

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO: PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO (PHDA) EM ADULTOS

2011

Ana Luís Medeiros Azevedo

Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade da Beira Interior (Portugal)

E-mail:

analuismedeiros@gmail.com

RESUMO

O presente trabalho visa o debruçar sobre a perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção em Adultos, considerando um grande desafio uma vez que o desconhecimento da PHDA em adultos, e segundo a literatura estudada, é veiculada por clínicos o que dificulta o conceber de uma correcta intervenção e por conseguinte sucesso terapêutico.

Além de durante toda a vida os indivíduos que manifestem esta perturbação atribuírem a sua sintomatologia a outros razoes, de ressaltar que na sua maioria de índole negativa, há que tomar em conta também as comorbilidades inerentes à PHDA, não confundindo assim a sintomatologia específica desta perturbação e dos seus subtipos com a sintomatologia das comorbilidades, destacando por exemplo, a Depressão Major.

Há que fornecer ferramentas ao paciente adulto que lhe permitam encarar o seu problema, até então considerado de forma diferente sendo muitas vezes denotado apenas pelos demais uma vez que o sujeito o tem como idiossincrático e que o acompanhou desde sempre, de forma natural e fazendo uso de novas estratégias capazes de auxiliar o sujeito e a sua família a minimizar as consequências a nível individual, social e afectivo maximizando assim a sua qualidade de vida.

Colmatar-se-à então este trabalho com a proposta de um programa de intervenção, composto por 20 sessões de acompanhamento e com uma conclusão acerca do tema abordado.

Palavras-chave: PHDA em adultos, hiperactividade, défice de atenção, intervenção psicológica

“The consequences of severe ADHD for children, their families and for society can be very serious. Children can develop poor self-esteem, emotional and social problems and their educational attainment is frequently severely impaired. The pressure on families can be extreme. The signs of ADHD may persist into adolescence and adulthood, and may be associated with continuing emotional and social problems, unemployment, criminality and substance misuse”.

(National Institute for Clinical Excellence, 2000)

1. Perturbação do Défice de Atenção e Hiperactividade (PHDA) em adultos

1.1 Evolução do Conceito de PHDA em Adultos

O conceito de PHDA foi desenvolvido ao longo do tempo. Em 1902, Still descreveu crianças com hiperactividade e capacidades de atenção como tendo um "defeito de controlo moral" (Still, 1902 cit in. Spencer, Biederman & Mick, 2007).

Já em 1937, Bradley escreveu sobre o uso de anfetaminas em crianças para reduzir a hiperactividade (Bradley, 1937 cit in Zwin & York, 2004), e na década de 1940 e 1950 a condição foi atribuída a "lesão cerebral mínima". Mais tarde, sofreu uma renomeação, passando a designar-se por "disfunção cerebral mínima", devido à ausência de provas para as lesões de cérebro real.

Na década de 1960, a designação de "disfunção cerebral mínima" foi substituída por uma variedade de conceitos mais diferenciais, como sendo a dislexia, deficiência mental e hiperactividade, e em 1970 o "síndrome da criança hipercinética" foi utilizado para descrever crianças impulsivas, com períodos curtos de atenção, distração e agressão (Barkley, 1990, cit in Zwin & York, 2004).

O DSM-II (American Psychiatric Association, 1968) descreveu os critérios de "reação hipercinética da infância", e em 1980, também o DSM-II o "défice de atenção" foi definido segundo dois subtipos, com e sem hiperactividade (Associação Psiquiátrica Americana, 1980). O DSM-III foi o primeiro sistema de classificação que levantou a possibilidade de os sintomas poderem persistir na idade adulta como "transtorno de défice de atenção (hiperactividade), estado residual. Este manual de diagnóstico também definiu dois subtipos: um foco sobre os problemas clinicamente significativos com a atenção e os outros em ambos, desatenção e hiperactividade-impulsividade (cit in. Zwin & York, 2004).

O termo "Distúrbio de défice de atenção" apareceu pela primeira vez no DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) e o seu uso continuou na tendência da extensão do distúrbio em adultos, para quem o comprometimento no trabalho é especificamente

mencionado Segundo o DSM-IV, existem três subtipos: predominantemente desatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo e misto (American Psychiatric Association, 1994) (cit in. Zwin & York, 2004)

No Reino Unido e no resto da Europa, os pesquisadores usaram quadros suplementares de diagnóstico. O CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1992), classifica o "transtorno hiperactivo" de forma semelhante ao PHDA segundo o DSM-IV (tipo misto), no entanto, os critérios são ainda mais restritos: "uma deficiência grave e persistente do desenvolvimento psicológico resultante de um elevado nível de comportamento desatento, inquieto e impulsivo.

Por definição, o início deste distúrbio surge antes dos sete anos, sendo frequentemente reconhecido em crianças menores de 2 anos de idade (Taylor et al, 1998). Todos os três problemas (de atenção, hiperactividade e impulsividade) devem estar presentes.

Existe uma serie de artigos publicados por pesquisadores suecos que se debruçam numa população infantil, entre os anos de 1983 e 2000, e que descrevem um distúrbio designado por "défice de atenção, motricidade e percepção" sendo este semelhante ao PHDA ainda que misto com o transtorno de coordenação de desenvolvimento (Rasmussen & Gillberg, 2000 *cit in*. Spencer, Biederman & Mick, 2007)

Até recentemente, o PHDA era considerado por muitos para resolver durante a adolescência e a idade adulta jovem, com pouco ou nenhum impacto continuado na vida adulta, embora as descrições da condição de adultos tenha emergido, segundo, Barkley (2007), na literatura psiquiátrica a partir de 1976.

No entanto evidências actuais indicam que na maioria dos casos o PHDA persiste na vida adulta, onde é associada a uma série de défices clínicos e psicossociais (Montañés-Rada, Gastaminza-Pérez, Catalá, Ruiz-Sanz, Ruiz-Lázaro, Herreros-Rodríguez, García-Giral, Ortiz-Guerra, Alda-Díez, Mojarro-Práxedes, Cantó-Díez, Mardomingo-Sanz, Sasot-Llevadot, Pàmias & Rey-Sánchez, 2010).

1.2 Caracterização e definição

O transtorno por défice de atenção e hiperactividade, (PHDA) caracteriza-se pela presença de um padrão persistente de desatenção e/ou impulsividade. Actualmente, considera-se crónico, tem inicio na infância e persiste na idade adulta em mais de 50% dos casos (Pérez, 2009).

Tanto na idade adulta como na infância, o PHDA está associado a um padrao geral de problemas no rendimento académico e na adaptação social, familiar e laboral (Ramos-Quiroga, Sáez-Francàs, Bosch, Corrales, Ferrer & Casas, 2009)

O défice de Atenção e hiperactividade (PHDA) é comumente entendido como sendo um défice somente presente na infância, no entanto, cerca de 35% a 70 % de adultos são afectados por este (Knutson & O'Malley, 2010).

Os sintomas, os défices e as consequências associados com o PHDA surtem um impacto profundamente negativo na vida dos pacientes e das suas famílias (Knutson & O'Malley, 2010).

O facto de os critérios de diagnóstico serem testados em crianças, a não especificidade dos sintomas, a alta incidência de comorbilidades, a variação da presença de sintomas em género e etnia, contribuem em muito para a difícil tarefa que é diagnosticar PHDA em adultos (Sitholey, Agarwal & Sharma, 2009).

Dada a elevada prevalência relativamente ao PHDA em comparação com outros transtornos psiquiátricos, os clínicos devem ter em conta a integração de triagem para o PHDA em todas as avaliações de rotina psiquiátrica. Assim, para ser tomado um diagnóstico exacto, o clínico deve requerer uma entrevista clínica de elevado espectro, incluindo a avaliação de sintomas do passado e do presente, tomando também atenção ao curso longitudinal e avaliação do comprometimento funcional. Torna-se útil, para cruzar informação, obtendo mais e melhores dados, recorrer a entrevistas ou dados de amigos, familiares, colegas de trabalho e registos das instituições escolares ou testes do paciente (Murphy, Lenard & Adler, 2004).

A auto-conhecimento dos sintomas pode ser difícil para as pessoas que viveram a maior parte das suas vidas com este distúrbio. Existe a possibilidade de as comorbilidades poderem ser tratados antes de se iniciar o tratamento para o PHDA propriamente dito (Weisler & Goodman, 2008).

Uma importante faceta do tratamento é a educação dos pacientes e das suas famílias permitindo assim a melhorar adesão e optimização de resultados. A terapia farmacológica inclui estimulantes de curta e de longa duração, bem como medicamentos não estimulantes de segunda linha. Os estimulantes de curta acção podem se tornar um inconveniente. Novas pesquisas podem oferecer melhores opções de tratamentos e de adaptação às necessidades dos adultos com PHDA (Kaplan & Sadock, 2009).

1.3 Rede Europeia de Adultos com PHDA

A Rede Europeia de adultos com PHDA foi fundada em 2003 e inclui 40 profissionais de 18 países da Europa com um interesse e experiência em adultos que padeçam de este problema (Kooij, Bejerot, Blackwell, Caci, Casas-Brugué, Carpentier, Edvinsson, Fayyad, Foeken, Fitzgerald, Gaillac, Ginsberg, Henry, Krause, Lensing, Manor, Niederhofer, Nunes-Filipe, Ohlmeier, Oswald, Pallanti, Pehlivanidis, Ramos-Quiroga, Rastam, Ryffel-Rawak, Stes, Asherson, 2007).

Esta rede de experts independentes foi criada com o intuito de ajudar a melhorar o diagnóstico e tratamento de PHDA em adultos em toda a Europa (Kooij et. al, 2007). Segundo esta rede, hoje devido à falta de reconhecimento e de mal-entendido sobre esta problemática e o uso de estimulantes, apropriados ou medicamentos não estimulantes, para controlar os sintomas do PHDA, muitos adultos com PHDA são mal diagnosticados sendo muitas vezes impedidos de receber tratamentos eficazes. Tal conduz na maioria das vezes a sentimentos de inadequação e sofrimento desnecessários quer para os pacientes, quer para as suas famílias e colegas de trabalho (Kooij et. al, 2007).

Os objectivos desta declaração de consenso estão a aumentar a consciência do seguinte:

(1) Que o PHDA frequentemente se apresenta como uma condição que prejudica o sujeito ao longo da sua vida;

(2) Que os instrumentos para triagem e diagnóstico de PHDA em adultos estão disponíveis;

(3) Que existem tratamentos adequados para o PHDA;

Nesta declaração são ainda abordadas três grandes questões, sendo elas: (1) Qual é o quadro clínico do PHDA em adultos? (2) Como pode o PHDA em adultos ser diagnosticado correctamente? (3) Como deve ser o PHDA em adultos eficazmente tratado? (Kooij et. al, 2007).

1.4 Estigma em geral e entre os profissionais

Os serviços de adulto para as pessoas com PHDA continuam a ser relativamente escassos apesar da forte evidência para os benefícios do diagnóstico e tratamento de PHDA em adultos. No entanto, existem ainda muitos profissionais que não têm certeza do diagnóstico e do uso adequado de medicamentos PHDA em saúde mental de adultos. Alguns continuam a expressar os receios sobre o tratamento de uma "doença que não existe" ou que cause dependência de drogas com medicamentos estimulantes, apesar das evidências do contrário (Schmidt & Petermann, 2009).

As razões para tal acontecer são susceptíveis de ser baseadas na percepção da história do PHDA como um défice que é restrito à infância e à contínua presença do estigma que envolve a doença e o seu tratamento, e da tradicional separação de adultos da psiquiatria infantil (Kooij et. al, 2007).

O que está claro é que ainda há um abismo no que concerne à percepção da doença entre aqueles que trabalham em pediatria da criança e do adolescente e serviços de saúde mental e aqueles que trabalham em saúde mental de adultos, o problema que quase sempre surge reside na falta de consciencialização ou na compreensão dos dados disponíveis (Schmidt & Petermann, 2009).

O PHDA em adultos continua a ser um défice que, como já foi referido anteriormente, é mal compreendido especialmente entre os profissionais que não têm sido tradicionalmente envolvidos no diagnóstico ou tratamento do PHDA (Kooij et. al, 2007).

Pessoas que sofrem de PHDA são muitas vezes estereotipadas como preguiçosas, como más ou agressivas, ou até mesmo consideradas como tendo um problema comportamental ou necessidades especiais e não um distúrbio de saúde mental que requer tratamento. O diagnóstico pode também ser negligenciado uma vez que o PHDA é um défice altamente sintomático e os menos familiarizados com o início, curso, e comorbilidades associadas com a doença podem confundir o PHDA com outros problemas comuns de saúde mental, como transtornos do humor ou de personalidade (Adler, Spencer, Stein & Newcorn, 2008).

A sensibilização e informação disponível acerca desta temática são uma prioridade. O autor salienta ainda que a educação sobre adultos com PHDA não tem sido incluída nos programas universitários para estudantes de medicina e psicologia, bem como a formação de profissionais

em saúde mental de adultos. Assim, torna-se impreterível a implementação destes programas uma vez que fomentam uma adequada identificação e precoce, diagnóstico bem como o tratamento a tomar em conta (Safren, Otto, Sprich, Winett, Wilens & Biederman, 2005).

Os profissionais clínicos devem, quando não sentem ter o treino suficiente, encaminhar para clínico ou técnicos mais especializados capazes de acompanhar os casos mais complexos (Safren, Otto, Sprich, Winett, Wilens & Biederman, 2005).

Ainda segundo os autores, em termos de tratamento, os estimulantes são, de longe, o melhor tratamento estudado e mais eficaz para o PHDA ao longo da vida, no entanto o seu uso em algumas partes da Europa permanece controversa na criança e mais amplamente na Europa em adultos (Kooij et. al, 2007).

1.5 Subtipos da PHDA em adultos

A condição referida como AD / HD, possui vários subtipos que podem ser identificadas no reconhecimento de que, em pessoas diferentes, pode haver uma ênfase diferente entre desatenção e hiperactividade. Assim, a mudança na nosologia reflecte a evolução da investigação (McGough & Barkley, 2004).

Além disso, resultados de análise factorial consistentes na literatura, demonstram que apenas duas dimensões são necessárias para explicar a covariação dos sintomas de AD / HD, ou seja, a desatenção e a hiperactividade-impulsividade. Como resultado, os critérios diagnósticos constantes do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta edição, (DSM-IV), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (1994), referem-se a três subtipos principais (*cit in* McGough & Barkley, 2004):

- 1- tipo desatento
- 2- tipo hiperactivo-impulsivo, e
- 3- tipo misto (desatenção e hiperactividade-impulsividade).

Estes subtipos foram considerados por Faraone, Biederman, Weber & Russell (1998) para representar as fases do desenvolvimento da AD/HD, com hiperactividade e impulsividade que aparecem em primeiro lugar, seguido pelo desenvolvimento de sintomas de desatenção (*cit in* Philipsen, 2006).

1.6 Sintomas

O diagnóstico do PHDA requer a presença de seis dos nove sintomas de desatenção ou hiperactividade-impulsividade, mas os sintomas individuais em adultos são inespecíficos, ou seja, estão presentes em muitos adultos saudáveis e podem ser vistos em outros transtornos psiquiátricos, como a perturbação depressivo major, mania e a perturbação de ansiedade generalizada (Wilens, Biederman, Faraone, Martelon, Westerberg & Spencer, 2009).

A presença de comorbilidades psiquiátricas podem mascarar ou modificar a apresentação de sintomas de PHDA, complicando ainda mais o processo de diagnóstico. Os adultos podem queixar-se de sintomatologias relativas às comorbilidades podendo não mencionar os sintomas de PHDA. Tal pode acontecer porque estas estão presentes desde a infância não sendo reconhecidos como anormais (Wilens, Haight, Horrigan, Hudziak, Rosenthal, Connor, Hampton, Richard & Modell, 2005).

Os clínicos podem então concentrar-se na apresentação de diagnósticos das comorbilidades não conseguindo identificar ou tratar o PHDA subjacente, podendo comprometer a eficácia do tratamento (Philipsen, 2009).

Ainda assim podem-se enumerar os seguintes sintomas: ter um humor imprevisível, verificar erros por descuido no trabalho, dificuldade em manter atenção no trabalho ou em momentos de lazer, não parecerem ouvir quando se lhes está a dirigir a palavra, têm dificuldade em não seguir instruções ou concluir tarefas, dificuldades em organizar tarefas e actividades, evitam o esforço mental no trabalho, perdem coisas como chaves e papéis importantes, esquecem-se de actividades diárias, distraem-se facilmente por outros estímulos e têm dificuldade em se concentrar, têm dificuldade em permanecer sentados ou no mesmo local durante muito tempo, andarem constantemente a correr para fazer as coisas, serem impaciente, terem dificuldades em realizar tarefas calmamente, falarem de forma excessiva, falarem nas coisas sem pensar, terem dificuldade em esperar pela sua vez nas filas ou em outras situações de espera (McGough, Smalley, McCracken, Yang, Del’Homme, Lynn & Loo, 2005).

Os sintomas e défices podem mudar à medida que o indivíduo de desenvolve, os sintomas de hiperactividade/impulsividade emergentes inicialmente na infância podem diminuir com a idade. Os sintomas de desatenção podem, por sua vez, surgir mais tarde e têm tendência a predominar com a idade, tornando-se a hiperactividade menos evidente, dando lugar ao nervosismo e inquietação (Wilens, Biederman, Faraone, Martelon, Westerberg & Spencer, 2009)..

Barkley et al. (2008, *cit* in Lucier, 2009), desenvolveu um conjunto de critérios de diagnóstico, sugerindo que seis dos nove sintomas de funcionamento executivo são uma ferramenta perfeita para distinguir o PHDA em adultos. Este novo sintoma critério para adultos inclui:

- É facilmente distraído por estímulos externos ou pensamentos irrelevantes;
- Muitas vezes, toma decisões de forma impulsiva;
- Tem dificuldade para parar actividades ou comportamento quando deve;
- Muitas vezes, inicia um projecto ou tarefa sem ler ou ouvir as directrizes cuidadosamente;
- Muitas vezes demonstra um incumprimento de promessas ou compromissos com outros;

- Muitas vezes tem dificuldade em fazer as coisas na sua devida ordem ou sequência
- Muitas vezes conduz um veículo muito mais rápido do que outros;
- Muitas vezes tem dificuldade para manter atenção em tarefas ou actividades lúdicas;
- Tem dificuldade para organizar tarefas e actividades

1.7 Diagnóstico

Existem inúmeros mudanças para que se verifique o correcto diagnóstico de PHDA em adultos, particularmente entre aqueles diagnosticados durante a infância. Alguns dessas alterações estão relacionados com os critérios de diagnóstico enumerados no DSM-IV-TR que se encontram listados abaixo na tabela 1:

Tabela 1. Critérios de Diagnóstico para a perturbação de Hiperactividade com défice de atenção
<p>A. 1) ou 2)</p> <p>1) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente em relação ao nível de desenvolvimento:</p> <p>Falta de atenção</p> <ul style="list-style-type: none">(a) Com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades;(b) Com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividade;(c) Com frequência parece não ouvir quando se lhes fala directamente;(d) Com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ter por comportamentos de oposição ou incompreensão das instruções);(e) Com frequência tem dificuldades em organizar tarefas e actividades;(f) Com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa);(g) Com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);(h) Com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;(i) Esquece-se com frequência das actividades quotidianas. <p>2) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperactividade-impulsividade persistiram pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente com o nível de desenvolvimento:</p>

Hiperactividade

- (a) Com frequência movimentada excessivamente as mãos e os pés, move-se quando esta sentado;
- (b) Com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;
- (c) Com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentimentos subjectivos de impaciência);
- (d) Com frequência tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio;
- (e) Com frequência “anda” ou só actua como se estivesse “ligado a um motor”;
- (f) Com frequência fala em excesso;

Impulsividade

- (g) Com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;
- (h) Com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez;
- (i) Com frequência interrompe ou interfere nas actividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos);

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

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

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

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

Codificação baseada no tipo:

314.01 Perturbação de Hiperactividade com Défice da Atenção, Tipo Misto [F90.0]: se estão preenchidos os Critérios A1 e A2 durante os últimos 6 meses.

314.00 Perturbação de Hiperactividade com Défice da Atenção, Tipo Predominantemente Desatento [F98.8]: se está preenchido o Critério A1 mas não o Critério A2 durante os últimos 6 meses.

314.01 Perturbação de Hiperactividade com Défice da Atenção Tipo predominantemente Hiperactivo-Impulsivo [F90.0]: se o critério A2 está preenchido mas não o critério A1 durante os últimos 6 meses.

Notas de codificação. Para sujeitos (especialmente adolescentes e adultos) que actualmente tenham sintomas e que já não preencham todos os critérios, deve especificar-se “em Remissão Parcial”.

American Psychiatric Association (2003).

Estes exigem que os pacientes tenham seis dos nove sintomas de desatenção ou hiperactividade e que estejam presentes para 6 meses ou mais, o início dos sintomas verifica-se antes dos 7 anos de idade, e o défice destes sintomas têm que estar presentes em 2 ou mais contextos (por exemplo, no trabalho e em casa), tendo que se verificar um comprometimento no funcionamento social, académico ou laboral (Harrison, Edwards & Parker, 2007).

Os critérios de PHDA do DSM-IV-TR incidem sobre a expressão dos sintomas na infância que podem ter aplicabilidade limitada em adultos. Na verdade, esses critérios não estão validados ainda em adultos. O Desenvolvimento social, ambiental e as diferenças entre crianças e adultos afectam a maneira na qual os sintomas se manifestam (Brown, 2009).

Por exemplo, a hiperactividade nas crianças pode ser visto mais como o desassossego na vida adulta. Os sintomas do adulto podem ser mascarados por escolhas compensatórias em situações de vida ou pelo desenvolvimento de estratégias de *coping* que atenuam o défice. Além disso, os sintomas podem se tornar aparentes apenas em situações mais difíceis, como em casa, em multitarefas, e serem menos denotadas num ambiente de trabalho escolhido para a sua adequação para o PHDA (Brown, 2009).

As estratégias de coping, o QI, as exigências ambientes podem tornar difícil enumerar o cumprimento de todos os seis dos 9 critérios de sintomas ou para validar o segundo critério do DSM-IV-TR. Este facto reforça, mais uma vez, a necessidade da revisão de critérios e tipos de PHDA em adultos (Barkley, 2007).

O DSM-IV-TR indica ainda que os défices de PHDA devem ter um início na infância, envolvendo o diagnóstico e o estabelecimento da presença de sintomas durante esta etapa do ciclo vital, bem como testes de défice actual (McGough & Barkley, 2004).

Sendo que um dos critérios passa pela manifestação dos sintomas antes dos 7 anos de idade, essa informação pode ser tomada junto de grupo de pares, dos pais, de auto-memórias de infância ou registos de ocorrências de verificação. Para tal e segundo McGough e Barkley (2004) dados empíricos indicam que o diagnóstico retrospectivo de sintomas na infância através da auto-avaliação por parte dos adultos é uma abordagem válida para satisfazer este critério.

No entanto, a necessidade de os sintomas terem que surgir antes dos 7 anos foi já questionada.

Um estudo recente identificou um grupo de 79 adultos que cumpriam os critérios para o PHDA excepto para os sintomas antes dos 7 anos de idade. De entre os sujeitos deste estudo 83% recordou os primeiros sintomas entre 7 e 12 anos de idade, e os outros 17% apontaram que os sintomas tiveram início na adolescência (Barkley, 2007).

Assim, muitos adultos com PHDA pode não conseguir evocar sintomatologia antes dos 7 anos de idade, mas a maioria pode conseguir fazê-lo a partir dos 12 anos de idade. O DSM-IV-

TR deveria classificar esses pacientes como tendo o diagnóstico de PHDA não especificado de outra forma, apesar de não cumprir o critério de idade no início de PHDA

É de ressaltar a importância da recolha de dados sobre o sujeito através de amigos, família e outras pessoas chegadas.

Num estudo aberto em 36 adultos com PHDA de início tardio NOS, uma deliberação prolongada de metilfenidato foi associada com a melhoria estatística e clínica de sintomas de PHDA (Barkley, 2007).

A próxima edição do DSM (versão V), actualmente em preparação para ser publicada em 2013 e a versão do manual CID (versão 11) cuja publicação se antevê para o ano de 2015, prevêem a actualização de critérios para esta problemática. Assim, os novos critérios deverão seguir as alterações esperadas em <http://www.dsm5.org> (cit in Weisler & Goodman, 2008), sendo elas as seguintes:

- (1) Sintoma limiaries: Para os adolescentes mais velhos e adultos (com idades entre 17 e superiores) somente 4 sintomas em qualquer domínio da desatenção ou hiperactividade / impulsividade são necessários;
- (2) A lista de sintomas de hiperactividade / impulsividade foi aumentada para 13 incluindo assim “desconfortável ao fazer as coisas devagar ou de forma cuidada”, “muitas vezes é impaciente”, “difícil resistir às tentações e oportunidades” e “tende a agir sem pensar”;
- (3) As descrições dos itens dos sintomas foram elaborados de forma a incluir mais descrições específicas acerca do comportamento, algumas das quais são mais adequadas para os adultos;
- (4) O critério de início de idade tem sido ampliado para incluir sintomas “notáveis de desatenção ou hiperactividade/impulsividade” até a idade de 12 anos;
- (5) A exigência de provas para clarificar a evidência de défices causados pelos sintomas é uma parte fundamental do diagnóstico, não sendo necessária antes da idade dos 12 anos;
- (6) A perturbação do espectro do autismo não é referido como um critério de exclusão.

1.8 Inadequação dos instrumentos de diagnóstico

Não existem instrumentos de diagnóstico standardizados e validados para adultos com PHDA comparativamente com outras perturbações psiquiátricas ainda assim, as escalas de avaliação em curso e testes neuropsicológicos são instrumentos rentáveis e úteis para a avaliação

dos sintomas actuais em adultos com PHDA não devendo deixar de se tomar menos relevante a história de vida do paciente (Weisler & Goodman, 2008).

A interpretação dos instrumentos de auto-registo exige formação adequada porque psicopatologia no adulto pode distorcer a percepção sobre as escalas de avaliação, tendo algumas escalas pouca especificidade (Lee, Schachar, Chen, Ornstein, Charach, Barr & Ickowicz, 2008)

Testes neuropsicológicos, imagem e exames laboratoriais podem ser úteis na compreensão dos processos cognitivos e neurais subjacentes ao PHDA, mas a variabilidade individual é tal que acabam por não ser definitivos para o diagnóstico tendo que obrigatoriamente se ter de cruzar informação relevante através de outras fontes (Azambuja, 2009).

1.9 Como fazer o diagnóstico correcto

Devido à alta prevalência de adultos com PHDA em relação a outros grandes distúrbios psiquiátricos, a triagem para a doença deve ser parte de uma ampla avaliação psiquiátrica (Mesquita, Porto, Rangé & Ventura, 2009).

Uma ferramenta útil para fazer o *screening* é a escala proposta pela OMS a *Adult PHDA Self-Report Scale Screener*. Esta Escala é composta por um subconjunto de seis itens (quatro de desatenção e dois de hiperactividade / impulsividade) de 18 perguntas (Weisler & Goodman, 2008).

Este questionário tem sensibilidade de 65% e especificidade de 94% para adultos com PHDA (Kessler, Adler, Ames, Demler, Faraone, Hiripi, Howes, Jin, Secnik, Spencer, Ustun e Walters, 2005).

Após o *screening*, para um diagnóstico preciso torna-se necessário uma abordagem multifacetada, incluindo a avaliação da história, apresentam sintomas e conhecimento em que contextos se fazem notar maiores défices funcionais (Weisler & Goodman, 2008).

A entrevista clínica deve incluir informação médica, educacional, desenvolvimental, social, familiar bem como a história psicológica. Entrevistar membros da família do sujeito aumenta em muito a capacidade do clínico para identificar correctamente o PHDA, sendo capaz de identificar défices que o paciente seja incapaz de reconhecer. Recolher informação sobre a vida académica do sujeito torna-se relevante uma vez que permite identificar ou confirmar as manifestações do PHDA na infância. No entanto, apesar de tais dados serem de extrema relevância podem muitas vezes serem difíceis de obter ou por os pacientes adultos já não residirem perto das suas escolas ou dos seus familiares, ou por viverem sozinhos (Kessler, Adler, Gruber, Sarawate, Spencer & Brunt, 2007).

São vários os instrumentos standardizados que são úteis na avaliação de adultos com PHDA, sendo administradas escalas de diagnóstico clínico (Entrevista de diagnóstico de Conners para adultos com PHDA, Escala de Diagnóstico de ADD de Brown) ou escalas de *self-reported* (Escala de sintomas actuais de Barkley's, que incluem a avaliação por um membro da família) (Brown, 2009).

Estas ferramentas de diagnóstico e por inerência de intervenção também, dependem se se pretende avaliar somente os sintomas actuais ou se se pretende incluir a avaliação funcional de sintomas prévios (Mesquita, Porto, Rangé & Ventura, 2009).

As respostas à farmacoterapia e à psicoterapia podem ser monitorizadas através de escalas de avaliação no decorrer do acompanhamento, avaliando assim as mudanças dos sintomas (Brow, 2009).

Os défices neuropsicológicos, incluindo os das funções executivas, tem sido demonstrado em vários estudos de adultos com PHDA, embora os resultados sejam heterogéneos em testes e pacientes. O défice ao nível executivo, é evidente em crianças com PHDA, e tem sido demonstrado que persiste inalterado durante a idade adulta em adultos com PHDA (Azambuja, 2009).

Assim, a avaliação de adultos com PHDA deve incluir perguntas sobre défices relacionados com a função executiva, tais como dificuldades de organização, memória de trabalho, gestão de tempo e capacidade para planear e pensar sequencialmente (Carter, Krener, Chaderjian, Northcutt & Wolfe, 1995).

Embora os testes neuropsicológicos sejam úteis para o diagnóstico, avaliando estes défices podem ainda ajudar a esclarecer os défices no desempenho, as opções de tratamento (Carter, Krener, Chaderjian, Northcutt & Wolfe, 1995).

Uma avaliação completa de um adulto com PHDA deve também conter a avaliação de diagnósticos psiquiátricos das comorbilidades e condições médicas subjacentes, sendo que algumas condições médicas podem ter sintomas que se sobreponham aos do PHDA podendo explicar certos sintomas atencionais. Estes incluem défices visuais ou auditivos; efeitos colaterais dos medicamentos e doenças neurológicas, tais como sequelas de traumatismo cranio-encefálico ou acidentes vasculares cerebrais, esclerose múltipla, ou quimioterapia. Doenças endócrinas, tais como doenças da tiróide e diabetes, condições relacionadas à idade, tais como alterações cognitivas, distúrbios do sono, como apneia obstrutiva do sono e doenças raras como a doença de Lyme também devem ser considerados. Ocasionalmente, os défices tratáveis com vitamina B12 ou são também encontrados entre os adultos com problemas cognitivos, incluindo o PHDA, quando são testados os níveis de B12 e ácido fólico. O factor crítico para distinguir muitas dessas condições de PHDA é a ausência de sintomas na infância cognitiva ou comportamental compatível com PHDA (Weisler & Goodman, 2008).

1.10 Diagnóstico Diferencial

É importante que o diagnóstico de PHDA, bem como o direccionar correcto de tratamentos tenha em consideração a identificação de condições de comorbilidade, tais como humor, ansiedade, psicose, perturbações por uso de substância e, além de perturbações de personalidade, perturbações do espectro autista e tiques (Spencer, Biederman & Mick, 2007).

Os adultos com PHDA, frequentemente apresentam uma baixa auto-estima, labilidade afectiva e de humor, irritabilidade, e por vezes estes sintomas podem ser confundidos com distímia, ciclotímia, perturbação bipolar e perturbação de personalidade limítrofe (Kooij et. al, 2010).

Além disso, as alterações de humor ao longo do dia no PHDA são muito comuns. Em vez de os extremos mais graves de depressão e euforia verificados no transtorno bipolar, argumenta-se que a instabilidade do humor crónico deve ser considerada parte da perturbação nuclear do PHDA (Biederman, Faraone, Spencer, Wilens, Norman, Lapey, Mick, Lehman & Doyle, 1993).

Quer no PHDA quer na perturbação de personalidade borderline se verificam momentos de impulsividade, instabilidade afectiva, explosões de raiva e sentimentos de tédio. Num sujeito com PHDA, a impulsividade e a raiva é normalmente de curta duração e impensada. Já relações de conflito, ideações suicidas, auto-mutilação e perturbação de identidade e sentimentos de abandono são geralmente menos intensos do que na perturbação borderline. Apesar de tal, as diferenças não são claras uma vez que ambas as perturbações são crónicas (Torralva, Gleichgerrcht, Torrente, Roca, Strejilevich, Cetskovich, Lischinsky & Manes, 2010).

Indivíduos que apresentem um diagnóstico de perturbação de personalidade apresentam e também o PHDA que tenha começado na infância será, na maioria dos casos, louvar tratamentos farmacológicos para o PHDA. Estudos recentes em pacientes com PHDA indicam que, além de sintomas de PHDA, a instabilidade de humor melhora com o tratamento farmacológico. O tratamento irá depender da presença e severidade de comorbilidades, sendo a avaliação das mesmas um componente fundamental da avaliação clínica adequada PHDA (Torralva, Gleichgerrcht, Torrente, Roca, Strejilevich, Cetskovich, Lischinsky & Manes, 2010).

2. Prevalência e Etiologia

Estima-se que a prevalência de adultos com PHDA se situe entre de 2 e 5%. Pensa-se que as formas persistentes desta perturbação estejam intimamente relacionadas com uma maior carga familiar do que as formas não persistentes desta perturbação, existindo elevadas taxas de PHDA entre pais e irmãos (Kooij et. al, 2010).

Estudos de gémeos e casos de adopção indicam que os sintomas desta perturbação que se tem vindo aqui explicitar, resultam de factores genéticos que a familiaridade dos sintomas da PHDA resultam de factores genéticos ao invés de riscos ambientais. Estes estudos veiculam também que o PHDA é uma condição ao longo da vida que ocorre em cerca de 10 a 20% dos sujeitos com problemas comuns de saúde mental de acordo com a investigação epidemiológica e clínica (Spencer, Biederman & Mick, 2007)

Outros estudos indicam ainda que esta taxa pode se tornar mais denotada em algumas populações clínicas tais como, abuso de substâncias, perturbações de personalidade.

Existe um reconhecimento crescente da importância de diagnosticar e tratar esta perturbação em pais de crianças com PHDA acresce a tal que cerca de 20% dos pais destas crianças manifestam esta perturbação. Além do mais, os pais com PHDA podem ter dificuldade na implementação de estratégias de formação para o tratamento de problemas comportamentais dos seus filhos (Zwi & York, 2004).

O reconhecimento do PHDA é relativamente recente em grande parte da Europa, existindo adultos que nunca foram diagnosticados ou tratados para a PHDA, quando eram crianças. A falta de descrição adequada dos sintomas de adultos pode reduzir a verdadeira prevalência de PHDA na idade adulta (Brassett-Harknett & Butler, 2007).

Embora exista uma concepção popular que o PHDA é um fenómeno cultural, tanto da discordância intercultural foi devido à variação dos critérios (Brassett-Harknett & Butler, 2007).

Estudos de PHDA fora dos EUA têm relatado concordância notável com os sujeitos provenientes dos EUA em que se correlaciona diagnósticos, padrões de comprometimento adaptativo e défices neuropsicológicos, estimativa da magnitude da influência genética, associação de genes, resultados de imagem estrutural, funcional e molecular e resposta ao tratamento farmacológico (Brown, 2009).

Apesar da existência de estudos dos 5 continentes, há uma escassez de estudos em países não industrializados. Sabendo-se que existe uma maior incidência de riscos psicossociais nestes países, indaga-se a possibilidade de uma maior prevalência de PHDA bem como de outras perturbações (Anderson, 2004).

2.1 Genética e PHDA

Como já foi referido anteriormente, existem fortes evidências de uma predisposição genética para o PHDA. Numerosos estudos indicam também a presença de uma inter-relação familiar. Faraone et al. analisaram 20 estudos onde verificaram uma hereditariedade média de PHDA até 76%. Por outro lado, estudos genético-moleculares revelam a existência de mutações em sequências de DNA, tendo tal uma influência negativa sobre as proteínas dos neurónios dopaminérgicos conduzindo assim a uma disfunção particularmente no gene do receptor da dopamina D4 (DRD4), desempenhando este um papel importante (Crossman & Neary, 2007).

Uma associação entre redes subcorticais frontais e o PHDA tem sido comprovada em diversos estudos. Outros dados empíricos referem ainda a relação entre o PHDA e os receptores dos genes da dopamina DRD5, DRD2, DRD3, DRD1, bem como o gene transportador de dopamina DAT1 (Ramos-Quiroga, Bosch-Munsó, Castells-Cervelló, Nogueira-Morais, García-Giménez & Casas-Brugué, 2006).

2.2 Estudos de Genética Molecular

Segundo Spencer, Biederman, & Mick (2007), 2 procedimentos são utilizados para avaliar a etiologia genética da PHDA: a análise do genoma, que examina todas as localizações

cromossómicas, com o intuito de perceber quais os genes subjacentes à PHDA e, como segundo procedimento, a abordagem *candidate gene* que analisa um ou mais genes com base na teoria e evidência empírica.

2.3 Neurobiologia e neuroanatomia

O comprometimento funcional da atenção no PHDA é considerado como resultante de uma disfunção ao nível das redes cortico-frontais (Carter, Krener, Chaderjian, Northcutt & Wolfe, 1995).

Muitos dos sintomas da PHDA (como por exemplo, dificuldades atencionais e de concentração, memória de trabalho e funções executivas) são comparáveis com os sintomas de pacientes que sofrem de danos no lobo frontal, destacando-se assim a importância das redes corticais frontais (Carter, Krener, Chaderjian, Northcutt & Wolfe, 1995).

Dependendo da dimensão atencional, numerosos estudos demonstraram mecanismos complexos de processamento. No caso de défices na inibição e capacidade de memória de trabalho visuo-espacial, podem ser observadas lesões ao nível do giro frontal inferior direito.

A activação e as suas projecções no hemisfério direito parecem ser influenciada pelo sistema noradrenérgico (*locus coeruleus*) (Spencer, Biederman & Mick, 2007).

Ströhle et al. reportaram défices de factores motivacionais através de um estudo através de fMRI, utilizando um paradigma de feedback positivo e remoção de feedback positivo. Estes investigadores verificaram então uma diminuição da activação do *Striatum Ventral* (na expectativa de feedback positivo) e um aumento da activação do córtex orbito-frontal (na resposta sobre o tipo de feedback). Neste estudo, estão patentes as correlações negativas entre hiperactividade e impulsividade em relação à activação do *Striatum Ventral*. (Spencer, Biederman & Mick, 2007)

No que concerne ao efeito da PHDA em todas as regiões cerebrais, Castellanos et al. (cit in Spencer, Biederman & Mick, 2007) conduziram um estudo de neuroimagem, enfocando as trajectórias de desenvolvimento. Os autores chegaram à conclusão de que a actividade em quase todas as regiões cerebrais diminui significativamente em crianças e adolescentes com PHDA. Curiosamente, os autores não encontraram evidência de alterações principalmente ao nível frontal, contrariando assim o que foi mencionado nos parágrafos acima. No entanto, e com base numa análise mais ampla das diferentes unidades cerebrais, os autores concluem que estes resultados não podem ser considerados como prova contra a inter-relação entre a sintomatologia e as redes de PHDA e a zona fronto-estriatal. Concentrando-se na curva de crescimento fundamental de desenvolvimento das regiões cerebrais diferentes, os autores não encontraram diferentes trajectórias para as crianças ou adolescentes com PHDA (Spencer, Biederman & Mick, 2007).

Estes resultados implicam que nenhum processo fundamental do desenvolvimento pode ser observado, mesmo que o volume cerebral regional do grupo PHDA seja menor em relação ao grupo de controlo (Spencer, Biederman & Mick, 2007).

Em anexo encontram-se ainda uma tabela onde são explanados os correlatos neurobiológicos bem como a sobreposição de sintomas com outras perturbações psiquiátricas, perturbações estas apontadas como comorbilidades. (CF. no Anexo B)

2.4 Curso e Prognóstico

O curso de desenvolvimento da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção é extremamente heterogéneo, tendo, entre outros factores, resultados de comorbilidades variadas. Diferentes estudos relatam uma relação muito forte, especialmente com o abuso de substâncias, transtornos afectivos, anti-social e perturbação de personalidade borderline. As razões para estas sobreposições são múltiplas e estão relacionadas com a semelhança entre os mecanismos de processamento neurobiológicos das diferentes perturbações.

Devido à comorbilidade e défices causados pela PHDA, muitas vezes, surgem outras deficiências que influenciam negativamente a vida social e o bem-estar emocional da pessoa afectada. Dificuldades na organização das actividades diárias podem levar a problemas no trabalho, em casa, e nas relações sociais (Pérez, 2009).

Problemas como a regulação da emoção negativa podem intensificar ainda mais a pressão psicológica da pessoa afectada e dos que a rodeiam, aumentando o risco de desenvolver perturbações de comorbilidades como é o caso da Depressão Major e da perturbação de Ansiedade. A gravidade da PHDA pode ainda variar de acordo com as características do indivíduo e dos recursos que este detém (Kooij et. al, 2010).

No que concerne ao prognóstico do PHDA, este será tanto melhor quanto menor for a concomitância de comorbilidades e mais cedo for diagnosticado.

2.5 Diferenças de Género e Culturais

Diferenças na apresentação de PHDA com base na cultura e género contribuem para mais um desafio do diagnóstico. Como observado anteriormente, o PHDA em adultos ocorre em todos os grupos étnicos e nacionalidades. No entanto, perceber a importância dos sintomas, ou o grau de comprometimento, pode variar de acordo com a cultura ou ambiente familiar, podendo nem ser suficientes para que o paciente e a família contactarem um profissional (Weisler & Goodman, 2008).

A Prevalência de PHDA é maior no sexo masculino do que no em proporções relatadas de 2:1-9:1. No sexo masculino torna-se mais comum o subtipo hiperactivo do que no sexo feminino, a dificuldade de aprendizagem, problemas de comportamento na escola, e de conduta ou transtorno opositivo-desafiador. Entre os adultos, o homem é relatado, em relação à mulher, como tendo cerca de 3:2,9 e a sendo a expressão da doença semelhante em ambos os sexos. No entanto, um dado curioso é o facto de as mulheres poderem ter menor probabilidade de ter PHDA na infância, talvez devido à ausência de menor intensidade de comportamentos hiperactivos. Tal

pode contribuir para que diagnosticar PHDA na vida adulta exija um maior esforço (Brown, 2009).

Segundo o autor, existem ainda muitos profissionais que crêem que o PHDA é apenas uma doença do sexo masculino (Chavarela, 2009).

3. Comorbilidades

Há provas convincentes de que o PHDA aumenta a predisposição por outras perturbações psiquiátricas. Mais de 80% dos sujeitos com PHDA tenham pelo menos uma outra perturbação, mais de 50% tiveram duas outras perturbações e mais de um terço havia pelo menos três outros transtornos, é nitidamente superior em nossos grupos de controlo em ambos os estudos (Brown, 2009). Encontra-se na literatura o risco significativamente elevado de crianças e adultos com PHDA apresentarem também perturbação de oposição e, em menor medida para perturbação de alteração de comportamento).

As comorbilidades que se apresentam com maior frequência em adultos com PHDA incluem o abuso de substâncias, bem como as perturbações de humor, de ansiedade, de aprendizagem e de personalidade.

Inquéritos epidemiológicos levados a cabo pela OMS, relatam que adultos com PHDA têm 4 vezes maior propensão a ter um distúrbio de ansiedade, 3,9 vezes mais a ter uma perturbação de humor e 7,2 vezes mais propensos a ter perturbações psiquiátricas do que aqueles sujeitos que não têm PHDA. É ressaltada ainda uma prevalência de 38,3% para uma perturbação de humor e de 47,1% para perturbação de ansiedade entre adultos com PHDA (Barkley, 2007).

Entre os adultos com perturbação bipolar, aqueles que também tem PHDA são mais propensos a tentar o suicídio do que aqueles não têm PHDA. Segundo Sobanski, Brüggemann, Alm, Kern, Deschner, Schubert, Philipsen e Rietschel (2007), as taxas de suicídio em pacientes com perturbação bipolar oscilam entre 15 a 22 vezes mais do que na população em geral. Um adulto com PHDA pode complicar ainda mais os riscos de aumento da impulsividade, agressividade, consumo tabagico, e abuso de substâncias, que são factores de risco independentes para o suicídio em doentes com perturbação bipolar. A história da tentativa de suicídio foi relatada em 15% dos 60 jovens adultos com PHDA do tipo misto e em 3% dos 36 jovens adultos com tipo predominantemente desatento de PHDA.

3.1 Comorbilidade com os eixos I e II

O debate sobre a validade da perturbação de défice de atenção/hiperactividade (PHDA) na idade adulta é também alimentado pela incerteza no que concerne às potenciais implicações de comorbilidade no Eixo I e no Eixo II das perturbações psiquiátricas (Lucier, 2009).

Num estudo levado a cabo por Miller, Nigg e Faraone (2007) 363 adultos com idades compreendidas entre 18-37 responderam a entrevistas clínicas semi-estruturadas, sendo

entrevistados também as pessoas chegadas a estes sujeitos (informadores de estes sujeitos, como amigos, familiares...). Os resultados concluíram que o tipo de PHDA misto demonstra um excesso de externalização e internalização de perturbações do eixo I, sendo que a relação entre gravidade e tipo de PHDA aqui se denota mais no tipo predominantemente desatento. Outra conclusão deste estudo remeteu-se ao facto de que o tipo PHDA misto e o tipo PHDA impulsivo não diferiam em frequência de perturbações do Eixo II. Concluiu-se também que o PHDA em geral está associado com o aumento de taxas de perturbações do Eixo II, em comparação com as taxas do grupo de controlo de sujeitos sem PHDA, principalmente para perturbações de personalidade borderline. Por último, o PHDA foi gradualmente associado com as avaliações clínicas globais de resultados superiores e inferiores às condições de comorbilidade ou sintomatologia tanto no eixo I como II (Lucier, 2009).

Em anexo, encontra-se uma tabela onde são explanadas de forma sistematizada as comorbilidades da PHDA e a manifestação dos respectivos sintomas. (CF.em anexo A)

3.2 Comorbilidade com transtornos de uso de substâncias (SUD)

Estudos prospectivos mostram um aumento da taxa de abuso de substâncias. Verifica-se em muitos casos, uma forte associação entre o consumo de substâncias e alterações de comportamento na infância ou um ambiente social negativo. Muitos pacientes relatam uma melhor capacidade de concentração quando se encontram sob o efeito de substâncias estimulantes. Tal trará consequências importantes, em primeiro lugar, para o diagnóstico, em segundo lugar para o esclarecimento dos sintomas específicos do PHDA sob o efeito de substâncias ou não. Por outro lado, tem sido mencionada uma percentagem entre 10 e 75% para grupos de adolescentes e adultos que tenham PDAH e tenham perturbação de abuso de substâncias (Spencer, Biederman & Mick, 2007).

Os indivíduos com PHDA e que abusem do consumo de substâncias têm uma dependência mais grave do que aqueles que manifestam perturbação de uso de substâncias mas não apresentem PHDA, tendo também mais dificuldade em permanecer em tratamento e em recuperarem (Wilens, Lenard, Adler, Weiss, Michelson, Ramsey, Moored, Renard, Brady, Trzepacz, Schuh, Ahrbecker & Levine, 2008).

No entanto, e relativamente ao tratamento, existem, segundo Kelsey, Wernicke, Dietrich e Milton (2003) poucas provas empíricas que orientem como este tipo de população deve ser tratada antes e, durante e depois da remissão do consumo de substâncias.

Dada a elevada a comorbilidade entre SUD e PHDA, têm-se descoberto tratamentos eficazes para adultos com PHDA e abuso de substâncias (Bierdman, 2003; Wilens, Adler, Weiss, Michelson, Ramsey, Moore, Renard, Brady, Trzepacz, Schuh, Ahrbecker & Levine, 2008).

A descoberta de tratamentos eficazes para adultos com PHDA e transtornos por uso de álcool ou drogas é um problema de saúde clínica e pública, sendo que a farmacoterapia é um tratamento fulcral nesta dual problemática (Bierdman, 2003).

3.3 Comorbilidade com Perturbações do Sono

As perturbações do sono e o PHDA, têm conduzido a um punhado de estudos que descrevem o sono como estando presente quer em populações clínicas com tratamento farmacológico como em populações em que tal não se verifica (Rothand & Zinsenheim, 2009).

No que respeita ao aumento da actividade motora durante o sono em adultos com PHDA, esta verificação pode explicar o porquê dos adultos com PHDA sentirem que quando se levantam de manhã não descansam (Schredl, Alm & Sobanski, 2007).

O aumento da actividade motora durante o sono em adultos com PHDA pode de alguma forma estar relacionado com movimentos excessivos dos membros e com o despertar do sono relacionado com perturbações respiratórias (Lamberg, 2001).

Segundo Rothand e Zinsenheim (2009), a revisão da literatura sobre este assunto também permite concluir que certos parâmetros do sono melhoram ou pelo menos não são agravados pelo tratamento com estimulantes, dependendo dos parâmetros de sono avaliados. No entanto, os autores ressaltam a importância de diferenciar a ocorrência de insónia transitória associada ao uso de estimulantes a longo prazo.

Apesar destes dados, o número de estudos disponíveis é limitado para que se possam tirar conclusões plausíveis. Além do número de estudos ser limitado existe também a desvantagem dos que são levados a cabo não fazerem uso dos mesmos instrumentos, dificultando assim a comparação e generalização dos dados (Schredl, Alm & Sobanski, 2007).

3.4 Perturbação de personalidade anti-social / Delinquência

A presença de comportamentos de oposição e, conseqüentemente, o desenvolvimento de uma Alteração do comportamento elevam o risco de desenvolvimento de uma perturbação de personalidade anti-social. Em adultos com PHDA, estes sintomas muitas vezes são expostos por comportamentos agressivos no trânsito, delinquência, e abuso de substâncias e álcool. O domínio da delinquência em especial, desempenha um papel significativo, com diferentes estudos que destacam a relação com o PHDA, a personalidade anti-social e o comportamento delinvente. Rösler et al. (*cit. in* Spencer, Biederman & Mick, 2007) desenvolveram um estudo com 129 reclusos do sexo masculino, relatando uma taxa de 45% de prevalência de PHDA, de acordo com os critérios do DSM-IV. Deste modo, os subtipos de PHDA foram distribuídos da seguinte forma: 21,7% do tipo misto, 21,7% do tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo e 1,6% do tipo predominantemente desatento. Com excepção do último tipo, todos os resultados foram significativos em relação ao grupo controlo. Quanto à perturbação de personalidade anti-social, os autores detectaram uma prevalência taxa de 9,3%. Esta diferença não é estatisticamente significativa, no entanto acaba por reflectir uma tendência.

3.5 Perturbação Bipolar

A comorbilidade entre perturbação bipolar e PHDA dá que gera uma discussão mais activa (Carlson, 1998).

Existe a evidência de uma sobreposição de sintomas maníacos e PHDA na infância, no entanto, esta comorbilidade na fase adulta é mais controversa. Um estudo de 1000 adultos com perturbação bipolar não apresentou provas de um elevado número de comorbilidade com PHDA (5,3%) não ultrapassando por isso a prevalência de adultos PHDA avaliados na população geral (Sobanski, Brüggemann, Alm, Kern, Philipsen, Schmalzried, Heßlinger, Waschkowski & Rietschel, 2008). Por outro lado, dois outros inquéritos também levados incidentes em adultos com PHDA relataram uma taxa de prevalência de perturbação bipolar de 4% e 4,5%, apontando para uma maior prevalência de perturbação bipolar em adultos com PHDA que na população em geral (Sobanski, Brüggemann, Alm, Kern, Philipsen, Schmalzried, Heßlinger, Waschkowski & Rietschel, 2008).

A perturbação bipolar e a perturbação de hiperactividade e défice de atenção tendem a manifestar sintomas clínicos semelhantes (Galanter, Pagar, Davies, Li, Carlson, Abikoff, Arnold, Bukstein, Pelham, Elliott, Hinshaw, Epstein, Wells, Hechtman, Newcorn, Greenhill, Wigal, Swanson & Jensen, 2005; Kent & Craddock, 2003).

Torralva, Gleichgerrcht, Torrente, Roca, Strejilevich, Cetskovich, Lischinsky e Manes (2010) compararam o perfil neuropsicológico do adulto com PHDA e Perturbação Bipolar com um grupo de controlo, a fim de compreender a forma em que a avaliação cognitiva global pode contribuir para a sua discriminação por diferentes entidades clínicas, bem como o seu diagnóstico diferencial. Todos os grupos foram emparelhados relativamente à idade, sexo e anos de educação. Os participantes foram também avaliados com uma ampla bateria neuropsicológica de avaliação de múltiplos domínios. Em comparação com o grupo de controlo, os sujeitos com perturbação bipolar obtiveram um menor desempenho em tarefas de memória imediata, memória verbal e não verbal e nas tarefas de funcionamento executivo.

Notavelmente, a perturbação PHDA teve um desempenho significativamente melhor que a perturbação Bipolar na fase de reconhecimento tanto na tarefa de memória da lista de Rey como na figura de Rey. A melhor prestação dos pacientes com PHDA sobre os pacientes com perturbação Bipolar pode demonstrar o papel crucial que a componente executiva tem sobre os défices da memória e proporcionar apoio empírico para a diferenciação do perfil neuropsicológico da perturbação bipolar e dos pacientes adultos com PHDA na prática clínica.

3.6 Perturbações depressivas

A instabilidade emocional geralmente ocorre em adultos PHDA (Fischer, Bau, Grevet, Salgado, Victor, Kalil, Sousa, Garcia & Belmonte-de-Abreu, 2007).

Muitos pacientes, por exemplo, demonstram reacções extremas frustrantes aos acontecimentos. As alterações de humor rápido são também características desta perturbação

(Michelson, Adler, Spencer, Reimherr, West, Allen, Milberger, Biederman, Faraone, Murphy, & Tsuang, 1995).

Num estudo realizado tendo por base esta comorbilidade foi encontrada a concomitância de 15% dos casos. Além deste dado, 7,6% da amostra preenchem os critérios diagnósticos de perturbação distímica e 10,4% de perturbação bipolar.

É de ressaltar que as perturbações de humor incluem sintomas semelhantes aos da PHDA, o que resulta na sobreposição de critérios sintoma.

Wilens *et al.* (*cit.* in Spencer, Biederman & Mick, 2007) refere que o PHDA as perturbações bipolares são claramente distinguíveis.

3.7 PHDA e Tiques

Indivíduos com PHDA manifestam taxas mais altas de perturbações de tiques, o que pode contribuir para uma disfunção adicional devido a distrações e défices sociais directamente atribuíveis aos movimentos ou inclusive verbalizações (Spencer, Biederman & Mick, 2007).

Uma série de estudos têm observado que o tratamento anti-PHDA é altamente eficaz para os comportamentos de PHDA, como sendo a agressão e défices de habilidades sociais nestes sujeitos (Spencer, Biederman & Mick, 2007).

3.8 As perturbações de ansiedade

Muitas das pessoas com PHDA desenvolvem estratégias de evitamento para situações desencadeadoras de ansiedade, com o intuito de controlar o seu problema. No entanto, torna-se inevitável o confronto com situações individuais geradoras de ansiedade existindo um efeito causal da sintomatologia do PDHA sobre os sentimentos de ansiedade (McGough, Smalley, McCracken, May Yang, Del'Homme, Lynn & Loo, 2005).

Um aumento do nível geral de excitação, bem como a tendência de hiper-concentração pode facilitar o desenvolvimento de uma perturbação de ansiedade. Diferentes estudos sobre a comorbilidade de perturbações de ansiedade e PHDA sublinham estes factos. Biederman refere uma taxa de prevalência de 50% de perturbações de em pacientes afectados pela PHDA na idade adulta (Chavarella, 2009).

3.9 Perturbação de personalidade borderline

A comorbilidade de PHDA e transtorno de personalidade borderline pode ser vista como um grande desafio para o diagnóstico.

A PHDA e a perturbação de personalidade Borderline compartilham algumas similaridades no relativamente às características clínicas (como por exemplo a impulsividade, a desregulação emocional e o défice cognitivo) (Biederman, Faraone, Spencer, Wilens, Norman, Lapey, Mick, Lehman & Doyle, 1993).

Segundo Philipsen (2006) a PHDA na infância está altamente associada com o diagnóstico de perturbação de personalidade borderline na vida adulta, ocorrendo a concomitância de PHDA e a perturbação de personalidade borderline na vida adulta.

Estudos acerca do tratamento, revelam uma notória eficácia de tratamentos com terapia comportamental dialéctica e psicoterapia comportamental dialéctica na perturbação de personalidade Borderline e PHDA, respectivamente.

Estudos psicofarmacológicos e de neuroimagem evidenciam também uma disfunção comum ao nível neurobiológico que sugerem a hipótese de que o PHDA e a perturbação de personalidade não possam ser consideradas perturbações distintas, mas sim, representativas da mesma dimensão de perturbação num subgrupo de pacientes (Schmidt & Petermann, 2009).

4. Comprometimento Funcional e psicológico

PHDA tem um amplo impacto na vida adulta, manifestando-se como dificuldades educacionais, interpessoais, físicas, emocionais e profissionais (Barkley & Murphy, 2010). Estudos controlados demonstram que adultos com esta perturbação em adultos e, não sendo tratada até então, têm maior probabilidade de problemas em fazer amigos, e uma maior incidência de problemas interpessoais do que aqueles que não manifestam esta perturbação (Murphy & Barkley, 1996).

4.1 Problemas de emprego

Vários profissionais referem que quer adultos quer crianças com PHDA experienciam problemas significativos nas suas vidas profissionais.

No estudo UMass verificou-se que adultos com PHDA experimentavam uma série de problemas nos seus locais de trabalho sendo esses problemas devidos ao relacionamento com os outros, a problemas de comportamento, desistências por tédio e dificuldades em manter a disciplina face a superiores (Biederman & Faraone, 2006).

4.2 Problemas e riscos na condução de veículos

A condução e todos os riscos que a ela estão inerentes é uma das temáticas que mais mais comumente é alvo de estudos (Dobbs, 2005).

As dificuldades comportamentais e emocionais, como a baixa tolerância à frustração, agressividade, procura de sensações, impulsividade, e altos níveis de energia são factores que contribuem para os resultados negativos de condução (Biederman, Monuteaux, Mick, Spencer, Wilens, Silva, Snyder, Faraone, 2009).

Como essas características também descrevem indivíduos adolescentes e jovens adultos com diagnóstico de PHDA, a PHDA é encarada como capaz de causar o elevar desse risco (Thompson, Molina, Pelham & Gnagy, 2007).

São mais propensos a apresentar comportamento de risco e para receberem “comentários” durante o trânsito do que indivíduos sem TDAH (Biederman, Fried, Monuteaux, Reimer, Coughlin, Surman, Aleardi, Dougherty, Schoenfeld, Spencer & Faraone, 2007).

Uma pesquisa anterior, de facto, apoiar uma associação entre o TDAH e alguns desfechos negativos relacionados com a condução (Faraone, Spencer, Montano & Biederman, 2004).

4.3 Problemas ao nível marital, sexual e reprodutivo

Existem estudos que têm demonstrado um maior risco de vida sexual em adolescentes e adultos com TDAH. No entanto, estes riscos são mais elevados por níveis mais elevados de problemas de comportamentos, não sendo exclusivos do PHDA por si só (Barkley, 2007).

Um estudo, levado a cabo por Eakin, Minde, Hechtman, Ochs, Krane, Bouffard, Greenfield e Looper (2004) tentou examinar-se o funcionamento de adultos com PHDA e da sua família. As conclusões deste estudo firmam que em comparação com outros adultos, adultos com esta perturbação sentem uma menor satisfação com as suas relações familiares, sendo que as áreas onde se sentem mais negativamente envolvidos são: a comunicação, a resolução de problemas e os papéis familiares. Esta investigação, permitiu concluir também que adultos com PHDA se sentem menos satisfeitos que o seu cônjuge referindo estes sujeitos também uma menor qualidade de vida.

5. Avaliação Neuropsicológica do PHDA

A avaliação neuropsicológica não se limita somente a aplicação de testes psicométricos e neuropsicológicos organizados em baterias, mas também possibilita a avaliação destes instrumentos com a patologia neurológica e/ou comportamental. A avaliação deve então facultar um perfil neuropsicológico do paciente que, combinado à avaliação dos aspectos neurológicos e clínicos, psicológicos e sociais, permitirá auxiliar o diagnóstico do PHDA em adultos (Azambuja, 2009).

Estudos que contemplam défices da PHDA demonstram que esta perturbação se relaciona com diversos défices neuropsicológicos, tanto em adultos, como em crianças (Frazier, Demaree & Youngstrom, 2004). Assim, testes neuropsicológicos podem ser de extrema importância para delinear o perfil cognitivo e, desta forma, contribuir para o estabelecimento de um diagnóstico clínico nesta perturbação, principalmente em adultos, onde os sintomas desta perturbação são menos evidentes e mais “camufláveis”.

5.1 Escala de Wechsler de Inteligência para Adultos – WAIS III

A escala de Wechsler de Inteligência para Adultos – WAIS III Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III; Wechsler, 1997; aferição portuguesa 2008). É considerado uma ferramenta de avaliação bastante flexível que permite a avaliação de componentes cognitivos específicos, como as funções executivas, a linguagem e a memória. Tal é tido através de quatro domínios específicos, sendo eles: a Compreensão Verbal (CV), Organização Perceptual (OP), Memória de Trabalho (MT) e velocidade de Processamento (VP). No caso de pacientes com PHDA, torna-se necessária a aplicação dos últimos dois domínios. O índice de memória de trabalho relacionar-se-á com a capacidade de atenção à informação, a forma como se mantém e a processa na memória, para posteriormente se poder emitir uma resposta. Os subtestes que compõem este domínio são dígitos, aritmética e sequência de números e letras. Por sua vez, o domínio de velocidade de processamento (VP) está relacionado com a resistência à distração, medindo assim os processos relacionados à atenção, memória e concentração, indispensáveis para o processamento da informação visual. Esta escala pode ser aplicada a sujeitos cujas idades estejam compreendidas entre os 16 e os 89 anos (Simões, 2005).

5.2 Teste de Atenção Concentrada

Este teste pode ser aplicado a sujeitos entre os 9 e os 59 anos e tem como objectivo a medição da atenção concentrada, da capacidade de concentração e a análise da flutuação da atenção, examinando assim as perturbações da atenção (Brickenkamp, 2002, *cit in* Azambuja, 2009)

5.3 Teste de Wisconsim de Classificação de Cartas (WCST)

Esta é uma ferramenta útil para a função executiva (planeamento, flexibilidade do pensamento, memória de trabalho, monitorização e inibição de perseverações) que pode ser aplicado a sujeitos entre os 6,5 e os 89 anos de idade. Requer a capacidade do examinando para desenvolver e manter uma estratégia apropriada de solução de problema por meio de condições de estímulos mutáveis com o intuito de futuramente atingir uma meta. Este teste é constituído por 4 cartas-estímulo e 128 cartas-resposta, que representam figuras de variadas formas, cores e números. Fornece tanto scores objectivos de sucesso total como fontes específicas de dificuldade na tarefa (Cunha, 2005 *cit in* Azambuja, 2009).

6. Escalas da PHDA

As Escalas de avaliação são rentáveis e valiosas porque permitem aos profissionais clínicos a obtenção de uma grande quantidade de dados de forma rápida, incluindo a presença e severidade dos sintomas. Para além da grande quantidade de informação, estas escalas contribuem também para o auxílio do diagnóstico, sendo que quanto mais efectivo este for

melhor será a resposta ao tratamento, podendo esta resposta ser também avaliada por escalas (Kessler, Adler, Gruber, Sarawate, Spencer & Brunt, 2007).

De entre as limitações destaca-se a exigência da familiaridade com o comportamento da pessoa, o facto de as comorbilidades distorcerem a percepção das escalas de avaliação e de algumas escalas de auto-registo serem de índole não confiável (Murphy & Adler, 2004).

As escalas mais comumente empregues actualmente concentram-se na avaliação dos sintomas actuais de PHDA e em relatórios retrospectivos da sintomatologia desta perturbação na infância do indivíduo (Murphy & Adler, 2004).

Quando aplicadas correctamente as escalas de classificação PHDA são capazes de reflectir com precisão frequência a gravidade dos sintomas (Kessler, Adler, Gruber, Sarawate, Spencer & Brunt, 2007).

6.1 Adult PHDA Self-Report Scale-v1.1 Symptom Checklist e PHDA Rating Scale-IV

A escala Self-Report Scale-v1.1 (ASRS-V1.1) Symptom Checklist para adultos com PHDA, composto por 18 questões e é semelhante a outras escalas de avaliação para os adultos elaboradas pela Organização Mundial da Saúde. Esta escala, baseada nos critérios do DSM-IV, permite fazer um screening através de um subconjunto de 6 perguntas (ASRS-Screener v1.1) e medindo a frequência de sintomas (Kessler, Adler, Gruber, Sarawate, Spencer & Brunt, 2007).

A Self-Report Scale-v1.1 (ASRS-V1.1) Symptom Checklist para adultos foi desenhada com o intuito não de perceber a gravidade da sintomatologia mas sim permitir aos pacientes que se concentrem para perceberem com que frequência os sintomas ocorrem e como ocorrem (Kessler, Adler, Gruber, Sarawate, Spencer & Brunt, 2007).

Uma característica única da ASRS-V1.1 Symptom Checklist é ser uma escala expandida de 0 a 4, em que o "nunca" e "raramente" são pontuações separadas das outras pontuações uma vez que são respostas demasiado extremistas e que são demasiado diferentes para serem considerados parte da mesma resposta. Ainda assim, o 0= nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes 3 = frequentemente, 4 = muito frequentemente (Kessler, Adler, Gruber, Sarawate, Spencer & Brunt, 2007).

A formulação das perguntas na ASRS-V1.1 Symptom Checklist difere um pouco da redacção de outras escalas para a PHDA. Ao contrário dos itens de outras escalas de avaliação da PHDA, as questões da ASRS-V1.1 Symptom Checklist são projectados para atender um adulto, ao invés de uma criança. A título de exemplo, referências a "brincar" e "escola" têm sido alteradas. A linguagem no ASRS-V1.1 Symptom Checklist também fornecem um contexto para que os sintomas que os adultos possam relacionar os seus sintomas. Por exemplo, o item "perde coisas necessárias para tarefas ou actividades" da PHDA RS-IV foi alterado para "quantas vezes você perde ou tem dificuldade em encontrar as coisas em casa ou no trabalho?" na ASRS-V1.1 Symptom Checklist. Outra modificação feita à ASRS-V1.1 Symptom Checklist foi eliminar perguntas que pedem mais do que um sintoma. Por exemplo, "não dá muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido em actividades escolares" da PHDA RS-IV tornou-se "com que

frequência comete erros por descuido quando tem que trabalhar numa tarefa aborrecida ou difícil?" para a ASRS- v1.1 Symptom Checklist (Kessler, Adler, Ames, Demler, Faraone, Hiripi, Howes, Jin, Secnik, Spencer, Ustun e Walters, 2005).

A ASRS-Screener v1.1 (CF. Anexo D) pode ser usado para identificar correctamente os casos em adultos com PHDA, enquanto que o ASRS-V1.1 Symptom Checklist (CF. Anexo C) pode ser integralmente utilizada para avaliar os sintomas de PHDA de um paciente e pode ser particularmente vantajoso depois de uma identificação positiva com a PHDA ASRS-V1.1 Screener (Kessler, Adler, Ames, Demler, Faraone, Hiripi, Howes, Jin, Secnik, Spencer, Ustun e Walters, 2005).

6.2 Escala de sintomas Actuais (Current Symptoms Scale)

Na Escala Current Symptoms constam questões que incidem no comportamento dos sujeitos adultos com PHDA nos últimos 6 meses. Existem duas versões disponíveis: uma foi elaborada para ser preenchida por pacientes adultos e outra por um informante, um cônjuge, amigo ou familiar chegado (Mautone, Dupaul, Jitendra, Tresco, Junod & Volpe, 2009).

A escala inclui três secções principais, cada uma avalia a intensidade dos sintomas numa escala de 0-3 (0 = nunca ou raramente, 1 = às vezes, 2 = muitas vezes, 3 = muito frequentemente). A primeira secção, como na PHDA RS-IV, contém perguntas que correspondem aos 9 sintomas de desatenção e os nove sintomas de hiperactividade/impulsividade presentes no DSM-IV. Embora a linguagem seja semelhante à da RS PHDA-IV, a formulação da Escala de sintomas actuais foi adaptada para auto-avaliação do adulto e por um relatório do observador do adulto em vez de um relatório de um pai ou professor como acontece no caso das crianças (Mautone, Dupaul, Jitendra, Tresco, Junod & Volpe, 2009).

Outra parte da actual escala de sintomas é uma secção para a classificação de sintomas. A partir dos 18 sintomas do DSM-IV são formuladas perguntas com o intuito de perceber a interferência que há na capacidade do paciente para funcionar em áreas como casa, trabalho, escola, comunidade, direcção e gestão financeira. A última secção da escala permite através de uma taxa conhecer quantas vezes os pacientes experimentam sintomas de perturbação opositiva (Mautone, Dupaul, Jitendra, Tresco, Junod & Volpe, 2009).

6.3 Escala de Conners' (CAARS) para adultos com PHDA

Nesta escala constam listas de sintomas que podem cujas respostas podem ser classificáveis segundo desde “nada” “apenas um pouco” “bastante” e “muito” (Murphy & Adler, 2004).

Uma escala, tendo por base esta, foi também concebida para auto-relatório do paciente. Uma outra variante está disponível para a conclusão de um observador, como um, amigo dos pais, cônjuge ou para os clínicos que podem recolher dados que corroborem e compará-los com a auto-avaliação do paciente. Ambas as versões, quer a de auto-relato quer a do observador do CAARS estão disponíveis em três comprimentos de triagem (Murphy & Adler, 2004).

6.4 Escala de Wender Utah (Wender Utah Rating Scale - WURS)

A WURS é um instrumento de avaliação utilizado para diagnosticar a infância de um PHDA de forma retrospectiva (Kessler, Adler, Gruber, Sarawate, Spencer & Brunt, 2007).

Contém 61 itens para que os adultos possam classificar como os sintomas na infância variavam de intensidade, podendo esta ser classificável desde "nada ou muito pouco", "Moderadamente", "moderadamente", "um pouco" ou "muito" (Kessler, Adler, Gruber, Sarawate, Spencer & Brunt, 2007).

A validade do WURS foi avaliada por uma correlação entre os scores na WURS $r = 0.41$ ($p < 0,05$, $df = 65$) (Kessler, Adler, Gruber, Sarawate, Spencer & Brunt, 2007).

6.5 Escala de Brown para Adultos com PHDA (Brown Attention-Deficit Disorder Rating Scale for Adults- ADD)

Segundo Kessler, Adler, Ames, Demler, Faraone, Hiripi, Howes, Jin, Secnik, Spencer, Ustun e Walters (2005) a publicação desta escala foi antecedente à publicação dos critérios para o PHDA pelo DSM-IV.

Essa escala é baseada numa série de sintomas descritos por estudantes do secundário e universitários com ADD não-hiperactivo. A Brown ADD avalia para adultos cinco dimensões de sintomas que incluem: a organização do trabalho, manter a atenção e concentração, atenção e esforço de manutenção, gestão de frustração e outras emoções e a memória de trabalho. Para testar a validade desta escala, foram recolhidos dados normativos de 142 pacientes (71 com diagnóstico de ADD e 71 com diagnóstico de PHDA) e 143 indivíduos do grupo controlo, concluindo através do coeficiente de alfa de Cronbach que a consistência interna desta escala é elevada (Kessler, Adler, Ames, Demler, Faraone, Hiripi, Howes, Jin, Secnik, Spencer, Ustun e Walters, 2005).

7. Tratamento

Apesar da constante evolução e inovação de investigações e por conseguinte construção de teorias, na actualidade não existe um modelo unitário para a intervenção terapêutica no PHDA. O que prevalece a um nível teórico é um acordo generalizado onde é considerado que o tratamento se implemente de forma complementar e coordenada a nível multidisciplinar (Pérez, 2009).

Devido ao cerne do problema, existe inequivocamente a necessidade de uma intervenção em que participem ao mesmo nível diferentes profissionais de diversas áreas como: a educação, a psicopedagogia, a psicologia clínica, a medicina, entre outras. Os autores defendem ainda que ao não se ter em conta uma pluridisciplinaridade integrada, são os pacientes que manifestam este e outros défices que acabam por ser mais fortemente prejudicados, não lhes sendo atribuída a atenção que merecem e precisam (Doyle, Montauk, Wender & Wolf, 2002).

7.1 Tratamento Farmacológico

Depois de serem discutidos os sintomas do PHDA, bem como as suas metas de tratamento com o paciente, o paciente deve também iniciar o seu tratamento farmacológico.

Muitos são os mitos que cercam o tratamento medicamentoso para a PHDA, sendo que um dos mais frequentes se resume à crença dos estimulantes serem viciantes (Etchepareborda, 2002).

Embora muitos adultos que manifestem a PHDA necessitem de intervenção clínica, os tratamentos para neste sector continuam ainda a ser escassos ou não tão investigados como seria desejável (Etchepareborda, 2002).

A Farmacoterapia destaca-se como uma opção de primeira linha de tratamento para pacientes com PHDA de todas as idades. Em particular, os medicamentos psicoestimulantes são aqueles que mais bem estudados são e prescritos quer para crianças quer para adolescentes (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997; Greenhill, 2001 *cit in* Pérez, 2009). Contudo, e apesar da sua eficácia em doentes adultos com PHDA, estudos de utilização de medicamentos em adultos são comparativamente mais limitados e menos detalhados do que em crianças (Dodson, 2005; Spencer, Biederman, e Wilens, 2004 *cit in* Etchepareborda, 2002).

Na seguinte tabela, estão listados os fármacos que segundo Ramos-Quiroga, Bosch-Munsó, Castells-Cervelló, Nogueira-Morais, García-Giménez e Casas-Brugué (2006) têm contribuído para resultados favoráveis no tratamento da perturbação de hiperactividade e défice de atenção em adultos bem como o mecanismo pelo qual resulta esta eficácia.

Tabela 2. Fármacos que demonstram ser eficazes para o tratamento da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção

Mecanismos de Acção	
Psicoestimulantes	
Anfetaminas	Estimulação de Dopamina e noradrenalina Inibição da Recaptação de Dopamina e Noradrenalina Inibição de Monoaminoxidase
Metilfenidato	Inibição da Recaptação de Dopamina e Noradrenalina
Pemolina	Inibição da Recaptação de Dopamina Estimulação da Liberação de Dopamina
Modafinilo	Estimulação Adrenérgica
Não Estimulantes	
Antidepressivos Triciclicos	Inibição da Recaptação de Noradrenalina

Atomoxetina	Inibição da Recaptação de Noradrenalina
Buspiridona	Inibição da Recaptação de Dopamina e Noradrenalina

(Ramos-Quiroga, Bosch-Munsó, Castells-Cervelló, Nogueira-Morais, García-Giménez & Casas-Brugué, 2006)

De entre estes fármacos, os psicoestimulantes, em particular o metilfenidato, são dos mais estudados em crianças com perturbação de hiperactividade e défice de atenção, no entanto, e uma vez mais, comparativamente com os dados disponíveis acerca da eficácia e segurança em adultos são mais escassos (Pérez, 2009).

A Atomoxetina revolucionou a abordagem terapêutica no tratamento da PHDA, sendo que é o primeiro fármaco não psicoestimulante que demonstrou convincentemente a sua eficácia tanto em crianças como em adultos Etchepareborda (2002).

Devido à gravidade e abrangência de sintomatologia na PHDA, a farmacoterapia é para Etchepareborda (2002) o único tratamento insuficiente para mais de 50% dos pacientes adultos com esta perturbação. Mesmo aqueles que respondem positivamente, necessitam de tratamento psicoterapêutico em simultâneo.

Para Doyle, Montauk, Wender e Wolf (2002), a medicação é contemplada como o principal tratamento, no entanto, a grande complexidade desta perturbação associada às comorbilidades e à presença de problemas de comportamento, torna imprescindível a aplicação de um tratamento multidisciplinar e multifocal.

Desta forma, o êxito do enfoque terapêutico requererá a capacidade de coordenar uma equipa conjunta, de forma a que as intervenções farmacológicas e não farmacológicas não sejam mutuamente excludentes mas sim integrativas (Conners, Epstein, March, Angold, Wells, Klaric, Swanson, Abikoff, Arnold, Greenhill, Hechtman, Hinshaw, Hoza, Jensen, Kraemer, Newcom, Pelham, Severe, Vitiello, Wigal, 2001).

Entre os fármacos mais efectivos, pertencentes ao grupo de estimulantes, destacam-se, segundo os autores Rowles e Findling (2010), a metilfenidato (Ritalina), a destroanfetamina (Dexedrina, Dextrostat) e a pemolina (Cylert). Estes medicamentos reduzem, para muitas pessoas, os seus níveis de hiperactividade, melhorando não só a suas capacidades de concentração mas também a suas aptidões desportivas e caligrafia.

O tratamento medicamentoso não cura a perturbação, no entanto, ajuda no controlo da sintomatologia. Apesar de estes fármacos ajudarem a prestar mais atenção e a completar tarefas que tendem a ser esquecidas ou deixadas a meio, estes não têm o dom de melhorar o conhecimento ou aptidões académicas, não podendo também ajudar estes sujeitos a sentirem-se melhores com eles mesmos nem a confrontar os seus problemas, salientando-se mais uma vez a importância do acompanhamento psicoterapêutico, não existindo curas rápidas mas com benefícios mais significativos e de longa duração surgirem desta combinação (Rowles & Findling, 2010).

A noradrenalina é o transmissor responsável pela regulação da atenção de tipo fásica, sendo que a dopamina é responsável pela regulação da atenção de tipo tónico (Etchepareborda, 2002).

Por sua vez, outros neurotransmissores são capazes de controlar a atenção, como é o caso da serotonina, do GABA e da acetilcolina (Etchepareborda, 2002).

7.2 Tratamento Psicológico

Uma correcta abordagem a este problema resultará num enfoque sobre o tipo de PHDA mais proeminente, permitindo assim a selecção de uma estratégia terapêutica mais adequada (Doyle, Montauk, Wender & Wolf, 2002).

Por outro lado, deverá incidir-se no treino das funções executivas e das capacidades académicas, que estarão diminuídas ou afectadas pela perturbação. Outro aspecto importante a ter em conta é a espera sócio-afectiva do sujeito, podendo a intervenção aqui debruçar-se sobre a utilização de terapias cognitivo-comportamentais, de forma a que o sujeito possa reconhecer o seu problema e entender as suas limitações, tempos de processamento e regras gerais de comportamento, tentando assim modificar a sua conduta quer ao nível individual quer ao nível social (Weiss & Weiss, 2004).

Depois de iniciada a farmacoterapia, o ambiente do sujeito é modificado entrando a sua sintomatologia em remissão. Aqui a ajuda psicológica providenciará o apoio na redução do comprometimento residual da perturbação. O profissional clínico deve, contudo, ter em conta que existem limitações no uso de algumas psicoterapias em pacientes que manifestem esta perturbação (Weisler & Goodman, 2008).

Apesar da eficácia da terapia comportamental, esta exige uma auto-monitorização e auto-controlo, sendo que a probabilidade de sucesso fica diminuída com indivíduos impulsivos uma vez que não conseguem acompanhar a auto-gratificação, ou atrasos no plano. As estratégias da terapia cognitiva exigem ainda a aplicação do pensamento a um nível superior, podendo haver limitações na modulação de comportamentos que podem ser orientados por impulsos e nunca processados cognitivamente (Pérez, 2009).

Durante o acompanhamento psicológico, os profissionais devem ter em conta algumas das características comportamentais destes adultos. Os pacientes podem interpretar mal as bases neurobiológicas da perturbação usando tal como justificação de impotência, podendo fazer uso de verbalizações como “o problema não é meu, a culpa é do meu problema e não há nada que possa fazer”. Isto pode ser reformulado, ensinando ao sujeito que a PHDA é um problema com qualquer outro, sendo necessário um esforço e cooperação do sujeito para tal se superar (Weisler & Goodman, 2008).

É habitual que os adultos com PHDA tenham crises durante a terapia, devendo ser explicado que o diagnóstico não deve servir para desistir (Weiss & Weiss, 2004).

Os pacientes com PHDA podem transpor ainda a sua ansiedade para o terapeuta, fazendo comentários como: “ não precisa de se preocupar que eu vou aborrece-lo”, estando o tédio encerrado nele e não no terapeuta. Tal pode contribuir para que se passem a evidenciar atrasos ou falta de comparência às consultas, quebrar um compromisso, ou ter um acesso de raiva inesperado, podem deixar de devolver os formulários ou testes expressando frustração como exemplo da sua competência (Weiss & Weiss, 2004).

Os clínicos devem identificar esses comportamentos como fazendo parte integrante da perturbação, ajudando o paciente a criar as estruturas que ajudarão a modificar o seu comportamento, e devendo exemplificar, no contexto terapêutico que ter uma visão clara sobre a base dos sintomas da perturbação não elimina a expectativa de tratamento ou de melhoria. Além disso, o ritmo de mudança do paciente pode ser irregular. Estruturadas e com base na acção, a resolução de problemas e as terapias centradas na pessoa funcionam bem para pacientes com PHDA (Doyle, Montauk, Wender & Wolf, 2002).

Tal como em qualquer perturbação crónica devem ser construídas estratégias simples, que redireccionem a dependência e evitem diminuir a motivação do paciente, devendo ser reforçados os ganhos obtidos no tratamento por sessões de reforço ou algum outro tipo de reforço a longo prazo (Doyle, Montauk, Wender & Wolf, 2002).

A intervenção familiar pode ser útil para ajudar as crianças ou parceiros conjugais a compensar o comprometimento e aumentar a compreensão no seio familiar. A terapia de grupo pode oferecer apoio contínuo e social para os indivíduos isolados e os grupos de auto-ajuda oferecem apoio a longo prazo (Pérez, 2009).

O resultado mais gratificante de um tratamento eficaz na PHDA é quando o paciente observa a realização de marcos de desenvolvimento que nunca teria sido possível anteriormente (Weisler & Goodman, 2008).

7.3 Psicoeducação

Psicoeducação é o primeiro passo no plano de tratamento e envolve educar o paciente e, idealmente, também o parceiro ou a família sobre os sintomas da PHDA, a prevalência em crianças e adultos, a frequência comorbilidade, a hereditariedade, as disfunções do cérebro envolvidas, bem como as opções de tratamento (Pérez, 2009).

Depois do paciente em conjunto com o clínico avaliarem o impacto da perturbação no comportamento passado e no quanto afecta o paciente, devem discutir conjuntamente a relação entre sintomas actuais, incapacidade funcional devendo ser discutidos e negociados os novos desafios. Este debate e avaliação contígua pode incluir problemas que o paciente não tenha consciência ou incluir problemas ressaltados pelos “informantes” do sujeito em que este tem consciência mas não atribui o mesmo grau de importância (Ramos-Quiroga, Bosch-Munsó, Castells-Cervelló, Nogueira-Morais, García-Giménez, Casas-Brugué, 2006).

A “biblioterapia”, ou seja, o fornecimento de todo o racional teórico quer da perturbação quer do seu tratamento, é útil outorgando respostas a quaisquer perguntas dos pacientes e das suas famílias. Em muitos casos, o simples fornecimento da informação ao paciente pode ajudá-lo a entender a perturbação dando-lhe conforto. Muitas vezes, este processo oferece também novos insights sobre as dificuldades do passado. Após a partilha de informação, as dificuldades no relacionamento familiar muitas vezes experimentam um declínio, podendo fazer emergir sentimentos de culpa e remorsos (Pérez, 2009).

A rede social do sujeito, que começa a ser reestruturada, é supra valiosa durante o processo de tratamento (Ramos-Quiroga, Bosch-Munsó, Castells-Cervelló, Nogueira-Morais, García-Giménez, Casas-Brugué, 2006).

Informar o paciente sobre a existência de grupos de auto-ajuda pode ser vantajoso, permitindo-lhe partilhar informações e experiências, bem como obter mais conforto e compreensão (Kooij et. al, 2010).

A psicoeducação a longo prazo é aconselhável para reformular as questões auto-estima e apoio para lidar com questões de auto-estima e outros problemas psicológicos, ensinar o paciente novas habilidades de confrontação em áreas como finanças, o uso de drogas, a condução e hábitos de trabalho e gestão do tempo (Ramos-Quiroga, Bosch-Munsó, Castells-Cervelló, Nogueira-Morais, García-Giménez, Casas-Brugué, 2006).

Apesar das vantagens, e do incremento da qualidade de vida que pode ser proporcionado ao sujeito, vigora a necessidade de desenvolver programas estruturados e com objectivos específicos (Kooij et. al, 2010).

7.4 Terapia cognitivo-comportamental

A terapia cognitiva, originalmente desenvolvida por Beck (1979) como um tratamento para a depressão, foi recentemente modificada para o tratamento de adultos com PHDA (McDermott, 2000; Rostain & Ramsay, 2006; Safren, Perlman, Sprich & Otto, 2005)

A terapia cognitivo-comportamental tradicional, baseada no modelo cognitivo da psicopatologia, postula que o pensamento disfuncional do sujeito desempenha um papel central no desenvolvimento e/ou manutenção dos sintomas clínicos. A terapia centraliza-se na modificação de pensamentos e crenças problemáticos do paciente com o intuito de criar mudanças em comportamentos e emoções (Gonçalves, 2004).

A PDHA não é o resultado de pensamentos negativos ou distorcidos, mas sim, a experiência de crescer e viver com PHDA, que ao não ser diagnosticada e tratada, pode conduzir ao desenvolvimento de crenças negativas sobre si e a uma atitude pessimista sobre a vida que, por sua vez, podem prejudicar o funcionamento saudável.

Além disso, a Terapia cognitivo-comportamental é adequada para tratar os diagnósticos de comorbilidade (como por exemplo a ansiedade e depressão) e problemas funcionais (como por exemplo, a procrastinação, e a má gestão do tempo) que são comumente encontradas quando se trabalha com adultos com PHDA (Kooij et. al 2010).

Existem evidências preliminares da eficácia desta Terapia utilizada em combinação com a farmacoterapia em adultos com PHDA, tem sido associada a melhorias nos sintomas da perturbação, bem como melhorias nas medidas de depressão e de avaliações do funcionamento global (Pérez, 2009).

O modelo de TCC parece ser mais prontamente efectivo para fornecer a estrutura, a psicoeducação e a participação activa do sujeito, estratégias necessárias para a gestão do PHDA (Kooij et. al 2010).

7.5 Impacto do não-tratamento

A longo prazo estudos clinicos de seguimento e epidemiológicos têm demonstrado que adultos que não receberam tratamento, quando comparados com grupos de controlo, apresentam taxas mais altas de insucesso escolar, baixa inserção profissional, aumento do risco de perturbação do uso de substâncias (álcool, tabaco ou drogas), acidentes e delinquência, mantendo menos relacionamentos sociais (Rostain & Ramsay, 2006).

Estes pacientes muitas vezes reclamam e advogam que se tivessem recebido o tratamento mais cedo a sua vida teria sido diferente e que o tratamento adequado poderia ter evitado acidentes e problemas ao longo do curso escolar, no trabalho e no relacionamento com os colegas (Young, 2002).

O Tratamento de adultos com PHDA pode levar a melhorias nas funcionalidades associadas e comorbilidades (Young, 2002).

8. Programa de Intervenção

No início do tratamento serão efectuadas recomendações ao paciente de forma a que o ajude a encontrar um equilíbrio entre estrutura e liberdade definindo-se assim a estrutura como um conjunto de controlo externo que tem como objectivo reduzir os prejuízos.

Este programa incidirá também no treino das funções executivas e das capacidades académicas e profissionais que estarão diminuídas ou afectadas pela perturbação. O programa de intervenção deve também contemplar a abordagem da esfera sócio-afectiva mediante a utilização de terapias cognitivo-comportamentais. Através destas técnicas o paciente torna-se capaz de reconhecer o seu problema e entender as limitações, tempos de processamento e regras gerais de

comportamento, tentando modificar o seu comportamento quer a nível individual quer a nível social

Serão trabalhadas também estratégias de resolução de problemas, auto-monitorização, controlo de tempo, técnicas de organização, controlo de raiva e agressividade

O programa terapêutico deve incluir sempre três modalidades de intervenção (Gonçalves, 2004):

- Psicoeducação;
- Recursos psicofarmacológicos;
- Abordagens psicológicas e sociais;
- Tratamento de comorbilidades.

Cabe assinalar que seja qual for o sujeito que manifeste esta perturbação possui, como qualquer outro, traços positivos de personalidade e que é parte fundamental do tratamento reconhecer e acentuar essas qualidades. Ainda assim, há que salientar que cada caso é um caso e que a sugestão do programa terapêutico que se segue acaba por englobar estratégias globais, não implicando que perante um caso clínico específico não tivessem de ser tidas alterações e ajustes ao paciente em questão.

8.1 Sessão I e II

❖ Nesta sessão pressupõe-se o estabelecimento da aliança terapêutica bem como a obtenção de informação cruzada com o intuito de proceder à avaliação global do sujeito

Na primeira abordagem com o paciente, o terapeuta deve estabelecer e manter a aliança terapêutica, fazer ver ao cliente que a intervenção é orientada por objectivos, limitada no tempo e com uma forte componente de educação. Deve monitorizar e acompanhar o paciente mostrar a necessidade de tratamento, reforçar a adesão à terapia, incentivar a compreensão e a adaptação psicossocial tendo em vista uma melhor adaptação social, promover mudanças no tratamento e identificar factores que contribuam para um comprometimento funcional (Gonçalves, 2004).

É também importante, enfatizar aos pacientes que o tratamento está também dependente do papel activo deste e da continuidade do trabalho tido nas sessões em casa. A primeira sessão, geralmente longa, deve recolher informação através da anamnese. Para tal recorre-se a uma entrevista que agrega na sua aplicação duas características em simultâneo, a estruturação e a flexibilidade, respeitando no entanto as singularidades de cada paciente (Joyce-Moniz, 1993). Assim, são obtidos dados sócio-demográficos do paciente como a idade, escolaridade, profissão, história familiar, historial de saúde, dificuldades funcionais do paciente, etc. Estes dados podem ainda ser complementados com os fornecidos por familiares e/ou amigos do sujeito. Desta forma é alcançada uma compreensão global do funcionamento do paciente, a par de uma análise detalhada das áreas problemáticas (Joyce-Moniz, 1997).

A avaliação do funcionamento global segue por isso uma técnica de funil, ou seja, parte-se de uma análise de problemas mais gerais e globais para um estudo mais discriminado de comportamentos específicos. Posto isto, a consulta deve ser desenvolvida de acordo com determinados objectivos (Etchepareborda, 2002):

- 1) Avaliar a presença de sintomas nucleares de PHDA (desatenção, hiperactividade);
- 2) Obter um historial de desenvolvimento e estabelecer a incidência de comportamentos / sintomas da situação desde a infância. A história da infância de PHDA (antes de 7 anos de idade) é essencial para a avaliação;
- 3) Obter o historial familiar (por Exemplo: explorar a presença de padrões comportamentais semelhantes com os pais, irmãos ou outros membros da família);

- 4) Obter o historial social (por Exemplo: história da dificuldade em fazer amigos e manutenção de relacionamentos com colegas e amigos);
- 5) Obter o historial educacional (por Exemplo: história da dificuldade em alcançar o sucesso académico);
- 6) Com base em elementos objectivos, avaliar se os sintomas que causam prejuízo funcional significativo em casa, no trabalho/escola, ou nos relacionamentos;
- 7) Obter a história psiquiátrica para descartar ou confirmar comorbilidades psiquiátricas (por Exemplo: Ansiedade/perturbações de humor, dificuldades de aprendizagem, perturbações de personalidade e abuso de substâncias);
- 8) Realizar um exame físico completo para descartar potenciais causas médicas dos sintomas observados (Por Exemplo: ferimentos na cabeça, convulsões, doença de tiróide, doença cardíaca) ou contra-indicações à terapia médica;

8.2 Sessão III, IV, V e VI

- ❖ Exploração completa das funções executivas compreendendo quais são as dificuldades denotadas no dia-a-dia do sujeito, prevendo um diagnóstico mais efectivo com o intuito de eleger as melhores estratégias de intervenção.

Nestas sessões proceder-se-ia a uma exploração completa das funções executivas, sobretudo a atencional, mecanismos de controlo inibitório (de espera, impulsos e de interferência) (Saboya, Saraiva, Palmimi, Lima & Coutinho, 2007).

Nos testes de avaliação da atenção é importante, medir:

→ A selectividade e manutenção da atenção: para isso podemos pedir ao sujeito que copie um pequeno trecho de um texto avaliando assim não só a concentração na tarefa em si como também se a faz de forma automatizada ou se, por outro lado, recorre aos mecanismos atencionais necessários para a adequada realização da tarefa, sendo eles: o processamento em termos de memória de trabalho, integração perceptiva e armazenamento em memória a curto prazo;

→ A amplitude: (quantidade de material que pode ser processado de uma única vez) pode ser medida através de uma lista de dígitos, palavras ou posições espaciais (tarefa de stroop, série gráfica de Luria, desenho da Figura complexa de Rey).

→ O tempo de reacção deve ser medido informalmente e mensurado sempre que possível;

→ A alternância e divisão envolvem a capacidade de alternar continuamente conceitos/ estímulos distintos (verificar o desempenho e memorização do paciente em evocação de sete itens não relacionados, avaliar o desempenho do sujeito em tarefas de memória com interferência).

Existem alguns testes que são altamente dependentes da atenção: aritmética, substituição de dígitos/símbolos, testes que envolvem percepção visual de detalhes e testes de memória. A atenção está bastante relacionada com a percepção (estímulos), com a memória (principalmente de trabalho), compreensão (foco/consciência) e com a função executiva (resposta/planeamento) (Saboya, Saraiva, Palmimi, Lima & Coutinho, 2007).

Nestas sessões o pretendido seria aplicar os seguintes instrumentos/técnicas (Lopes, Nascimento & Bandeira, 2005):

- Índice de memória operacional do WAIS - Escala Wechsler de Inteligência para Adultos (avalia a capacidade para atentar-se para a informação, mantê-la e processá-la e em seguida dar uma resposta);
- Cópia da Figura Complexa de Rey (Teste de cópia e reprodução de memória de figuras geométricas complexas que visa avaliar a actividade perceptiva e a memória visual);
- *WCST- Wisconsin* (teste de classificação de cartas de Wisconsin, com o objectivo de avaliar o raciocínio abstracto, e a habilidade para trocar estratégias cognitivas como resposta a eventuais modificações ambientais. Pode ser considerada uma medida da função executiva, que requer habilidade para desenvolver e manter estratégias de solução de problemas que implicam trocas de estímulos. O WCST frequentemente é utilizado como teste do funcionamento frontal e pré-frontal. Redacção de um texto);
- Teste de Atenção Concentrada (Teste de cancelamento que tem como objectivo a medida de atenção concentrada, da capacidade de concentração e análise da flutuação da atenção);
- Tarefa de Stroop de cores e palavras (avaliar a presença de comprometimentos pré-frontais, que aparecem sempre que o indivíduo apresentar uma dificuldade para inibir respostas previamente aprendidas, o chamado "efeito Stroop". A tarefa proposta pelo teste indica que o sujeito nomeie as cores e não as palavras. Ou seja, diga quais são as cores das palavras);
- Tarefas de memória de dígitos e frases com interferência;
- Aplicação da Torre de Hanoi com o intuito de avaliar prejuízos das funções executivas (A Torre de Hanói é um instrumento neuropsicológico no qual o sujeito determina a ordem de movimentos necessários para colocar quatro cilindros coloridos de acordo com a posição inicial);
- Bateria de Avaliação neuropsicológica de Luria-Nebraska;
- Aplicação do Inventário de depressão de Beck (devido à elevada comorbilidade com a perturbação Depressiva);
- Aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck.

A empregabilidade deste conjunto de instrumentos possibilita uma avaliação global das capacidades do paciente, bem como das dificuldades encontradas por este, quanto ao seu desempenho no dia-a-dia.

Estas sessões não têm como objectivo rotular o sujeito como fazendo parte de um grupo problemático, mas sim evitar que as dificuldades que este manifesta continuem a ser perpetuadas e afectem o desenvolvimento salutar do sujeito. Esta observação deve ser explicada ao sujeito ressaltando novamente que esta avaliação e aplicação de instrumentos visa a elaboração e organização de informação concreta, de dados capazes de prever um diagnóstico efectivo e por conseguinte uma melhor intervenção.

8.3 Sessão VII, VIII

❖ Psicoeducação do paciente e da sua família

Nestas sessões proceder-se-ia à psicoeducação quer dos familiares, quer do sujeito acerca da PHDA. A conjuntura desta técnica, já foi descrita anteriormente, ainda assim, relembra-se que deve ser tida nas primeiras sessões por forma a que o paciente e os seus familiares possam receber informação clara e verdadeira sobre a PHDA, a sua natureza e tratamento (Maia, Correia & Leite, 2009).

Os objectivos destas sessões seriam então:

- Instruir quer o paciente quer a sua família sobre a natureza da sua perturbação tendo como meta fundamental fazer com que o sentimento de culpa carregado por anos a fio seja aliviado;
- Fornecer material para leitura e estimular a compreensão de questões relacionadas a perturbação;
- Criar espaços de debate e esclarecimento sobre o tratamento, incluindo também os efeitos de fármacos;
- Deve ser ressaltado nestas sessões que tratamentos breves não cultivam resultados, uma vez que se trata de uma perturbação que data desde a infância do paciente;
- É da maior importância estimular a participação activa do paciente no desenrolar do tratamento, pesquisando sobre o assunto, opinando sobre o próprio tratamento, participando, etc.

8.4 Sessão IX

- ❖ Nesta sessão pretende-se atingir um melhor entendimento que os danos desta perturbação causam no sujeito e proceder ao treino do controlo da impulsividade e assertividade do sujeito.

Aqui o tempo destinar-se-á ao enfoque nos danos pessoais do sujeito, uma vez que o self do paciente foi já prejudicado pela sequência de fracassos, pelas experiências vividas de rejeição, e pela falta de respostas ambientais satisfatórias que comumente ocorrem.

É frequente que adultos com PHDA, por agirem impulsivamente, respondam com agressividade. Desta forma, trabalhar a assertividade pode ser uma das metas para a terapia. O oposto da impulsividade, a “obsessão”, também pode ocorrer. Adultos com TDAH podem ficar presos a maneiras de pensar e outros comportamentos que envolvem riscos e sofrimento ((Etchepareborda, 2002).

Doyle (2006) indica a técnica cognitiva “*Stop, Pull Back, Evaluate, Act, and Reevaluate*” (SPEAR) para o controlo da impulsividade, que resumidamente inclui: parar, avaliar, agir e reavaliar. Assim, o paciente aprende a controlar situações em que o paciente agiria impulsivamente (Lopes, Nascimento & Bandeira, 2005).

8.5 Sessão X e XI

❖ Estabelecimento e treino de estratégias em função das dificuldades atencionais. Proceder-se-à à continuação do trabalho tido na sessão anterior, ou seja, treino de assertividade e controlo das acções do sujeito.

Esta sessão estará destinada ao estabelecimento de confiança e à aprendizagem de um conjunto de estratégias estabelecidas entre o terapeuta e o paciente em função das dificuldades predominantes em cada caso. Muitas das dificuldades do sujeito residem em (Saboya, Saraiva, Palmini, Lima & Coutinho, 2007):

- (1) Procrastinação (indivíduo tende a abandonar tarefas, principalmente quando envolvem maior necessidade de atenção ou levam a uma recompensa não a curto, mas a longo prazo);
- (2) Alternância de tarefas (deixando-as incompletas, em função de uma baixa capacidade de persistir numa tarefa e uma alta necessidade de "variar");
- (3) Labilidade motivacional (apresenta interesse fugaz com necessidade de procurar novidades o que se relaciona directamente com a alternância de tarefas);
- (4) Dificuldade de focalização e sustentação da atenção (revela maior sensibilidade à distração, com dificuldade para filtrar estímulos internos e externos);
- (5) Dificuldade de organização e hierarquização (apresentam problemas para estabelecer prioridades e distinguir importâncias);
- (6) Menor velocidade de processamento;
- (7) Deficitário leque de estratégias de coping para lidar com a frustração (apresentam baixa tolerância e limiar para frustração com baixa auto-estima, hipersensibilidade a críticas e irritabilidade);
- (8) Comprometimento da memória de trabalho (dificuldade em manipular informações verbais e não-verbais em curto espaço de tempo, e seguimento de sequências);
- (9) Comprometimento da memória prospectiva (esquecem-se de responsabilidades e objectivos estipulados).

Estratégias comportamentais como, o uso de agenda de notas, lembretes, post-its, diários, anotações, quadros de avisos, cronogramas, despertadores, lugares silenciosos para estudar e/ou trabalhar, e, ainda, realizar intervalos com frequência e estabelecer uma pessoa de confiança

como uma espécie de “tutor” são algumas das estratégias treinadas com o paciente nestas sessões (Saboya, Saraiva, Palmira, Lima & Coutinho, 2007).

8.6 Sessão XII e XIII

- ❖ Esta sessão será destinada ao treino comportamental dos familiares, treino de competências de comunicação e estratégias de resolução de problemas.

Segundo Moreira, Gonçalves e Beutler (2005), dedicar sessões à intervenção focalizada na família, incrementa e torna mais efectivo o sucesso terapêutico.

Assim os objectivos destas sessões residiriam nos seguintes:

- Treino comportamental dos familiares;
- Treino de competências de comunicação (Esta técnica permite ajudar o sujeito a perceber, correctamente, os valores de todos os parâmetros situacionais relevantes, a processar os valores desses parâmetros de forma a procriar respostas potenciais, maximizando a probabilidade de alcançar o objectivo que impulsionou a comunicação interpessoal. Será transmitido aos membros familiares que a abordagem a esta perturbação deve ser tida sem qualquer tipo de constrangimento e contemplada não de forma individual, ou seja, que não é um problema somente do elemento que a manifesta mas sim de toda a conjuntura familiar devendo todos ter o dever unirem esforços para o melhor entendimento, compreensão e por conseguinte maior sucesso terapêutico desta perturbação);
- Contemplar informação proveniente de ambas as partes, torna-se fundamental;
- Terapia familiar incidindo nos problemas inerentes à perturbação que se fazem notar e interferem na dinâmica familiar;
- Estratégias de resolução de problemas (Normalmente, encontra-se presente, de maneira implícita ao treino de habilidades sociais. Nesta técnica procede-se à identificação do problema podendo o terapeuta utilizar a técnica conhecida por Brainstorming com o intuito de encontrar soluções possíveis e eleger a alternativa adequada depois de planear com a ajuda do grupo a sua implementação (Maia, Correia & Leite, 2009).
- Neste objectivo, e em articulação com o anterior o fundamental é desenvolver estratégias capazes de melhorar as habilidades de identificação de problemas potenciando a capacidade de encontrar soluções para problemas tendo como raciocínio subjaz causa-consequência. Nas sessões terapêuticas, e potenciando

assim a participação de todos os membros familiares, poderá proceder-se ao seguinte. O terapeuta, pedirá aos membros da família para definirem o problema e, posteriormente, procederem à elaboração de uma lista de soluções plausíveis, que positivas quer negativas. Ao terapeuta cabe o papel de moderador, assegurando que o propósito fundamental da tarefa não é desviado. Depois de obtida a listagem através de brainstorming, é seguida uma avaliação de soluções onde são discutidas as vantagens e desvantagens de cada. Na etapa final, procede-se ao planeamento de execução onde é elaborado um plano detalhado de forma progressiva. Por fim, os membros familiares são estimulados a usar o conhecimento adquirido através das tentativas para a construção de planos mais capazes para tentativas futuras.

8.7 Sessão XIV e XV

- ❖ Estas duas sessões estarão destinadas à reestruturação cognitiva fazendo uso de técnicas como o *Questionamento Socrático* e a *Seta Descendente*

Na psicoterapia será muito importante identificar as crenças centrais do paciente, pois muitas podem estar relacionadas ao desconhecimento sobre a doença, como se considerarem incapazes ou inúteis, e especialmente neste caso o acreditar e dar significado a algo que estava impregnado ao sujeito e que em muitos casos, se não fora o alerta dado por amigos, familiares ou colegas de trabalho, permanecia o de que tão mau tem esta idiossincrasia. O paciente precisa aprender a contestar as suas crenças e a adoptar uma nova visão de si mesmo.

Para o paradigma da reestruturação cognitiva a etiologia das perturbações psicológicas terá de ser encontrada na forma como os indivíduos conceptualizam a realidade, bem como nos mecanismos de processamento de informação que lhes estão associados. A modificação destes processos cognitivos, ainda que facilitada por metodologias de natureza comportamental e emocional, deverá ser privilegiada o uso de técnicas cognitivas (Gonçalves, 2004).

Uma das técnicas utilizadas poderá ser o questionamento socrático ou a técnica da seta descendente, onde é feito um questionamento sucessivo das implicações de que cada pensamento ou sentimento acerca da PHDA, revelando assim os pressupostos cognitivos mais básicos. Abaixo encontra-se um exemplo de uma possível consumação desta técnica:

Terapeuta: O que poderá acontecer se você não se conseguir concentrar no trabalho?

Paciente: Toda a gente vai pensar que não me empenho o suficiente nas minhas funções.

Terapeuta: e se pensarem isso?

Paciente: Vão achar que sou menos capaz do que os meus outros colegas de trabalho e ou me despedem ou me atribuem tarefas menos exigentes e eu não sou nem atrasado nem incompetente.

O objectivo desta sessão, e ainda que esta técnica tenha sido tomada a título de exemplo, é contribuir para o esclarecimento mais profundo acerca das atitudes do sujeito face a si próprio e face à sua perturbação.

8.8 Sessão XVI e XVII

❖ Focalização no Treino de Auto-Instrução ou treino de Auto-Aprendizagem e treino de contingências.

É importante lembrar que esta perturbação é uma condição que acompanha a pessoa desde sempre, não sendo portanto adquirida. Há também que ressaltar que existe a possibilidade de uma variável intensidade do quadro clínico, indo desde casos leves ou discretos até casos graves com intenso comprometimento funcional (Barkley, 2002; Mattos, 2003, *cit in* Saboya, Saraiva, Palmi, Lima & Coutinho, 2007).

As principais funções executivas cuja alteração se vincula a esta perturbação, e conforme Travella (2004 *cit in* Saboya, Saraiva, Palmi, Lima & Coutinho, 2007), são:

- 1) Organização, hierarquização e activação da informação;
- 2) Focalização e sustentação da atenção;
- 3) Alerta e velocidade de processamento;
- 4) Lidar com frustração e modulação do afecto;
- 5) Utilização e evocação da memória de trabalho;

Com base nesta listagem do comprometimento de funções executivas, proceder-se-à ao treino de auto-instrução.

A aprendizagem e o treino da auto-aprendizagem de Meichembaum (1969, *cit in* Vasquez, 1997), baseia-se na função auto-reguladora da linguagem e tem dado excelentes resultados no tratamento da hiperactividade. Assim, seguem-se os seguintes passos a tomar nesta sessão:

- 1) O terapeuta realiza determinada tarefa, falando para si próprio em voz alta, especificando o que o paciente tem de fazer e como deve fazê-lo, enquanto é observado por este;
- 2) O paciente realiza a tarefa, sendo guiado verbalmente pelo terapeuta, servindo assim como um guia externo explícito;
- 3) O paciente realiza a tarefa dado a si próprio as instruções em voz alta, servindo assim de auto-guia explícito;

- 4) O Terapeuta realiza a tarefa sussurrando concomitantemente as instruções, servindo assim como um guia externo esbatido;
- 5) O cliente sussurra as instruções da tarefa enquanto a realiza, servindo assim como um auto-guia manifesto esbatido;
- 6) O cliente realiza a tarefa guiando-se pela sua linguagem interna, auto-guia implícito;

Este tipo de treino tem como objectivo fundamental incitar no paciente respostas antagónicas à hiperactividade, sendo de extrema relevância e utilidade tanto para tarefas simples como para tarefas mais complexas.

Para cada comportamento/objectivo a treinar devem ser traçadas estratégias cognitivas correspondentes. Podem assim utilizar-se as seguintes estratégias (Joyce-Moniz, 1993):

- Estratégias de auto-questionamento: “O que devo fazer?”; “Por onde devo começar?”;
- Análise de tarefas: “Assim”; “Cuidado”; “Devagar”;
- Auto-reforço: “Estou a sair-me muito bem”; “Estou a melhorar”.
- Auto-correcção: “Assim não”; “Devia ter conseguido”; “Posso Conseguir fazê-lo”

8.9 Sessão XVIII

- ❖ Treino de autocontrolo e gestão de contingências fazendo uso de estratégias quer de índole comportamental quer de índole cognitiva

Ainda que dentro da linha das sessões anteriores, esta irá focalizar-se agora na combinação de técnicas comportamentais e cognitivas. Assim, como outros programas de autocontrolo, este irá centrar-se na auto-aprendizagem. De forma sintética, os passos seriam os seguintes (Joyce-Moniz, 1997):

- 1) Tarefas de resolução de problemas (ensinar a pensar);
- 2) Auto-instruções (definir o problema, abordá-lo, dirigir a atenção, escolher a resposta, auto-reforço e auto-correcção);
- 3) Cópia de modelos (o terapeuta actua como modelo)
- 4) Contingências (custo de respostas, reforços, auto-reforços e auto-avaliação).

8.10 Sessão XIX e XX

❖ O programa terapêutico culminará com o treino de relaxamento aliado ao treino de competências sociais

As dificuldades destes sujeitos incidem também nas interações sociais e, por tanto, acaba por ser necessário algum programa de treino para solucionar problemas cognitivos interpessoais que ajudem o paciente a melhorar as suas relações sociais. Na verdade, o isolamento social e o decréscimo acentuado das competências sociais destes pacientes podem já ser encontrados, com frequência, na sua história pessoal, de forma declarada ou mascarada com tendência para a introversão culpabilizada (Etchepareborda, 2002).

Assim, nesta sessão, tomar-se-ia como técnica o role-playing em imaginação, seguido relaxamento, culminando a sessão com a atribuição de tarefas de casa para a consolidação dos ganhos obtidos.

Assim esta sessão seria composta por três fases:

Primeira fase:

É solicitado ao sujeito a representação de papéis em role playing em imaginação

Segunda fase:

Ensinar-se-ia ao sujeito o treino e relaxamento recorrendo ao treino de relaxamento progressivo com recurso à seguinte técnica mista (Gonçalves, 2004):

- 1) Respiração abdominal;
- 2) Relaxação muscular (7 grupos musculares de Jacobson);
- 3) Imagens mentais relaxantes.

Terceira fase:

É pedido ao paciente que, após análise cognitiva dos problemas identificados em situações sociais vividas ou projectadas de modo imaginário, se imaginasse de novo na situação mas, desta vez, agindo de forma adequada (ou reinterpretando a situação de forma ajustada), de acordo com a análise cognitiva previamente efectuada.

Deve ser negociado com o paciente a programação de actividades para a semana e pedindo-se a respectiva monitorização com auto-avaliação da competência demonstrada e do prazer retirado da situação.

Na sessão XXI, deve ser tida a avaliação cognitiva da continuação desta actividade em tarefas de casa encorajando o paciente a identificar as dificuldades encontradas, ao mesmo tempo que se tenta combater as distorções cognitivas identificadas que, por sua vez, serviriam, em alguns casos de estímulo para a primeira fase da sessão XX.

9. CONCLUSÃO/DISCUSSÃO

A título de súmula conclusiva é possível sintetizar algumas linhas gerais relativamente à Perturbação de Hiperactividade e défice de atenção em adultos:

- A PHDA exerce um efeito profundo sobre a vida destes adultos;
- Existem numerosas barreiras para diagnosticar correctamente esta perturbação em adultos, incluindo o uso dos critérios de diagnóstico para as crianças, inespecificidade dos sintomas, a alta incidência de comorbilidades e a falta de instrumentos para a implementação de um diagnóstico definitivo;
- Exige uma abordagem multifacetada;
- Os profissionais clínicos devem estar preparados o conhecimento e abordagem desta perturbação;
- Os estimulantes são a primeira linha da farmacoterapia para PHDA nos adultos.

Perante os modelos de intervenção terapêutica, é possível concluir que a escolha de uma forma concreta de tratamento dependerá dos diferentes agentes ou factores que estiverem a provocar os comportamentos hiperactivos. Assim, e em determinados casos, pode ser necessária a administração de fármacos, mas o que é certo é que, é sempre necessário um apoio psicológico, de índole comportamental e cognitivo-comportamental, que terá como foco principal a superação e melhoria das relações interpessoais e funcionamento académico e/ou profissional.

Uma grande variedade de intervenções psicológicas tem demonstrado efeitos positivos a curto prazo na sintomatologia da perturbação de hiperactividade e défice de atenção e problemas associados. Por isso, o tratamento psicológico, sobre o qual incide a proposta de intervenção descrita nas sessões do tópico 8, engloba intervenções focalizadas no paciente (treino de competências sociais, treino de auto-instrução e gestão de contingências), intervenções focalizadas na família (treino comportamental para os familiares, treino de competências de comunicação, treino de estratégias de resolução de problemas e terapia familiar) e intervenções combinadas, ou seja, com o paciente com a sua família e se possível no seu contexto laboral também.

Foi de extrema relevância a realização deste trabalho, contribuindo em muito para a sistematização de estratégias e conhecimento acerca desta perturbação, crescendo assim a nível pessoal e profissional.

Como foi referido ao longo deste trabalho e mais que uma vez, há que ressaltar que seja qual for o sujeito que manifeste esta perturbação possui, como qualquer outro, traços positivos de personalidade e que é parte fundamental do tratamento reconhecer e acentuar essas qualidades.

ANEXOS

Anexo A

Cormobilidades do PHDA e manifestação de sintomas		
Perturbação Psiquiátrica	Características comuns	Características diferenciadas
Perturbação Depressiva Major	Dificuldades de concentração e memória, dificuldades em completar tarefas	Humor disfórico ou anedonia, perturbação do sono ou apetite
Perturbação de Ansiedade Generalizada	Dificuldades de concentração; inquietação	Exagerada apreensão e preocupação; sintomas somáticos da ansiedade
Dependência ou abuso de substâncias	Dificuldades de atenção, concentração e memória; oscilações de humor	Padrão patológico de uso de substâncias com consequências sociais; tolerância fisiológica e psicológica com momentos de retirada
Perturbações de personalidade, em particular borderline e antisocial	Impulsividade; labilidade emocional	História de detenção (personalidade anti-social); repetiu o comportamento pensamentos ou ideias suicidas (personalidade borderline), falta de reconhecimento de que o comportamento é auto-destrutivo
Síndrome de Asperger	Tendência para dialogar de forma descontrolada; interrompem; desatenção	Indiferente ou com dificuldades na concentração em um ou mais assuntos à exceção da vida diária normal, a falta de sociabilidade, a incapacidade de “ler” rostos e pistas sociais

(cit in Weisler & Goodman, 2008).

Anexo B

Correlatos neurobiológicos e sobreposição de sintomas com outras doenças psiquiátricas

Perturbação	Sintomas	Regiões neuroanatômicas envolvidas
Perturbação de abuso de substâncias	Redução da tensão, aumento da capacidade de concentração em determinadas situações, estabilização emocional	Striatum, cortex prefrontal dorsolateral, cortex orbitofrontal
Perturbações depressivas	Problemas de concentração, sentimentos de cansaço, dúvidas acerca de si mesmo, isolamento social, problemas de sono	Cortex prefrontal, cortex cingulado anterior, hipocampo, amígdala
Perturbações de Ansiedade	Dúvidas pessoais, insegurança, reacções fóbicas, problemas atencionais	Cortex prefrontal, córtex cingulado anterior, córtex orbitofrontal, amígdala, striatum ventral, substância cinzenta
Perturbação de Personalidade Anti-social	Problemas em cumprir normas sociais, falta de estratégias de resolução de problemas adaptativos, baixa tolerância à frustração	Córtex orbitofrontal, córtex ventromedial prefrontal, sistema límbico
Perturbação de Personalidade Borderline	Desregulação da resposta emocional; Falta de estratégias de resolução de problemas adaptativos, instabilidade afectiva, ou identidade, relacionamentos instáveis mas intensivos, raiva inadequada ou problemas para a raiva	Cortex orbitofrontal, cortex prefrontal dorsolateral e ventromedial, amígdala

(cit in McGough, Smalley, McCracken, Yang, Del’Homme, Lynn, Loo, 2005)

Anexo C

Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) Symptom Checklist Instructions

This checklist can be downloaded at Adult ADD Coach Pete Quily's 100 page + ADD Resource Website

<http://www.addcoach4u.com/adultaddtest.html>

The questions on the back page are designed to stimulate dialogue between you and your patients and to help confirm if they may be suffering from the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD).

Description: The Symptom Checklist is an instrument consisting of the 18 DSM-IV-TR criteria. Six of the eighteen questions were found to be the most predictive of symptoms consistent with ADHD. These six questions are the basis for the ASRS v1.1 Screener and are also Part A of the Symptom Checklist. Part B of the Symptom Checklist contains the remaining 12 questions.

Instructions:

Symptoms

1. Ask the patient to complete both Part A and Part B of the Symptom Checklist by marking an X in the box that most closely represents the frequency of occurrence of each of the symptoms.
2. Score Part A. If four or more marks appear in the darkly shaded boxes within Part A then the patient has symptoms highly consistent with ADHD in adults and further investigation is warranted.
3. The frequency scores on Part B provide additional cues and can serve as further probes into the patient's symptoms. Pay particular attention to marks appearing in the dark shaded boxes. The frequency-based response is more sensitive with certain questions. No total score or diagnostic likelihood is utilized for the twelve questions. It has been found that the six questions in Part A are the most predictive of the disorder and are best for use as a screening instrument.

Impairments

1. Review the entire Symptom Checklist with your patients and evaluate the level of impairment associated with the symptom.
2. Consider work/school, social and family settings.
3. Symptom frequency is often associated with symptom severity, therefore the Symptom Checklist may also aid in the assessment of impairments. If your patients have frequent symptoms, you may want to ask them to describe how these problems have affected the ability to work, take care of things at home, or get along with other people such as their spouse/significant other.

History

1. Assess the presence of these symptoms or similar symptoms in childhood. Adults who have ADHD need not have been formally diagnosed in childhood. In evaluating a patient's history, look for evidence of early-appearing and long-standing problems with attention or self-control. Some significant symptoms should have been present in childhood, but full symptomology is not necessary.

Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) Symptom Checklist

Patient Name	Today's Date				
<p>Please answer the questions below, rating yourself on each of the criteria shown using the scale on the right side of the page. As you answer each question, place an X in the box that best describes how you have felt and conducted yourself over the past 6 months. Please give this completed checklist to your healthcare professional to discuss during today's appointment.</p>					
	Never	Rarely	Sometimes	Often	Very Often
1. How often do you have trouble wrapping up the final details of a project, once the challenging parts have been done?					
2. How often do you have difficulty getting things in order when you have to do a task that requires organization?					
3. How often do you have problems remembering appointments or obligations?					
4. When you have a task that requires a lot of thought, how often do you avoid or delay getting started?					
5. How often do you fidget or squirm with your hands or feet when you have to sit down for a long time?					
6. How often do you feel overly active and compelled to do things, like you were driven by a motor?					
Part A					
7. How often do you make careless mistakes when you have to work on a boring or difficult project?					
8. How often do you have difficulty keeping your attention when you are doing boring or repetitive work?					
9. How often do you have difficulty concentrating on what people say to you, even when they are speaking to you directly?					
10. How often do you misplace or have difficulty finding things at home or at work?					
11. How often are you distracted by activity or noise around you?					
12. How often do you leave your seat in meetings or other situations in which you are expected to remain seated?					
13. How often do you feel restless or fidgety?					
14. How often do you have difficulty unwinding and relaxing when you have time to yourself?					
15. How often do you find yourself talking too much when you are in social situations?					
16. When you're in a conversation, how often do you find yourself finishing the sentences of the people you are talking to, before they can finish them themselves?					
17. How often do you have difficulty waiting your turn in situations when turn taking is required?					
18. How often do you interrupt others when they are busy?					
Part B					

Anexo D

ADHD Rating Scale-IV

Child's Name _____	D.O.B. _____	Sex _____	Grade _____
--------------------	--------------	-----------	-------------

Circle the number that best describes the child's behavior over the past week.

		Never or Rarely	Sometimes	Often	Very Often
1.	Fails to give close attention to details or makes careless mistakes in schoolwork.	0	1	2	3
2.	Fidgets with hands or feet or squirms in seat.	0	1	2	3
3.	Has difficulty sustaining attention in tasks or play activities.	0	1	2	3
4.	Leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected.	0	1	2	3
5.	Does not seem to listen when spoken to directly.	0	1	2	3
6.	Runs about or climbs excessively in situations in which it is inappropriate.	0	1	2	3
7.	Doesn't follow through on instructions and fails to finish work.	0	1	2	3
8.	Has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly.	0	1	2	3
9.	Has difficulty organizing tasks and activities.	0	1	2	3
10.	Is "on the go" or acts as if "driven by a motor."	0	1	2	3
11.	Avoids tasks (e.g., schoolwork, homework) that requires sustained mental effort.	0	1	2	3
12.	Talks excessively.	0	1	2	3
13.	Loses things necessary for tasks or activities.	0	1	2	3
14.	Blurts out answers before questions have been completed.	0	1	2	3
15.	Is easily distracted.	0	1	2	3
16.	Has difficulty waiting turn.	0	1	2	3
17.	Is forgetful in daily activities.	0	1	2	3
18.	Interrupts or intrudes on others.	0	1	2	3

Completed by _____ Date _____

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adler, L. A., Spencer, T. J., Stein, M. A. & Newcorn, J.(2008). Best practices in adult ADHD: epidemiology, impairments, and differential diagnosis faculty. Acedido a 13 de Novembro de 2010 em:

<http://www.britannica.com/bps/additionalcontent/18/36509424/BEST-PRACTICES-IN-ADULT-ADHD-EPIDEMIOLOGY-IMPAIRMENTS-AND-DIFFERENTIAL-DIAGNOSIS> .

American Psychiatric Association (2003). DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª. Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Anderson, Y. (2004). Best Practice in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Review of the Literature and Care Pathway. Acedido a 13 de Novembro de 2010 em

http://www.hascas.org.uk/pdf_files/HASCAS%20A5%20Booklet.pdf.

Azambuja, L.S. (2009). Bateria neuropsicológica para adultos com TDAH: artigo de revisão. Acedido a 22 de Novembro de 2010 em www.psicologia.com.pt.

Barkley, A. B. (2007). PHDA in Adults: History, Diagnosis, and Impairments. Acedido a 2 de Dezembro de 2010 em

<http://www.continuingcourses.net/active/courses/course034.php>.

Barkley, R. A. & Murphy, K. R. (2010). Impairment in Occupational Functioning and Adult ADHD: The Predictive Utility of Executive Function (EF) Ratings Versus EF Tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25, 157–173.

Biederman, J. (2003). Pharmacotherapy for ADHD decreases the risk for substance abuse: Findings from a longitudinal follow-up of youths with and without ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(11), 3-8.

Biederman, J. & Faraone, S. V.(2006). The Effects of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on Employment and Household Income. *MedGenMed*, 8(3).

Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E., Silva, J. M., Snyder, L. E. & Faraone, S. V. (2009). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 36, 167–179.

Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A., Mick, E., Lehman, B. K. & Doyle, A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1792-1798.

Biederman, J., Fried, R., Monuteaux, M. C., Reimer, B., Coughlin, J. F., Surman, C. B., Aleardi, M., Dougherty, M., Schoenfeld, S., Spencer, T. J. & Faraone, S. V. (2007). A laboratory driving simulation for assessment of driving behavior in adults with ADHD: a controlled study. *Annals of General Psychiatry*, 6(4).

Brassett-Harknett, A. & Butler, N. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview of the etiology and a review of the literature relating to the correlates and lifecourse outcomes for men and women. *Clinical Psychology*, 27, 188–210.

Brown, T. E. (2009). ADHD: cormorbidities. Handbook for ADHD complications in Children and adults. USA: American Psychiatric Publishing, Inc.

Carter, C. S., Krener, P., Chaderjian, M., Northcutt, C. & Wolfe, V. (1995). Asymmetrical Visual-Spatial Attentional Performance in ADHD: Evidence for a Right Hemispheric Deficit. *Biol Psychiatric*, 37, 789-797.

Chavarela, S. (2009). Cultural differences in the experience of the assessment, diagnosis, and treatment of ADHD in a son: interviews with three Mexican and three Caucasian American mothers. *Tese de doutoramento não publicada*. California: San Francisco University.

Conners, C.K., Epstein, J.N., March, J.S., Angold, A., Wells, K.C., Klaric, J., Swanson, J.M., Abikoff, H.B., Arnold, L.E., Elliott, G.R. Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hinshaw, S.P., Hoza, B., Jensen, P.S., Kraemer, H.C., Newcorn, J., Pelham, W.E., Severe, J.B., Vitiello, B.,

Wigal, T. (2001). Multimodal treatment of ADHD (MTA): An alternative outcome analysis. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 159-167.

Crossman, A. R., & Neary, D. (2007). *Neuroanatomia Ilustrada* (3th ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Dobbs, B. M. (2005). Medical conditions and driving: a review of the literature (1960–2000). Acedido a 25 Novembro de 2010 em: www.nhtsa.dot.gov/people/injury/research/Medical_Condition_Driving/Medical%20Cond%20809%20690-8-04_Medical%20Cond%20809%20690-8-04.pdf.

Doyle, B., Montauk, S.L., Wender, P.H. & Wolf, L.E. (2002). ADHD in adults: Valid diagnosis and treatment strategies?. *Medical Crossfire*, 4(2), 30-40.

Eakin, L., Minde, K., Hechtman, L., Ochs, E., Krane, E., Bouffard, R., Greenfield, B. & Looper, K. (2004). The marital and family functioning of adults with ADHD and their spouses. *Journal of Attention Disorders*, 8(1), 1-10.

Etchepareborda, M. C. (2002). Modelos de intervención farmacológica en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurologia*, 1(34), 98-106.

Faraone, S.V, Spencer, T. J., Montano, B. & Biederman, J. (2004). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults A Survey of Current Practice in Psychiatry and Primary Care. *Arch Intern Med.*, 164, 1221-1226.

Fischer, A. G., Bau, C. H. D., Grevet, E. H., Salgado, C. A., Victor, M. M., Kalil, K. L., Sousa, N. O., Garcia, C. R., & Belmonte-de-Abreu, P. (2007). The role of comorbid major depressive disorder in the clinical presentation of adult ADHD, *Journal of Psychiatric Research*, 41, 991–996.

Frazier, T.W., Demaree, H. A. & Youngstrom, E. A. (2004). Meta-analysis of intellectual and neuropsychological test performance in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 18(3), 543-555.

Galanter, C. A., Pagar, D. L., Davies, M., Li, W., Carlson, G. A., Abikoff, H.B, Arnold, L. E., Bukstein, O. G., Pelham, W., Elliott, G. R., Hinshaw, S., Epstein, J. N., Wells, K., Hechtman, L., Newcorn, J. H., Greenhill, L., Wigal, T., Swanson, J. M. & Jensen, P. S. (2005). PHDA and manic symptoms: Diagnostic and treatment implications. *Clinical Neuroscience Research*, 5, 283–294.

Gonçalves, O. (2004). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. Porto: Edições Afrontamento.

Harrison, A. G., Edwards, M. J. & Parker, K. C. H. (2007). Identifying students faking ADHD: Preliminary findings and strategies for detection. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 577–588.

Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do Desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Amadora: McGraw-Hill.

Joyce-Moniz, L. (1997). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do Adulto*. Coimbra: McGraw-Hill.

Kaplan & Sadock (2009). *Manual Conciso de Psiquiatria Clínica*(2nded). Rio Grande: Artmed.

Kelsey, D., Wernicke, J., Dietrich, A. & Milton, D. (2003). Atomoxetine in adults with ADHD: two randomized, placebo-controlled studies. *Biological Psychiatry* 53, 112–120.

Kent, L., & Craddock, N. (2003). Is there a relationship between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder? *Journal of Affective Disorders*, 73(3), 211-221.

Kessler, R. C., Adler, L., Gruber, M. J., Sarawate, C. A., Spencer, T., Brunt, D. L. V. (2007). Validity of the World Health Organization Adult PHDA Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int Journal Methods Psychiatr Res.*, 16(2), 52–65.

Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Bedirhan, U. & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization adult PHDA self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35, 245–256.

Knutson, K.C. & O'Malley, M. (2010). Adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A survey of diagnosis and treatment practices. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 593–601.

Kooij, S. J. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., Carpentier, P. J., Edvinsson, D., Fayyad, J., Foeken, K., Fitzgerald, M., Gaillac, V., Ginsberg, Y., Henry, C., Krause, J., Lensing, M. B., Manor, I., Niederhofer, H., Nunes-Filipe, C., Ohlmeier, M. D., Oswald, P., Pallanti, S., Pehlivanidis, A., Ramos-Quiroga, J. A., Rastam, M., Ryffel-Rawak, D., Stes, S. & Asherson, P. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult PHDA: The European Network Adult PHDA. *BMC Psychiatry*, 10(67), 1-24.

Lamberg, L. (2001). Role of Sleep Disorders In PHDA Explored. *Psychiatric News*, 21 (21).

Lee, S. I., Schachar, R. J., Chen, S. X., Ornstein, T. J., Charach, A., Barr, C. & Ickowicz, A. (2008). Predictive validity of DSM-IV and ICD-10 criteria for ADHD and hyperkinetic disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 70–78.

Lucier, B. W. (2009). A WEBSITE MODEL FOR THE TREATMENT OF ADULT ADHD: WWW.MYEXECUTARY.COM. *Tese de doutoramento não publicada*. Massachusetts: Massachusetts School of Professional Psychology.

Lopes, R. M. F., Nascimento, R. F. L. d. & Bandeira, D. R. (2005). Avaliação do transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade em adultos (TDAH): uma revisão de literatura. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 65-74.

Maia, L., Correia, C. & Leite, R. (2009). *Avaliação e Intervenção Neuropsicológica – Estudos de Casos e Instrumentos*. Lisboa: LIDEL.

Mautone, J. A., Dupaul, G. J., Jitendra, A. K., Tresco, K. E., Junod, R. V. & Volp, R. J. (2009). The relationship between treatment integrity and Acceptability of Reading interventions for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools*, 46(10).

McGough, J. J. & Barkley, R. A. (2004). Diagnostic Controversies in Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal Psychiatry*, 11(161).

McGough, J. J., Smalley, S. L., McCracken, J T., Yang, M., Del’Homme, M., Lynn, D. E. & Loo, S. (2005). Psychiatric Comorbidity in Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Findings From Multiplex Families. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1621–1627.

Mesquita, C. M., Porto, P. R., Rangé, B. P. & Ventura, P. R. (2009). Terapia cognitivo-comportamental e o TDAH subtipo desatento: uma área inexplorada. *Revista brasileira de Terapias cognitivas*, 1(5).

Michelson, D., Adler, L., Spencer, T., Reimherr, F.W., West, S.A., Allen, A.J., Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V., Murphy, J., & Tsuang, M. T. (1995). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders: Issues of overlapping symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1793–1799.

Miller, T. W., Nigg, J. T. & Faraone, S. V. (2007). Axis I and II comorbidity in adults with PHDA. *Journal Abnormal Psychology*, 116(3), 519-28.

Montañés-Rada, F., Gastaminza-Pérez, X., Catalá, M. A., Ruiz-Sanz, F., Ruiz-Lázaro, P. M., Herreros-Rodríguez, O., García-Giral, M., Ortiz-Guerra, J., Alda-Díez, J. A., Mojarro-Práxedes, D., Cantó-Díez, T., Mardomingo-Sanz, M. J., Sasot-Llevadot, J., Pàmias, M. & Rey-Sánchez, F. (2010). Consenso del GEITDAH sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurol*, 51 (10), 633-637.

Moreira, P., Gonçalves, O. & Beutler, L. E. (2005). *Métodos de Seleção de Tratamento – o melhor para cada paciente*. Porto: Porto Editora.

Murphy, K. & Barkley, R.A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiatry*, 37(6), 393-401.

Murphy, K. R. & Adler, L. A. (2004). Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults: Focus on Rating Scales. *Journal of Clinic Psychiatry*, 65(3), 12–17.

Pérez, C. (2009). El TDAH en la Práctica Clínica Psicológica ADHD in the Psychological Clinical Practice. *Clínica y Salud*, 3 (20), 249-259.

Philipsen, A. (2006). Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, 256 (1), 42–46.

Ramos–Quiroga, J. A., Sáez–Francàs, N., Bosch, R., Corrales, M., Ferrer, M. & Casas, M. (2009). Aproximación clínica a la comorbilidad entre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y el Trastorno Límite de Personalidad en adultos. *Norte de Salud Mental*, 35, 41–49.

Rostain, A. L. & Ramsay, J. R. (2006). A Combined Treatment Approach for Adults With ADHD—Results of an Open Study of 43 Patients. *Journal of Attention Disorders*, 2(10), 150-159.

Rothand, T. & Zinsenheim, J. (2009). Sleep in Adults With PHDA and the Effects of Stimulants. *Primary Psychiatric*, 16 (12), 32-37.

Rowles, B. M. & Findling, R. L. (2010). Review of Pharmacotherapy options for treatment of Attention-Deficit/Hiperactivity disorder (ADHD) and ADHD-like Symptoms in children adolescents with developmental disorders development disabilities. *Research Reviews*, 16, 273 – 282.

Saboya, E., Saraiva, D., Palmira, A., Lima, P. & Coutinho, G.(2007). Disfunção executiva como uma medida de funcionalidade em adultos com TDH. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1(56), 30-33.

Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E. & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 831–842.

Schmidt, S. & Petermann, F.(2009). Developmental psychopathology: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *BMC Psychiatry*, 9(58).

Schredl, M., Alm, B. & Sobanski, E. (2007). Sleep quality in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder (PHDA). *Eur Arch Psychiatry Clinic Neuroscience*, 257, 164-168.

Simões, M. R. (2005). Relatórios psicológicos: Exercícios de aproximação ao contexto forense. In R. A. Gonçalves & C. Machado (Coords.), *Psicologia forense* (pp. 55-101). Coimbra: Quarteto.

Sitholey, P., Agarwal, V. & Sharma, S. (2009). An exploratory clinical study of adult attention deficit/hyperactivity disorder from India. *Indian J Med Res*, 129, 83-88.

Sobanski, E., Brüggemann, D., Alm, B., Kern, S., Philipsen, A., Schmalzried, H., Heßlinger, B., Waschkowski, H. & Rietschel, M. (2008). Subtype differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (PHDA) with regard to PHDA-symptoms, psychiatric comorbidity and psychosocial adjustment. *European Psychiatry*, 23, 142-149.

Spencer, T. J., Biederman, J. & Mick, E. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology* 32(6), 631–642.

Thompson, A. L., Molina, B. S. G., Pelham, W. & Gnagy, E. M. (2007). Risky Driving in Adolescents and Young Adults with Childhood ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(7), 745–759.

Torralva, T., Gleichgerrcht, E., Torrente, F., Roca, M., Strejilevich, S. A., Cetkovich, M., Lischinsky, A. & Manes, F. (2010). Neuropsychological functioning in adult bipolar disorder and PHDA patients: A comparative study. *Psychiatry Research*.

Vásquez, I. C. (1997). *Hiperactividade: avaliação e Tratamento*. Lisboa: Dinalivro.

Weisler, R. H & Goodman, D. W. (2008). Assessment and Diagnosis of Adult PHDA: Clinical Challenges and Opportunities for Improving Patient Care. *Primary Psychiatry*, 15(11), 53-64.

Weiss, M. D. & Weiss, J. R. (2004). A Guide to the Treatment of Adults With ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 3 (65), 27–37.

Wilens, T. E., Adler, L. A., Weiss, M. D., Michelson, D., Ramsey, J. L., Moore, R. J., Renard, D., Brady, K. T., Trzepacz, P. T, Schuh, L. M., Ahrbecker, L. M. & Levine, L. R. (2008). Atomoxetine treatment of adults with PHDA and comorbid alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 145–154.

Wilens, T. E., Biederman, J. Faraone, S. V., Martelon, M., Westerberg, D. & Spencer, T. J.(2009). Presenting ADHD Symptoms, Subtypes, and Comorbid Disorders in Clinically Referred Adults with ADHD. *Journal Clinical Psychiatry*, 70(11), 1557–1562.

Wilens, T. E., Haight, B. R., Horrigan, J. P., Hudziak, J. J., Rosenthal, N. E., Connor, D. F., Hampton, K. D., Richard, N. E. & Modell, J. G. (2005). Bupropion XL in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized, Placebo-Controlled Study. *Society of Biological Psychiatry*, 57, 793–801.

Young, S. (2002). *A model of psychotherapy for adults with ADHD. In Goldstein S. ed. Clinician's guide to adult ADHD: assessment and intervention.* San Diego: Academic Press.

Zwin, M. & York, A. (2004). Attention-deficit hyperactivity disorder in adults: validity unknown. *Advances in psychiatric treatment*, 10, 248-256.