis (ou mais) dos sintomas de desatenção
(A1 a A9)

0) Ausentes 1) Presentes

OU/E

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

0)Ausentes 1) Presentes

3) prejuízo em dois ou mais contextos;

0) Ausentes 1) Presentes

Diagnóstico TDAH

0) Ausente 1) Sublimiar 2) Presente
Diagnóstico Subtipo

1) Desatento

2) Hiperativo

3) Combinado

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE
K-SADS (DSM-IV)
PASSADO (ENTRE OS 7 E 12 ANOS)

A) DESATENÇÃO

A1. INCAPACIDADE DE PRESTAR ATENÇÃO AOS DETALHES

Você freqüentemente não conseguia prestar atenção aos detalhes?

Você freqüentemente cometia erros nas tarefas, nos temas de casa, no trabalho, durante outras atividades?

0) Ausente 1) Presente

A2. DIFICULDADES DE MANTER A ATENÇÃO

Você tinha dificuldades em manter a atenção?

Você em geral tinha problemas em fixar a atenção nos temas de casa, nas tarefas, em projetos ou em atividades recreativas?

0) Ausente 1) Presente

A3. PARECIA NÃO OUVIR

Você freqüentemente parecia não escutar o que lhe estavam dizendo?

Seus familiares, colegas e amigos freqüentemente se queixavam que você parecia não estar prestando atenção (devaneando) ou não ouvindo o que lhe diziam?

As pessoas se queixavam que você não ouvia o que lhe diziam?

0) Ausente 1) Presente

A4. NÃO SEGUIA AS INSTRUÇÕES

Você freqüentemente não seguia as instruções que lhe eram dadas?

Você freqüentemente não conseguia terminar uma tarefa, os deveres de casa ou obrigações no trabalho?

0) Ausente 1) Presente

A5. DIFICULDADES DE ORGANIZAÇÃO

Você freqüentemente tinha dificuldades de se organizar nos temas, em tarefas, no trabalho ou atividades?

0) Ausente 1) Presente

A6. EVITAVA OU TINHA UM DESAGRADO PROFUNDO POR TAREFAS MENTAIS

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

0) Ausente 1) Presente

A7. FREQUENTEMENTE PERDIA OU ESTRAVIAVA COISAS

Você perdia coisas com freqüência? Especialmente aquelas que eram necessárias para realizar tarefas e atividades (ex. material escolar, chaves, ferramentas)?

0) Ausente 1) Presente

A8. FACILMENTE DISTRAÍDO

Você se distraía facilmente por estímulos externos?

Qualquer coisa conseguia lhe tirar a atenção daquilo que estava realizando?

0) Ausente 1) Presente

A9. MUITAS VEZES ESQUECIA

Você facilmente se esquecia de coisas que tinham que ser realizadas tais como encontros, provas, entregar temas no prazo certo, pagar contas, etc.?

0)Ausente 1) Presente

B) HIPERATIVIDADE/IMPULSIVIDADE

HIPERATIVIDADE

B1. IRREQUIETO

Você freqüentemente ficava remexendo com suas mãos ou pés?

Você freqüentemente se contorcia na sua cadeira?

0)Ausente 1) Presente

B2. DIFICULDADES EM PERMANECER SENTADO

Você tinha dificuldade de permanecer sentado por muito tempo em sua cadeira em sala de aula, no trabalho, estudando, fazendo as refeições ou no cinema?

0)Ausente 1) Presente

B3. HIPERATIVIDADE/INQUIETAÇÃO

Você freqüentemente subia nos móveis ou corria à toa em situações inadequadas? Sentia necessidade de ficar constantemente em movimento, ficava mexendo em coisas sem muita objetividade? Você era muito inquieto?

0)Ausente 1) Presente

B4. DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES DE LAZER CALMAMENTE

Você tinha dificuldade de brincar calmamente?

Você tinha dificuldade em empreender atividades de lazer calmamente ou sozinho?

0)Ausente 1) Presente

IMPULSIVIDADE

B5. DISPARAVA RESPOSTAS

Você freqüentemente respondia antes que alguém tivesse acabado de fazer as perguntas (era afobado)?

0)Ausente 1) Presente

B6. DIFICULDADE DE ESPERAR SUA VEZ

Você tinha dificuldade de esperar em filas ou esperar a sua vez em atividades ou situações em grupo?

0)Ausente 1) Presente

B7. MUITAS VEZES “LIGADO NA TOMADA” OU AGIA COMO “SE TIVESSE UM MOTORZINHO DENTRO DE VOCÊ”

Você freqüentemente se sentia “ligado na tomada” ou como se “tivesse um motorzinho dentro de você”?

0)Ausente 1) Presente

B8. FREQUENTEMENTE FALA DEMAIS

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

0) Ausente 1) Presente

B9. INTERROMPIA OU SE INTROMETIA MUITAS VEZES

Você falava ou interrompia os outros quando estes estavam falando, sem esperar que tivessem terminado? Frequentemente?

0) Ausente 1) Presente

C. CONTEXTOS

C1. ESCOLA

Esses sintomas eram percebidos no seu local de estudo? Você tinha dificuldades no seu local de estudo?

0) Ausente 1) Presente

C2. TRABALHO

Esses sintomas eram percebidos no seu local de trabalho? Você tinha problemas no trabalho?

0) Ausente 1) Presente

C3. CASA

Esses sintomas eram percebidos em casa? Você tinha problemas em casa?

0) Ausente 1) Presente

CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO

1) Idade de início entre os 7 anos e os 12 anos de idade;

0) Ausentes 1) Presentes

2) Seis (ou mais) dos sintomas de desatenção (A1 a A9)

0) Ausentes 1) Presentes

OU/E

3) Seis (ou mais) dos sintomas de Hiperatividade/Impulsividade (B1 a B9).

0) Ausentes 1) Presentes

4) prejuízo em dois ou mais contextos;

0) Ausentes 1) Presentes

Diagnóstico TDAHA

0) Ausente 1) Sublimiar 2) Presente

Diagnóstico Subtipo

- 1) Desatento 2) Hiperativo 3) Combinado

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE
K-SADS – Folha de resposta - (DSM-IV)
– PASSADO -

Nome do paciente:

Número:

A) DESATENÇÃO

A1. 0)Ausente 1) Presente

A2. 0)Ausente 1) Presente

A3. 0)Ausente 1) Presente

A4. 0)Ausente 1) Presente

A5. 0)Ausente 1) Presente

A6 0)Ausente 1) Presente

A7 0)Ausente 1) Presente

A8. 0)Ausente 1) Presente

A9. 0)Ausente 1) Presente

B) HIPERATIVIDADE

B1 0)Ausente 1) Presente

B2. 0)Ausente 1) Presente

B3. 0)Ausente 1) Presente

B4. 0)Ausente 1) Presente

IMPULSIVIDADE

B5. 0) Ausente 1) Presente

0) Ausentes 1) Presentes

B6. 0) Ausente 1) Presente

2) Seis (ou mais) dos sintomas de desatenção (A1 a A9) 0) Ausentes 1) Presentes

B7. 0) Ausente 1) Presente

OU/E

B8. 0) Ausente 1) Presente

3) Seis (ou mais) dos sintomas de Hiperatividade/Impulsividade (B1 a B9).

0) Ausentes 1) Presentes

B9. 0) Ausente 1) Presente

4) prejuízo em dois ou mais contextos;

C. CONTEXTOS

C1. 0) Ausente 1) Presente

0) Ausentes 1) Presentes

Diagnóstico TDAHA

C2. 0) Ausente 1) Presente

0) Ausente 1) Sublimiar 2) Presente

Diagnóstico Subtipo

C3. 0) Ausente 1) Presente

1) Desatento

CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO

1) Idade de início antes os 7 anos e os 12 anos de idade;

2) Hiperativo

3) Combinado

TRANSTORNO OPOSICIONAL DESAFIANTE

PACIENTE:**NÚMERO:****1) FREQUENTEMENTE PERDE A PACIÊNCIA**

Ele/ela muitas vezes perde a paciência?

Descontrole quando contrariado?

PASSADO 0) Ausente 1) Presente **ATUAL** 0) Ausente 1) Presente**2) FREQUENTEMENTE DISCUTE**

Ele/ela frequentemente discute muito com outras pessoas?

PASSADO 0) Ausente 1) Presente **ATUAL** 0) Ausente 1) Presente**3) RECUSA-SE A OBEDECER A PEDIDOS**

Ele/ela recusa-se a fazer as coisas (p.ex. tarefas) que terceiros lhe solicitem?

Ele/ela desobedece ou tem dificuldades de seguir as regras?

PASSADO 0) Ausente 1) Presente **ATUAL** 0) Ausente 1) Presente**4) ABORRECE OS OUTROS PROPOCITALMENTE**

Ele/ela faz as coisas para aborrecer propositalmente a terceiros?

PASSADO 0) Ausente 1) Presente **ATUAL** 0) Ausente 1) Presente**5) FREQUENTEMENTE CULPA OS OUTROS**

Ele/ela frequentemente culpa os outros pelos seus erros?

PASSADO 0) Ausente 1) Presente **ATUAL** 0) Ausente 1) Presente**6) FACILMETE ABORRECIDO PELOS OUTROS**

É fácil deixar ele/ela aborrecido(a) ou zangado? Frequentemente?

Mesmo por fatos que parecem sem importância?

PASSADO 0)Ausente 1) Presente **ATUAL** 0)Ausente 1) Presente

7) FREQÜENTEMENTE ZANGADO OU MELINDRADO

Ele/ela fica muitas vezes zangado(a) ou melindrado(a)?

PASSADO 0)Ausente 1) Presente **ATUAL** 0)Ausente 1) Presente

8) MALVADO E VINGATIVO

Ele/ela é malvado(a) ou vingativo(a)/

Ele/ela tenta tirar satisfação freqüentemente com os outros?

PASSADO 0)Ausente 1) Presente **ATUAL** 0)Ausente 1) Presente

PARA PREENCHER OS CRITÉRIOS 4 DOS SINTOMAS ACIMA DEVEM SER POSITIVOS.

PASSADO 0)Ausente 1) Presente **ATUAL** 0)Ausente 1) Presente

OBS: 1) Os sintomas devem ocorrer mais que nas outras pessoas 2) causar prejuízo social, acadêmico ou ocupacional 3) O transtorno não deve ocorrer no transcurso de um Transtorno psicótico ou do humor 4) O paciente não deve preencher os critérios para personalidade Anti-social

M.I.N.I

SEÇÃO TRANSTORNO DE CONDUTA E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL

NOME: _____ Nº: _____

TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL

1 Antes dos 15 anos:

- a. Frequentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa? **NÃO SIM**
- b. Frequentemente mentiu, passou a perna! enganou os outros ou roubou? **NÃO SIM**
- e. Brutalizou, ameaçou ou intimidou os outros? **NÃO SIM**
- d. Destruiu ou incendiou coisas porque quis? **NÃO SIM**
- e. Fez sofrer animais ou pessoas porque quis? **NÃO SIM**
- f. Forçou alguém a ter relações sexuais com você? **NÃO SIM**



HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM P1? NÃO SIM

2 NÃO COTAR "SIM" AS RESPOSTAS ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

Depois dos 15 anos:

- a. Frequentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para assegurar o mínimo necessário? **NAO SIM**
- b. Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime? **NÃO SIM**
- c. Frequentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos? **NÃO SIM**
- d. Frequentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir? **NÃO SIM**
- e. Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas? **NÃO SIM**
- f. Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia? **NÃO SIM**

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM 2?

<p>NÃO SIM TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI- SOCIAL VIDA INTEIRA</p>

PROTOCOLO DE DADOS DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
SERVIÇO DE PSIQUIATRIA
AMBULATÓRIO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM ADULTOS

DADOS DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Tel: (____ - ____ - ____)

Endereço: _____

Paciente nº: _____ Prontuário: _____ Data da 1ª consulta < / / > (dd/mm/aa)

Sexo (0 = feminino, 1 = masculino) Nascimento ____/____/____ <d/m/a> Idade _____

Nacionalidade: (0 = Brasileira; 1 = Estrangeira) Especifique local: _____

Etnia (0 = européia, 1 = africana, 2 = asiático; 3 = ameríndia; 4 = mestiço) Especifique: _____

Cor (0 = branca, 1 = negra, 2 = parda, 3 = outra) Se outra, especifique _____

Situação Conjugal (0 = solteiro, 1 = casado/marital, 2 = separado/divorc; 3 = viúvo)

Ocupação (0 = estudante; 1 = c/ocup; 2 = s/ocup (não aposentado); 3 = do lar; 4 = aposentado; 5 = aposentado por doença; 6 = Estudante c/ ocup) Especificar: _____

Renda Individual (0 = não; 1 = sim) Número de salários mínimos (____)

Renda Familiar em salários mínimos: (____)

NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO

ITEM	Não tem	1	2	3	4	5	6 ou +
TV	0	2	4	6	8	10	12
Rádio	0	1	2	3	4	5	6
Banheiro	0	2	4	6	8	10	12
Carro	0	4	8	12	16	16	16
Empregada	0	6	12	18	24	24	24
Telefone	0	5	5	5	5	5	5
Geladeira	0	2	2	2	2	2	2

INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA	
	Pontos
Analfabeto/Primário incompleto	0
Primário completo/Ginasial incompleto	1
Ginasial completo/Colegial incompleto	3
Colegial completo/Superior incompleto	5
Superior completo	10

Classe A [35 ou + pontos] (1) Classe D [5-9 pontos] (4)

Classe B [21-34 pontos] (2) Classe E [0-4 pontos] (5)

Classe C [10-20 pontos] (3)

Escolaridade (0 = analf; 1 = 1º G inc.; 2 = 1º G compl.; 3 = 2º G inc.; 4 = 2º G compl.; 5 = 3º G inc.; 6 = 3º G compl.; 7 = Pós-graduação inc.; 8 = Pós-graduação compl.)

Nº de anos de estudos – **não computar anos de repetência** – (____)

Procedência (0 = POA; 1 = GPOA; 2 = Interior RS; 3 = fora do RS; 4 = estrangeiro)

DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

Gravidez complicada? (0 = não; 1 = sim, 2 = n.s.)

Uso de substâncias psicoativas durante a gravidez? (0= não; 1 = sim, 2 = n.s.)

Especifique: () álcool () tabaco () cocaína () maconha () BZD () anfetamínicos

Parto complicado? (0 = não; 1 = sim, 2 = n.s.)

Convulsões na infância? (0 = não; 1 = sim, 2 = n.s.)

Infecções do SNC? (0 = não; 1 = sim, 2 = n.s.)

Indícios de história Infecções trato respiratório (streptococo)? (0 = não; 1 = sim, 2 = n.s.)

História de TCE? (0 = não; 1 = sim, 2 = n.s.)

Fraturas ósseas? (0 = não; 1 = sim, 2 = n.s.) Quantas: _____

Outras doenças? (0 = não; 1 = sim, 2 = n.s.) Se sim, quais? _____

HISTÓRIA FAMILIAR

Doenças psiquiátricas (0 = não; 1 = sim, 2 = n.s.) quais? (anote na tabela)

Obs: indicar quantos filhos e irmãos acometidos sobre o total deles.

NÚMERO DE FILHOS: _____ NÚMERO DE IRMÃOS: _____

	filhos	Irmãos	mãe	Pai
1.TDAH				
2.Aprendizado				
3.RM				
4.Psicoses				
5.THB				
6.DM				
7.Suicídio				
8.Ansiedade				
9.Tic/Tourette				
10.Álcool				
11.Substâncias				
12.Internações psiquiátricas				
13Epilepsia				

PERFIL PSICOSSOCIAL

Problemas de aquisição da fala e da linguagem (0 = não; 1 = sim, 2 = n.s.) Especifique: _____

Atraso na aquisição da marcha: (0 = não; 1 = sim, 2 = n.s.)

Atraso no controle dos esfíncteres: (0 = não; 1 = sim, 2 = n.s.) Especifique: _____

Alterações de motricidade fina (0 = não; 1 = sim, 2 = n.s.)

Problema com matéria específica? (0 = não; 1 = sim) Quais? _____

Repetência escolar? (0 = não; 1 = sim) Quantas? _____

Problema com autoridade ou disciplina (0 = não; 1 = sim)

Suspensões? (0 = não ; 1 =sim) Quantas? _____

Expulsões? (0 = não; 1 = sim)Quantas? _____

Problemas com a lei/polícia? (0 = não; 1 = sim)Especifique: _____

Sofreu acidente de trânsito? (0 = não; 1 = sim) QUANTOS: _____

Uso de nicotina (0 = não; 1 = sim) nº de cigarros/d: _____; período de uso: _____(ANOS)

PERFIL CLÍNICO

Tipo de TDAH segundo DSM-IV: (0 = nenhum; 1 = desatento; 2 = hiperativo; 3 = misto)

Diagnostico (código do DSM-IV - aplicar mais de um código, hierarquicamente, se comorbidade)

[__ __ __. __ __]; [__ __ __. __ __]; [__ __ __. __ __]

Data do diagnostico < / / > (dd / mm / aa)

Tratamento psiquiátrico prévio (0 = não; 1 = sim)

Idade do primeiro tratamento com Psiquiatra ou Neurologista (__ __)
(SE NÃO TIVER TTO ANTERIOR, ANOTAR IDADE ATUAL)

Idade do diagnóstico de Déficit de Atenção, Disritmia, Lesão cerebral Mínima (__ __)
(SE NÃO TIVER DIAGNÓSTICO ANTERIOR, ANOTAR IDADE ATUAL)

Tratamento farmacológico prévio (0 = não; 1 = sim)

FÁRMACO Cronológico						
Dose (mg/d)						
Datas início e fim de uso						
Dosagem sérica (s/n)						
Efeitos colateraisS/N						

Observações						
-------------	--	--	--	--	--	--

Tratamento psicoterápico prévio (0 = não; 1 = sim)

Especificar tipo (0 = psicod; 1 = cogn-comp; 2 = comp; 3 = grupo; 4 = outro)

EXAMES LABORATORIAIS

	Hb	Htc	Leu	Ur	Crea	TGO	TGP	BiT	BI	T4	TSH	EEG	TCC	SPECT	HIV
NSA															
S/ alt															
Alterado															

NSA: não se aplica.

TESTES PSICOMÉTRICOS

QIT (total) _____; QIV (verbal) _____; QIE (execução) _____;
 SPANP (Palavras) _____; SPAND (dígitos) _____; Stroop _____; Wisconsin: _____;
 Outros: _____.

PROCEDIMENTOS PROPOSTOS

Tratamento farmacológico:

FÁRMACO						
Dose						
Data de início						
Tempo de uso proposto						
Dosagem sérica						
Efeitos colaterais S/N						
Observações						

Tratamento psicoterápico (0 = não; 1 = sim)

Especificar tipo (0 = psicod; 1 = cogn-comp; 2 = comp; 3 = grupo; 4 = psicoeducativo; 5 = outro)

FOLHAS DE RESPOSTAS DO SCID-I-R

Ambulatório de Déficit de Atenção/Hiperatividade no Adulto HCPA/UFRGS

SCID I – IV
Folhas de Respostas

Nome do Paciente:

Número:

TRANSTORNOS
DO HUMOR

A.1
Episódio
do Humor

A

1) 0 1

2) 0 1

3) 0 1

4) 0 1

5) 0 1

6) 0 1

7) 0 1

8) 0 1

9) 0 1

Diagnóstico 0 1

B) 0 1

C) 0 1

D) 0 1

Diagnóstico 0 1

**A.8 características
melancólicas**

A)

1) 0 1

2) 0 1

B)

1) 0 1

2) 0 1

3) 0 1

4) 0 1

5) 0 1

6) 0 1

Diagnóstico 0 1

Diagnóstico 0 1

**A.10
Características
Atípicas**

A) 0 1

B)

1) 0 1

2) 0 1

3) 0 1

4) 0 1

Diagnóstico 0 1

C) 0 1

Diagnóstico 0 1

**A.12
Episódio
Depressivo Maior
Passado**

1) 0 1

2) 0 1

3) 0 1

4) 0 1	D 0 1	4) 0 1	A.38
5) 0 1	Diagnóstico 0 1	5) 0 1	Transtorno
6) 0 1	A. 24	6) 0 1	Distímico
7) 0 1	Episódio	7) 0 1	A) 0 1
8) 0 1	Hipomaníaco	Diagnóstico 0 1	B)
9) 0 1	A) 0 1	C 0 1	1) 0 1
Diagnóstico 0 1	B)	D 0 1	2) 0 1
B 0 1	1) 0 1	Diagnóstico 0 1	3) 0 1
C 0 1	2) 0 1	A.33	4) 0 1
D 0 1	3) 0 1	Episódio	5) 0 1
<u>Diagnóstico 0 1</u>	4) 0 1	Hipomaníaco	6) 0 1
A.18	5) 0 1	Passado	Diagnóstico 0 1
Episódio Maníaco	6) 0 1	A) 0 1	C) 0 1
A)	7) 0 1	B)	D) 0 1
1) 0 1	Diagnóstico 0 1	1) 0 1	E) 0 1
2) 0 1	C) 0 1	2) 0 1	F) 0 1
<i>Diagnóstico 0 1</i>	D) 0 1	3) 0 1	G) 0 1
B)	E) 0 1	4) 0 1	H) 0 1
1) 0 1	F) 0 1	5) 0 1	Diagnóstico 0 1
2) 0 1	Diagnóstico 0 1	6) 0 1	A.42
3) 0 1	A. 28	7) 0 1	Características
4) 0 1	Episódio Maníaco	Diagnóstico 0 1	Atípicas
5) 0 1	Passado	C) 0 1	A) 0 1
6) 0 1	A)	D) 0 1	B)
7) 0 1	1) 0 1	E) 0 1	1) 0 1
Diagnóstico 0 1	2) 0 1	F) 0 1	2) 0 1
C 0 1	B)	Diagnóstico 0 1	3) 0 1
	1) 0 1		4) 0 1
	2) 0 1		<i>Diagnóstico 0 1</i>
	3) 0 1		

Diagnóstico 0 1	A) 0 1	Se B) igual a 1	4
A.43 Transtorno do Humor devido a Condição Médica Geral	B) 0 1	1	5
	C) 0 1	2	6
	<u>Diagnóstico 0 1</u>	3	<u>Diagnóstico 0 1</u>
A	D. 2	4	D.10A Humor Diferencial
1) 0 1	Critérios para Transtorno bipolar II	D.6 Critérios para Transtorno Depressivo Maior	A) 0 1
2) 0 1			B) _ _ _
B) 0 1	A) 0 1	A) 0 1	D. 10B Se transtorno Bipolar
C) 0 1	B) 0 1	B) 0 1	6
D) 0 1	C) 0 1	C) 0 1	7
<u>Diagnóstico 0 1</u>	D) 0 1	Se C) igual a 1	<i>Diagnóstico 0 1</i>
1	<u>Diagnóstico 0 1</u>	1	Se ã 6 ou 7
2		2	Idade de inicio_
3	D.3		_ anos
4	Ciclagem Rápida	D.7	D. 10C Se transtorno Unipolar
	A) 0 1	Padrão Sazonal	6
A.45 Transtorno do Humor induzido por Substâncias	D.4	A) 0 1	7
	Padrão Sazonal	B) 0 1	Se ã 6 ou 7
A		C) 0 1	Idade de inicio_
1) 0 1	A) 0 1	D) 0 1	_ anos
2) 0 1	B) 0 1	D.8 Transtorno Depressivo SOE	D.11A Se episódio recente Maníaco
B) 0 1	C) 0 1	A) 0 1	1
C) 0 1	D) 0 1	B) 0 1	2
D) 0 1	Diagnóstico 0 1		3
E) 0 1	D.5 Outros Transtornos Bipolares		4
<u>Diagnóstico 0 1</u>	A) 0 1	1	
D.1 Critérios para Transtorno bipolar I	B) 0 1	2	
	Diagnóstico 0 1	3	

5	1	dependência de Álcool	22) <u>Diagnóstico 0 1</u>
	2	E)	23) 0 1
Se nenhum dos anteriores		1) 0 1	24) 0 1
Idade de início __ __ anos	<u>TRANSTORNO S PSICÓTICOS</u>	<i>Diagnóstico 0 1</i>	25) 0 1
D.11B Se episódio recente Misto	B. Sintomas Psicóticos Associados	2) 0 1	26) 0 1
1	B	3) 0 1	27) 0 1
2	1) 0 1	4) 0 1	28) 0 1
3	2) 0 1	5) 0 1	29) 0 1
4	3) 0 1	6) 0 1	30) 0 1
5	4) 0 1	7) 0 1	31) <u>Diagnóstico 0 1</u>
Se nenhum dos anteriores	5) 0 1	8) 0 1	32) <u>Diagnóstico 0 1</u>
Idade de início __ __ anos	6) 0 1	9) 0 1	<u>TRANSTORNOS DE ANSIEDADE</u>
D.11C Se episódio recente depressivo	7) 0 1	10) 0 1	F.1 Transtorno do Pânico
1	8) 0 1	11) 0 1	A)
2	9) 0 1	12) 0 1	1) 0 1
3	10) 0 1	13) 0 1	2) 0 1
4	11) 0 1	14) 0 1	B) 0 1
5	12) 0 1	15) <u>Diagnóstico 0 1</u>	1) 0 1
Se nenhum dos anteriores	13) 0 1	16) <u>Diagnóstico 0 1</u>	2) 0 1
Idade de início __ __ anos	14) 0 1	E. Transtorno do uso, abuso e dependência de outras Substâncias	3) 0 1
D.12 Curso longitudinal	15) 0 1	17) 0 1	4) 0 1
	Diagnóstico 0 1	18) 0 1	5) 0 1
	<u>TRANSTORNO S USO DE SUBSTÂNCIAS</u>	19) 0 1	6) 0 1
	E. Transtorno do uso, abuso e	20) 0 1	7) 0 1
		21) 0 1	8) 0 1

9) 0 1

10) 0 1

11) 0 1

12) 0 1

13) 0 1

Diagnóstico 0 1

C) 0 1

D) 0 1

Diagnóstico 0 1

F.4 Transtorno do Pânico com Agorafobia

A)

1) 0 1

2) 0 1

3) 0 1

Diagnóstico 0 1

F.6 Cronologia do Transtorno do Pânico

Gravidade atual

1

2

3

Remissão

4

5

6

Tempo último ataque ___ ___ ___ meses

Idade de início ___ ___ anos

F.7 Agorafobia sem Transtorno do Pânico

A)

1) 0 1

2) 0 1

3) 0 1

Diagnóstico 0 1

B) 0 1

C) 0 1

Diagnóstico 0 1

F.10 Cronologia da Agorafobia sem Pânico

Gravidade atual

1

2

3

Remissão

4

5

6

Tempo último ataque ___ ___ ___ meses

Idade de início ___ ___ anos

F.11 Fobia Social

A) 0 1

B) 0 1

C) 0 1

D) 0 1

E) 0 1

F) 0 1

G) 0 1

H) 0 1

I) 0 1

Diagnóstico 0 1

F.15 Cronologia da Fobia Social

Gravidade atual

1

2

3

Remissão

4

5

6

Tempo último ataque ___ ___ ___ meses

Idade de início ___ ___ anos

F.16 Fobia Específica

A) 0 1

B) 0 1

C) 0 1

D) 0 1

E) 0 1

F) 0 1

G) 0 1

Diagnóstico 0 1

F.15 Cronologia da Fobia Específica

Gravidade atual

1

2

3

Remissão

4

5

6

Tempo último ataque ___ ___ ___ meses

Idade de início ___ ___ anos

F. 20 Transtorno Obsessivo-Compulsivo

A

1) 0 1

2) 0 1

3) 0 1

4) 0 1

B

1) 0 1

2) 0 1

C) 0 1

D) 0 1

E) 0 1

F) 0 1

Diagnóstico 0 1

F.24 Cronologia do TOC	3) 0 1	Tempo último ataque ___ ___ ___ meses	3
Gravidade atual	4) 0 1		Idade de início ___ ___ anos
1	5) 0 1	Idade de início ___ ___ anos	F.36 Transtornos de Ansiedade devido a Condição Médica Geral
2	6) 0 1	F.31 Transtorno de Ansiedade Generalizada	
3	7) 0 1		
Remissão	Diagnóstico 0 1		
4	D)		
5	1) 0 1	A) 0 1	A) 0 1
6	2) 0 1	B) 0 1	B) 0 1
Tempo último ataque ___ ___ ___ meses	3) 0 1	C) 0 1	C) 0 1
Idade de início ___ ___ anos	4) 0 1	D)	
	5) 0 1	1) 0 1	<u>Diagnóstico 0 1</u>
F.25 Transtorno do estresse Pós-Traumático	Diagnóstico 0 1	2) 0 1	Se 1
A)	E) 0 1	3) 0 1	1
1) 0 1	F) 0 1	4) 0 1	2
2) 0 1	<u>Diagnóstico 0 1</u>	5) 0 1	3
B)	F.30 Cronologia do TEPT	6) 0 1	F.38 Transtornos de Ansiedade Induzido por Substância
1) 0 1	Gravidade atual	Diagnóstico 0 1	
2) 0 1	1	E) 0 1	
3) 0 1	2	F) 0 1	A) 0 1
4) 0 1	3	G) 0 1	B) 0 1
5) 0 1	Remissão	<i>Diagnóstico 0 1</i>	C) 0 1
Diagnóstico 0 1	4	F.35 Cronologia do TAG	D) 0 1
C)	5	Gravidade atual	<u>Diagnóstico 0 1</u>
1) 0 1	6	1	F.40 Transtorno de Ansiedade SOE
2) 0 1		2	

- A) 0 1
 B) 0 1
 C)
 1
 2
 3
 4

Diagnóstico 0 1**TRANSTORNOS
SOMATOFORMES****G.1 Transtorno****Somatoforme**

- A) 0 1
 B)
 B.1)
 A) 0 1
 B) 0 1
 C) 0 1
 D) 0 1
 E) 0 1
 F) 0 1
 G) 0 1
 H) 0 1
 I) 0 1
 J) 0 1
 K) 0 1

- L) 0 1
Diagnóstico 0 1

- B.2)
 A) 0 1
 B) 0 1
 C) 0 1
 D) 0 1
 E) 0 1
 F) 0 1
 G) 0 1
 H) 0 1
 I) 0 1

Diagnóstico 0 1

- B.3)
 A) 0 1
 B) 0 1
 C) 0 1
 D) 0 1
 E) 0 1

Diagnóstico 0 1

- B.4)
 A) 0 1
 B) 0 1
 C) 0 1
 D) 0 1
 E) 0 1

*Diagnóstico 0 1***Diagnóstico 0 1****G.7 Transtorno de
Dor Crônica**

- A) 0 1
 B) 0 1
 C) 0 1
 D) 0 1

Diagnóstico 0 1

Idade de início ___
 ___ anos

- 1
 2

G.8 Transtorno**Somatoforme****Indiferenciado**

- A) 0 1
 B)
 1) 0 1
 2) 0 1
 C) 0 1
 D) 0 1
 Idade de início ___
 ___ anos
 E) 0 1
 F) 0 1

Diagnóstico 0 1**G.10 Hipocondria**

- A) 0 1
 B) 0 1
 C) 0 1
 D) 0 1
 E) 0 1

Idade de início ___
 ___ anos

- F) 0 1

Diagnóstico 0 1**G.12 Transtorno
Dismórfico do
Corpo**

- A) 0 1
 B) 0 1
 C) 0 1

Diagnóstico 0 1**TRANSTORNOS
ALIMENTARES****H1. Anorexia
Nervosa**

- A) 0 1
 B) 0 1
 C) 0 1
 D) 0 1

Diagnóstico 0 1**Diagnóstico 0 1****H.3 Cronologia da
Anorexia Nervosa**

Gravidade atual

1			3) 0 1
2	5	6	4) 0 1
3	6	Tempo último ataque ___ ___ ___ meses	B) 0 1
Remissão	Tempo último ataque ___ ___ ___ meses	Idade de início ___ ___ anos	C) 0 1
4			D) 0 1
5	Idade de início ___ ___ anos	J.1 Transtorno do Estresse Agudo	Diagnóstico 0 1
6	H.7 Transtorno do Comer Compulsivo	A)	J.5 Transtorno Misto Ansioso- Depressivo
Tempo último ataque ___ ___ ___ meses	A)	1) 0 1	A) 0 1
Idade de início ___ ___ anos	1) 0 1	2) 0 1	B)
H.4 Bulimia Nervosa	2) 0 1	3) 0 1	1) 0 1
A)	3) 0 1	4) 0 1	2) 0 1
1) 0 1	4) 0 1	5) 0 1	3) 0 1
2) 0 1	5) 0 1	Diagnóstico 0 1	4) 0 1
B) 0 1	Diagnóstico 0 1	B) 0 1	5) 0 1
C) 0 1	B) 0 1	C) 0 1	6) 0 1
D) 0 1	C) 0 1	D) 0 1	7) 0 1
E) 0 1	D) 0 1	Diagnóstico 0 1	8) 0 1
Diagnóstico 0 1	Diagnóstico 0 1	J.2 Cronologia do Estresse Agudo	9) 0 1
Diagnóstico 0 1	H.9 Cronologia do Transtorno do Comer Compulsivo	A) 0 1	10) 0 1
H.6 Cronologia da Bulimia Nervosa	Gravidade atual	Tempo último ataque ___ ___ ___ meses	<i>Diagnóstico 0 1</i>
Gravidade atual	1		C) 0 1
1	2	J.3 Transtorno Depressivo Menor	D) 0 1
2	3	A)	E) 0 1
3	Remissão	1) 0 1	Diagnóstico 0 1
Remissão	4	2) 0 1	
4	5		

MTA - SNAP-IV

Nome do Paciente: _____ Número: _____

Para cada item escolha a coluna que melhor descreve você:

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

ESCALAS AUTO APLICADAS DE BARKLEY

Escala de sintomas atuais – questionário pessoal

Nome _____ Número _____ Data ____/____/____

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

Itens	Nunca ou raramente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
1. Não consigo dar a devida atenção a detalhes ou cometo enganos por descuidos no meu trabalho	0	1	2	3
2. Sou inquieto com as mãos, os pés ou quando sentado	0	1	2	3
3. Tenho dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer	0	1	2	3
4. Levanto-me de minha cadeira em situações em que se espera que fique sentado	0	1	2	3
5. Não presto atenção quando se dirigem a mim	0	1	2	3
6. Sinto-me inquieto	0	1	2	3
7. Não sigo instruções e não concluo tarefas	0	1	2	3
8. Tenho dificuldade em me envolver em atividades de lazer em silêncio	0	1	2	3
9. Tenho dificuldade em organizar atividades e tarefas	0	1	2	3
10. Sinto-me "ligado na tomada" ou "movido a jato"	0	1	2	3
11. Evito, não gosto, ou reluto em fazer trabalhos que exigem esforço mental prolongado	0	1	2	3
12. Falo demais	0	1	2	3
13. Perco coisas necessárias para tarefas e atividades	0	1	2	3
14. Respondo perguntas antes que sejam completadas	0	1	2	3
15. Distraio-me facilmente	0	1	2	3
16. Tenho dificuldade em esperar a minha vez	0	1	2	3
17. Sou esquecido nas atividades cotidianas	0	1	2	3
18. Interrompo os outros e sou intrometido	0	1	2	3

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

Em que extensão estes problemas que você acabou de assinalar interferem em sua capacidade nas seguintes áreas:

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

8. Condução de veículos	0	1	2	3
9. Lazer	0	1	2	3
10. Responsabilidades diárias	0	1	2	3

Instruções: circule o número que melhor descreve seu comportamento ***nos últimos 6 meses.***

Comportamentos	Nunca ou raramente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
1. Perco as estribeiras	0	1	2	3
2. Discutir	0	1	2	3
3. Sou desafiador ou me recuso a seguir regras	0	1	2	3
4. Deliberadamente irrito os outros	0	1	2	3
5. Culpo aos outros pelos meus erros ou maus comportamentos	0	1	2	3
6. Os outros irritam-me facilmente	0	1	2	3
7. Sou irritado e ressentido	0	1	2	3
8. Sou rancoroso ou vingativo	0	1	2	3

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

Nome _____ Data ___/___/___

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

Itens	Nunca ou raramente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
1. Não conseguia manter atenção firme a detalhes ou cometia enganos por descuido nos estudos	0	1	2	3
2. Era inquieto com mãos, pés ou ao sentar-me	0	1	2	3
3. Tinha dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer	0	1	2	3
4. Levantava-me de minha cadeira em situações em que se esperava que ficasse sentado	0	1	2	3
5. Não ouvia quando se dirigiam a mim	0	1	2	3
6. Sentia-me inquieto	0	1	2	3
7. Não seguia instruções e não concluía tarefas	0	1	2	3
8. Tinha dificuldade em me manter em silêncio nas atividades de lazer	0	1	2	3
9. Tinha dificuldade para me organizar em atividades e tarefas	0	1	2	3
10. Sentia-me "ligado na tomada" ou "movido a jato"	0	1	2	3
11. Evitava, não gostava, ou relutava em fazer trabalhos que exigiam esforço mental prolongado	0	1	2	3

12. Falava demais	0	1	2	3
13. Perdia objetos necessários para realizar tarefas e atividades	0	1	2	3
14. Respondia a perguntas antes que fossem completadas	0	1	2	3
15. Distraía-me facilmente	0	1	2	3
16. Tinha dificuldade em esperar a minha vez	0	1	2	3
17. Era esquecido para realizar atividades cotidianas	0	1	2	3
18. Interrompia e era intrometido com os outros	0	1	2	3

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

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

Instruções: circule o número que melhor descreve seu comportamento **quando você tinha de 5 a 12 anos**

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

Escala de sintomas atuais

Questionário preenchido por familiar ou pessoa íntima

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

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

durante os últimos 6 meses.

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

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

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

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

Instruções: circule o número que melhor descreve o comportamento
do paciente nos últimos 6 meses

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

escala de sintomas na infância (5 a 12 anos)

questionário preenchido por familiar ou pessoa íntima

Nome _____ Data ___/___/_____

Identificação do informante _____

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

dos 5 aos 12 anos.

Itens	Nunca ou raramente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
1. Não conseguia manter atenção firme a detalhes ou cometia enganos por descuido nos estudos	0	1	2	3
2. Era inquieto com mãos, pés ou ao sentar-se	0	1	2	3
3. Tinha dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer	0	1	2	3
4. Levantava-se de sua cadeira em situações em que se esperava que ficasse sentado	0	1	2	3
5. Não prestava a atenção quando lhe dirigiam a palavra	0	1	2	3
6. Era inquieto	0	1	2	3
7. Não seguia instruções e não concluía tarefas	0	1	2	3
8. Tinha dificuldade em se manter em silêncio nas atividades de lazer	0	1	2	3
9. Tinha dificuldade para se organizar em atividades e tarefas	0	1	2	3

10. Parecia "ligado na tomada" ou "movido a jato"	0	1	2	3
11. Evitava, não gostava, ou relutava em fazer trabalhos que exigiam esforço mental prolongado	0	1	2	3
12. Falava demais	0	1	2	3
13. Perdia objetos necessários para realizar tarefas e atividades	0	1	2	3
14. Respondia a perguntas antes que fossem completadas	0	1	2	3
15. Distraia-se facilmente	0	1	2	3
16. Tinha dificuldade em esperar sua vez	0	1	2	3
17. Era esquecido para realizar atividades cotidianas	0	1	2	3
18. Interrompia e era intrometido com os outros	0	1	2	3

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

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

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

Instruções: circule o número que melhor descreve o comportamento
quando o paciente tinha de 5 a 12 anos

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

Instruções: Por favor, indique se o paciente apresentava alguma das seguintes características
entre os 5 e 18 anos

1. Freqüentemente provocava, ameaçava ou intimidava os outros	Não	Sim
---	-----	-----

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

TCI
TEMPERAMENT AND CHARACTER INVENTORY

INVENTÁRIO DE TEMPERAMENTO E CARÁTER

Neste encarte, você encontrará afirmações que as pessoas usam para descrever suas ações, opiniões, interesses e outros sentimentos pessoais.

Cada afirmação pode ser respondida com VERDADEIRO ou FALSO. Leia as afirmações e decida qual alternativa descreve melhor você.

Tente descrever como você NORMALMENTE ou GERALMENTE age e sente e não apenas como você está se sentindo exatamente agora.

Nós pedimos que você preencha este questionário à caneta. Quando você tiver terminado, por favor, devolva o encarte.

COMO RESPONDER AO QUESTIONÁRIO

- Para responder cada questão, basta assinalar o círculo correspondente à letra V, que significa VERDADEIRO, ou à letra F, que significa FALSO, no número correspondente à questão.
- Leia cada frase com atenção, mas não perca tempo demais para decidir a resposta.
- Responda a TODAS as questões, mesmo que você não tenha certeza se a resposta melhor é VERDADEIRO ou FALSO.
- Lembre-se: não há respostas certas ou erradas – apenas descreva suas opiniões pessoais e sentimentos.

QUESTÕES	Verdadeiro	Falso
1. Muitas vezes, tento coisas novas apenas por divertimento ou emoção, mesmo que a maioria das pessoas ache isso uma perda de tempo.		
2. Em geral, confio em que tudo dará certo, mesmo em situações que deixem muitas pessoas preocupadas		
3. Muitas vezes, fico profundamente comovido(a) por uma fala delicada ou por uma poesia.		
4. Muitas vezes, sinto que sou vítima das circunstâncias.		
5. Geralmente, consigo aceitar as pessoas como elas são, mesmo quando elas são muito diferentes de mim.		
6. Acredito que milagres aconteçam.		
7. Gosto de me vingar de quem me agride.		
8. Muitas vezes, quando estou concentrado(a) em alguma coisa, perco a noção da passagem do tempo.		
9. Frequentemente, sinto que minha vida tem pouco objetivo ou significado		
10. Gosto de ajudar a encontrar soluções para problemas para que todo mundo possa seguir em frente.		
11. Eu, provavelmente, conseguiria realizar mais do que faço, mas não vejo finalidade para me esforçar mais do que o necessário para ir levando.		

12. Muitas vezes, sinto-me tenso(a) e preocupado(a) em situações novas, mesmo quando os outros acham que há pouco com o que se preocupar.
13. Muitas vezes, faço as coisas baseado(a) em como me sinto no momento, sem pensar em como elas eram feitas no passado.
14. Geralmente, faço as coisas à minha maneira – ao contrário de ceder às vontades das outras pessoas.
15. Muitas vezes, sinto-me tão ligado(a) às pessoas ao meu redor que é como se não houvesse separação entre nós.
16. Em geral, não gosto de pessoas que tenham idéias diferentes de mim.
17. Na maioria das situações, minhas reações naturais são baseadas em bons hábitos que eu tenha desenvolvido.
18. Eu faria praticamente qualquer coisa dentro da lei para me tornar rico(a) e famoso(a), mesmo que perdesse a confiança de muitos dos velhos amigos.
19. Sou muito mais reservado(a) e controlado(a) que a maioria das pessoas.
20. Com freqüência, tenho que parar o que estou fazendo porque começo a me preocupar sobre o que pode estar errado.
21. Gosto de discutir abertamente minhas experiências e sentimentos com meus amigos ao invés de guardá-los comigo.
22. Tenho menos energia e me canso mais rapidamente que a maioria das pessoas.
23. Muitas vezes, sou chamado(a) de “distraído(a)”, pois fico tão envolvido(a) no que estou fazendo que perco de vista todo o resto.
24. Raramente me sinto à vontade para escolher o que eu quero fazer.
25. Muitas vezes, levo em consideração os sentimentos dos outros tanto quanto os meus próprios
26. Na maior parte do tempo, eu preferiria fazer alguma coisa um pouco arriscada (como correr de automóvel em descidas muito altas e curvas fechadas) ao contrário de ficar quieto(a) e inativo(a) por algumas horas.
27. Muitas vezes, evito encontrar estranhos porque fico inseguro(a) com pessoas que não conheço.
28. Gosto de agradar os outros o tanto quanto posso.
29. Gosto muito mais das maneiras “antigas e comprovadas” de fazer as coisas do que experimentar maneiras “novas e melhoradas”.
30. Em geral, não sou capaz de fazer as coisas segundo a prioridade que elas têm para mim, devido à falta de tempo.

31. Frequentemente, faço coisas para ajudar a proteger animais e plantas da extinção.
32. Muitas vezes, gostaria de ser mais esperto(a) que todos os outros.
33. Fico satisfeito(a) ao ver meus inimigos sofrerem
34. Gosto de ser muito organizado(a) e, sempre que posso, estabelecer regras para as pessoas.
35. É difícil para mim manter os mesmos interesses por muito tempo porque minha atenção frequentemente se desloca para outras coisas.
36. Pela repetição de certas práticas, adquiri bons hábitos que são mais fortes que muitos impulsos momentâneos ou que a persuasão.
37. Em geral, sou tão determinado(a) que continuo a trabalhar muito depois de várias pessoas terem desistido.
38. Fico fascinado(a) por muitas coisas na vida que não podem ser explicadas cientificamente.
39. Tenho inúmeros maus hábitos que gostaria de poder superar.
40. Muitas vezes, espero que alguém providencie uma solução para meus problemas.
41. Com frequência, gasto dinheiro até “ficar liso(a)” ou então ficar cheio(a) de dívidas.
42. Acho que terei muita sorte no futuro.
43. Recupero-me mais devagar de pequenas doenças ou do estresse do que a maioria das pessoas.
44. Não me aborreceria de ficar sozinho(a) o tempo todo.
45. Muitas vezes, tenho lampejos inesperados da clareza de algo ou intuições enquanto estou descansando.
46. Não me importa muito se os outros gostam de mim ou da maneira como faço as coisas
47. Em geral, tento conseguir o que quero para mim mesmo(a), pois, de qualquer modo, não é possível satisfazer a todos.
48. Não tenho paciência com pessoas que não aceitam minhas opiniões.
49. Acho que não compreendo muito bem as pessoas.
50. Não é preciso ser desonesto(a) para ter sucesso nos negócios.
51. Algumas vezes, sinto-me tão ligado(a) à natureza que tudo parece fazer parte de um único organismo vivo.
52. Nas conversas me saio muito melhor ouvindo do que falando.
53. Perco a paciência mais depressa que a maioria das pessoas
54. Quando tenho que encontrar um grupo de estranhos, fico mais tímido(a) que a maioria das pessoas.

55. Sou mais sentimental que a maioria das pessoas.
56. Pareço ter um “sexto sentido” que, algumas vezes, me permite saber o que está para acontecer.
57. Quando alguém me machuca de alguma forma, geralmente tento revidar.
58. Minhas atitudes são, em grande parte, determinadas por influências fora do meu controle.
59. A cada dia procuro dar mais um passo em direção aos meus objetivos.
60. Muitas vezes, gostaria de ser mais forte do que todos os outros.
61. Gosto de pensar a respeito das coisas por um longo tempo antes de tomar uma decisão
62. Sou mais trabalhador(a) que muita gente.
63. Muitas vezes, preciso tirar um cochilo ou um período de descanso extra, pois me canso facilmente.
64. Gosto de ser útil aos outros.
65. Mesmo que exista algum problema temporário que eu precise resolver, sempre acho que tudo acabará bem.
66. É difícil para mim gostar de gastar dinheiro comigo, mesmo tendo economizado bastante.
67. Em geral, fico calmo(a) e seguro(a) em situações que, para muitas pessoas, representariam perigo físico.
68. Gosto de guardar meus problemas para mim mesmo(a)
69. Não me importo em discutir meus problemas pessoais com pessoas que conheci há pouco tempo ou superficialmente.
70. Gosto mais de ficar em casa do que viajar ou conhecer novos lugares.
71. Não acho que seja inteligente ajudar pessoas fracas que não podem ajudar a si mesmas.
72. Não consigo ficar com a consciência tranqüila se eu tratar outras pessoas injustamente, mesmo que sejam injustas comigo.
73. As pessoas geralmente me dizem como se sentem.
74. Muitas vezes, gostaria de ficar jovem para sempre.
75. Normalmente, fico mais aborrecido(a) pela perda de um grande amigo do que a maioria das pessoas.
76. Algumas vezes me senti como se fizesse parte de algo sem limites ou fronteiras no tempo e no espaço.
77. Algumas vezes sinto uma ligação espiritual com outras pessoas que não posso explicar em palavras.
78. Tento ser atencioso(a) aos sentimentos dos outros, mesmo que eles tenham sido injustos comigo no passado.
79. Gosto quando as pessoas podem fazer tudo o que querem sem regras rígidas ou regulamentos.

80. Provavelmente ficaria descontraído(a) e seguro(a) ao encontrar um grupo de estranhos, mesmo se eu fosse comunicado(a) de que eles não eram cordiais
81. Normalmente fico mais preocupado(a) com que alguma coisa possa dar errado no futuro do que a maioria das pessoas.
82. Em geral, penso sobre todos os fatos detalhadamente antes de tomar uma decisão.
83. Acho mais importante ser simpático(a) e compreensivo(a) com os outros do que ser prático(a) e racional.
84. Muitas vezes, sinto uma forte sensação de unidade com tudo que está ao meu redor.
85. Muitas vezes, gostaria de ter poderes especiais como o Super-Homem.
86. As pessoas me controlam demais.
87. Gosto de compartilhar o que aprendi com outras pessoas.
88. As experiências religiosas me ajudaram a compreender o verdadeiro propósito de minha vida.
89. Frequentemente, aprendo muito com as pessoas.
90. A repetição de certas práticas tem me permitido ficar bom(boa) em muitas coisas que me ajudam a ser bem-sucedido(a).
91. Em geral, consigo fazer os outros acreditarem em mim, mesmo quando sei que o que estou dizendo é exagerado ou mentiroso.
92. Preciso de muito descanso extra, de apoio ou de que transmitam confiança para me recuperar de pequenas doenças ou tensões.
93. Sei que há regras no modo de viver que ninguém pode violar sem que venha a sofrer mais tarde.
94. Não quero ser mais rico(a) que todos.
95. Eu arriscaria de bom grado a própria vida para fazer do mundo um lugar melhor.
96. Mesmo depois de pensar a respeito de alguma coisa por um longo tempo, aprendi a confiar mais nos meus sentimentos do que em minhas razões lógicas.
97. Algumas vezes senti que minha vida estava sendo dirigida por uma força espiritual maior que qualquer ser humano.
98. Geralmente, gosto de ser malvado(a) com quem foi malvado comigo.
99. Tenho reputação de ser muito prático(a) e de não agir pelas emoções.
100. É fácil para mim organizar meus pensamentos enquanto falo com alguém.
101. Muitas vezes, reajo tão fortemente a notícias inesperadas que digo ou faço coisas de que me arrependo.

102. Fico profundamente comovido(a) por apelos sentimentais (por exemplo, quando me pedem para ajudar crianças aleijadas).
103. Normalmente me esforço muito mais que a maioria das pessoas, pois quero sempre fazer o melhor de que sou capaz.
104. Tenho tantos defeitos que não gosto muito de mim.
105. Tenho pouquíssimo tempo para procurar soluções a longo prazo para meus problemas.
106. Muitas vezes, não posso lidar com os problemas porque não sei o que fazer.
107. Muitas vezes, gostaria de poder parar o tempo.
108. Odeio tomar decisões baseadas somente em minhas primeiras impressões.
109. Prefiro gastar dinheiro a economiza-lo.
110. Normalmente tenho facilidade em exagerar a verdade para contar uma história mais engraçada ou fazer uma piada com alguém.
111. Mesmo havendo problemas numa amizade, quase sempre tento mantê-la apesar de tudo.
112. Se eu ficar embaraçado(a) ou humilhado(a), supero isso rapidamente.
113. É extremamente difícil ajustar-me a mudanças em minha forma costumeira de fazer as coisas porque fico muito tenso(a), cansado(a) ou preocupado(a).
114. Normalmente exijo razões práticas muito boas antes de aceitar mudar minhas antigas maneiras de fazer as coisas.
115. Preciso muito de ajuda dos outros para me treinar a adquirir bons hábitos.
116. Acho que percepção extra-sensorial (PES, como telepatia ou premonição) seja realmente possível.
117. Gostaria de ter amigos próximos e calorosos ao meu lado a maior parte do tempo.
118. Com freqüência, fico tentando a mesma coisa repetidas vezes, mesmo não tendo tido muito sucesso por um longo tempo.
119. Quase sempre estou relaxado(a) e despreocupado(a), mesmo quando quase todos estão com medo.
120. Acho filmes e canções tristes um tanto chatos.
121. As circunstâncias, muitas vezes, forçam-me a fazer coisas contra a minha vontade.
122. Sinto dificuldade em tolerar pessoas que sejam diferentes de mim.
123. Acho que a maioria das coisas tidas como milagres são apenas acaso.
124. Gostaria de ser mais gentil ao invés de me vingar quando

- alguém me agride.
125. Muitas vezes, fico tão encantado(a) com o que estou fazendo que fico totalmente concentrado(a) naquilo – é como se eu estivesse “desligado(a)” do tempo e do espaço.
 126. Não acho que eu tenha um verdadeiro sentido de objetivo para minha vida.
 127. Tento cooperar com os outros tanto quanto é possível.
 128. Estou satisfeito(a) com as minhas realizações e tenho pouco desejo de fazer melhor.
 129. Muitas vezes sinto-me tenso(a) e preocupado(a) em situações desconhecidas, mesmo quando os outros acham que não há risco algum.
 130. Muitas vezes, sigo meus instintos, palpites ou intuições sem examinar completamente todos os detalhes.
 131. As outras pessoas muitas vezes acham que sou independente demais porque não faço o que elas querem.
 132. Muitas vezes, sinto uma forte ligação espiritual ou emocional com todos os que me cercam.
 133. Em geral, é fácil para mim gostar de pessoas que tenham valores diferentes dos meus.
 134. Tento trabalhar o mínimo possível, mesmo quando os outros esperam mais de mim.
 135. Ter bons hábitos tornou-se uma “segunda natureza” em mim – eles são ações espontâneas e automáticas quase que o tempo todo.
 136. Não me preocupa o fato de que, muitas vezes, os outros saibam mais do que eu a respeito de alguma coisa.
 137. Em geral, tento me imaginar no lugar da outra pessoa, para poder realmente compreendê-la.
 138. Princípios como justiça e honestidade desempenham papel pequeno em alguns aspectos da minha vida.
 139. Sei economizar dinheiro melhor que a maioria das pessoas.
 140. Raramente deixo-me aborrecer ou frustrar: quando as coisas não vão bem, simplesmente passo para outras atividades.
 141. Mesmo quando os outros acham que isso não é importante, freqüentemente insisto em fazer as coisas de modo rigoroso e ordeiro.
 142. Sinto-me muito confiante e seguro(a), em quase todas as situações sociais.
 143. Meus amigos têm dificuldades em saber como me sinto porque raramente lhes falo a respeito das minhas opiniões pessoais.
 144. Odeio mudar meu modo de fazer as coisas, mesmo se

muita gente me diz que há um modo novo e melhor de fazê-las.

145. Acho tolice acreditar em coisas que não podem ser explicadas cientificamente.
146. Gosto de imaginar meus inimigos sofrendo.
147. Tenho mais energia e demoro mais a me cansar que a maioria das pessoas.
148. Gosto de prestar muita atenção aos detalhes em tudo o que faço.
149. Muitas vezes, paro o que estou fazendo porque fico preocupado(a), mesmo quando meus amigos me dizem que tudo vai dar certo.
150. Muitas vezes, gostaria de ser mais poderoso(a) que todo mundo.
151. Em geral, sou livre para escolher o que vou fazer.
152. Com freqüência, fico envolvido(a) no que estou fazendo que, por algum tempo, esqueço onde estou.
153. Membros de uma equipe raramente recebem sua parte justa.
154. Na maior parte do tempo, eu preferiria fazer alguma coisa arriscada (como saltar de pára-quadras ou voar de asa delta) que ficar quieto(a) e inativo(a) por algumas horas.
155. Como eu, freqüentemente, gasto muito dinheiro impulsivamente, fica difícil para mim economizar dinheiro, mesmo para algum projeto especial como umas férias.
156. Não mudo meu jeito de ser para agradar a outras pessoas.
157. Não fico tímido(a) com estranhos de jeito nenhum.
158. Freqüentemente, cedo aos desejos dos amigos.
159. Gasto a maior parte do tempo fazendo coisas que parecem necessárias, mas não realmente importantes para mim.
160. Não acho que princípios religiosos ou éticos acerca do que é certo ou errado devam ter muita influência em decisões de negócio.
161. Muitas vezes, tento colocar de lado meus próprios julgamentos, de modo que eu consiga compreender melhor o que as outras pessoas estão vivenciando.
162. Muitos dos meus hábitos tornam difícil para mim realizar objetivos que valham a pena.
163. Tenho feito verdadeiros sacrifícios pessoais com a intenção de fazer do mundo um melhor – como tentar evitar guerras, pobreza e injustiças.
164. Nunca me preocupo com coisas terríveis que poderiam acontecer no futuro.
165. Quase nunca fico tão agitado(a) a ponto de perder o controle.

166. Muitas vezes, desisto de um trabalho se ele demora muito mais do que pensei que fosse demorar.
167. Prefiro começar uma conversa do que ficar esperando que os outros falem comigo.
168. Na maior parte do tempo, perdôo logo qualquer um que tenha agido errado comigo.
169. As minhas ações são, em grande parte, determinadas por influências fora do meu controle.
170. Muitas vezes tenho de mudar minhas decisões, porque eu tivera um palpite falso ou me enganara em minha primeira impressão.
171. Prefiro esperar que alguém tome a iniciativa e indique o modo de fazer as coisas.
172. Em geral, respeito as opiniões dos outros.
173. Tive algumas experiências que tornaram meu papel na vida tão claro para mim, que me senti muito entusiasmado(a) e feliz.
174. Divirto-me em comprar coisas para mim.
175. Acredito ter eu mesmo(a) experimentado a percepção extra-sensorial.
176. Acredito que meu cérebro não esteja funcionando adequadamente.
177. Meu comportamento é fortemente guiado por certos objetivos que estabeleci para minha vida.
178. De modo geral, é tolice promover o sucesso de outras pessoas.
179. Muitas vezes, gostaria de poder viver para sempre.
180. Normalmente, gosto de ficar indiferente e “desligado(a)” das outras pessoas.
181. É mais provável eu chorar em um filme triste que a maioria das pessoas.
182. Recupero-me de pequena doenças ou estresse mais rapidamente que a maioria das pessoas.
183. Muitas vezes, quebro regras e regulamentos quando acho que posso me safar bem disso.
184. Preciso exercitar muito mais o desenvolvimento de bons hábitos antes que seja capaz de confiar em mim mesmo(a) em diversas situações tentadoras.
185. Gostaria que as pessoas não falassem tanto quanto fala.
186. Todos deveriam ser tratados com dó e respeito, mesmo que eles pareçam ser insignificantes ou maus.
187. Gosto de tomar decisões rápidas para que eu possa levar adiante o que tem que ser feito.
188. Em geral, tenho sorte em tudo o que tento fazer.
189. Em geral, estou certo(a) de que posso facilmente fazer coisas que muitas pessoas considerariam perigosas (como por exemplo, dirigir um automóvel em alta

- velocidade numa pista molhada ou escorregadia).
190. Não vejo sentido em continuar trabalhando em algo a não ser que haja uma grande possibilidade de que dê certo.
 191. Gosto de explorar novas maneiras de fazer as coisas.
 192. Gosto mais de economizar dinheiro do que gastá-lo com divertimentos ou emoções.
 193. Os direitos individuais são mais importantes que as necessidades de qualquer grupo.
 194. Já tive experiências pessoais nas quais me senti em contato com um poder espiritual divino e maravilhoso.
 195. Já tive momentos de muita alegria nos quais subitamente tive uma sensação clara e profunda de estar intimamente ligado(a) a tudo o que existe.
 196. Bons hábitos tornam mais fácil para mim fazer as coisas da maneira que quero.
 197. A maioria das pessoas parece mais desembaraçada que eu.
 198. Os outros e as circunstâncias, muitas vezes, são os responsáveis por meus problemas.
 199. Tenho muito prazer em ajudar os outros, mesmo que eles tenham me tratado mal.
 200. Muitas vezes, sinto-me como parte da força espiritual da qual depende toda a vida.
 201. Mesmo quando estou com amigos, prefiro “não me abrir muito”.
 202. Em geral, posso ficar ocupado(a) o dia inteiro sem ter que me forçar a isso.
 203. Quase sempre penso a respeito de todos os fatos detalhadamente antes de tomar uma decisão, mesmo quando as pessoas exigem uma decisão rápida.
 204. Não sou muito bom(boa) em me justificar para me livrar das enrascadas quando sou apanhado(a) fazendo algo errado.
 205. Sou mais perfeccionista que a maioria das pessoas.
 206. O fato de algo estar certo ou errado é apenas uma questão de opinião.
 207. Acho que minhas reações naturais são agora, em geral, condizentes com meus princípios e meus objetivos a longo prazo.
 208. Acredito que toda vida dependa de algum poder ou ordem espiritual que não possam ser completamente explicados.
 209. Acho que ficaria confiante e relaxado(a) ao encontrar estranhos, mesmo se eu fosse informado(a) de que eles estão zangados comigo.
 210. As pessoas acham fácil recorrer a mim em busca de ajuda, apoio e um “ombro amigo”.

211. Demoro mais que a maioria das pessoas para me empolgar com novas idéias e atividades.
212. Tenho problemas em mentir, mesmo quando pretendo poupar os sentimentos de alguém.
213. Existem algumas pessoas de quem eu não gosto.
214. Não quero ser mais admirado(a) que todos os outros
215. Muitas vezes, quando olho alguma coisa comum, ocorre algo maravilhoso – tenho a sensação de estar vendo essa novidade pela primeira vez.
216. A maioria das pessoas que conheço preocupam-me apenas com elas mesmas, não importa quem fique ferido.
217. Em geral, sinto-me tenso(a) e preocupado(a) quando tenho que fazer algo novo e desconhecido.
218. Muitas vezes, esforço-me ao ponto da exaustão ou tento fazer mais do que realmente posso.
219. Algumas pessoas acham que sou muito avarento(a) ou pão-duro com meu dinheiro.
220. Relatos de experiências místicas são provavelmente apenas interpretações de desejos ou esperanças.
221. Minha força de vontade é fraca demais para vencer as fortes tentações, mesmo sabendo que sofrerei as conseqüências.
222. Odeio ver alguém sofrer.
223. Sei o que quero fazer na minha vida.
224. Regularmente, levo um tempo considerável avaliando se o que estou fazendo é certo ou errado.
225. As coisas costumam dar errado para mim a menos que eu seja muito cuidadoso(a).
226. Se estou me sentido aborrecido(a), em geral me sinto melhor ao redor de amigos do que sozinho(a).
227. Não acho que seja possível compartilhar sentimentos com alguém que não tenha passado pelas mesmas experiências.
228. Muitas vezes, as pessoas acham que estou em outro mundo porque fico completamente desligado(a) de tudo o que está acontecendo ao meu redor.
229. Gostaria de ter aparência melhor do que todos os outros.
230. Menti bastante nesse questionário.
231. Geralmente, evito situações sociais em que teria que encontrar estranhos, mesmo se estou seguro(a) de que eles serão amigáveis.
232. Adoro o desabrochar das flores na primavera tanto quanto adoro rever um velho amigo.
233. Em geral, encaro uma situação difícil como um desafio ou oportunidade.
234. As pessoas envolvidas comigo precisam aprender como fazer a coisas do meu modo.

235. A desonestidade só causa problemas se você for apanhado(a).
236. Em geral, sinto-me muito mais confiante e com energia que a maioria das pessoas, mesmo depois de uma pequena doença ou estresse.
237. Gosto de ler tudo quando me pedem para assinar qualquer papel.
238. Quando nada de novo está acontecendo, geralmente, começo a procurar algo que seja emocionante ou excitante.
239. Às vezes, fico aborrecido(a).
240. De vez em quando, falo das pessoas “por trás”.