

Diagnosticando o TDAH em adultos na prática clínica

Diagnosing adult ADHD in clinical practice

Gabriela Dias¹, Daniel Segenreich¹, Bruno Nazar¹, Gabriel Coutinho¹

RESUMO

Embora a forma adulta do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) seja oficialmente reconhecida e respaldada cientificamente, esse diagnóstico ainda é motivo de embates entre especialistas. A maior parte do conhecimento existente ainda se deve à extrapolação dos achados de estudos com populações de crianças e adolescentes, havendo necessidade de novos estudos para validar os critérios com populações adultas. O critério de idade de início dos sintomas, o ponto de corte de seis sintomas e a necessidade de atestar comprometimento funcional em ao menos dois ambientes distintos são algumas das principais dificuldades encontradas na prática clínica para o estabelecimento do diagnóstico em adultos que frequentemente apresentam dificuldades para resgatar informações remontando à infância. Muitos sintomas descritos são também alvos de críticas, uma vez que são claramente inapropriados para adultos. A utilização de instrumentos adaptados para adultos (como o ASRS-18), a coleta de informações com outros informantes (cônjuge e pais, por exemplo), a flexibilização da idade de início dos sintomas e uma investigação abrangente dos ambientes comprometidos pelos sintomas podem minimizar essas dificuldades.

ABSTRACT

Although attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) has been officially recognized as a valid disorder into adulthood, this diagnosis is still an issue of debates between specialists. Most of the existing knowledge regarding this condition is due to the excess of findings of studies with children. As the field studies that determined DSM-IV diagnostic criteria comprised only children and adolescents, more studies with adult populations are required to validate the criteria for this population. The age of onset criteria, the cut-off of six symptoms and the requirement of impairment in at least two different settings are some of the difficulties faced by clinicians to make the diagnosis in clinical practice. Moreover, adults with ADHD often show difficulties to recall the symptoms in childhood. The symptoms described by DSM-IV are also criticized. To minimize the aforementioned problems, the use of instruments adapted to adults (as ASRS-18), reports of other informants (like partner and parents), the broadened of the age of onset criterion and a broaden investigation of the different settings that might be impaired by the symptoms are recommended.

Palavras-chaves

Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, atenção, adultos, diagnóstico.

Key-words

Attention deficit hyperactivity disorder, attention, adults, diagnosis.

¹ Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

INTRODUÇÃO

O crescente interesse pelo transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em adultos é demonstrado pelo significativo aumento de publicações a esse respeito nos últimos anos. Estudos demonstraram que o distúrbio persiste na vida adulta em um grande número de indivíduos, causando comprometimento significativo (Faraone *et al.*, 2000; Wilens *et al.*, 2002). No entanto, a forma adulta do transtorno foi reconhecida como válida apenas tardiamente e, portanto, a maior parte do conhecimento acerca desse diagnóstico foi desenvolvida a partir de estudos com crianças e adolescentes. Dessa forma, especialistas têm debatido a validade da extrapolação das informações adquiridas em estudos com crianças para adultos, inclusive em nosso meio, em que especialistas publicaram recente painel sobre o tema (Mattos *et al.*, 2006a).

Alguns pesquisadores e clínicos ainda defendem a idéia de que esse diagnóstico é extremamente raro entre adultos e sugerem que a remissão dos sintomas ocorre na maior parte dos casos. No entanto, grande parte da variação dos achados sobre a persistência do TDAH em adultos se deve às diferentes definições utilizadas para o conceito de persistência. Alguns estudos utilizam apenas o conceito de persistência sindrômica, isto é, consideram como portadores apenas os adultos que apresentam seis ou mais sintomas de ao menos uma das dimensões sintomáticas (desatenção e hiperatividade-impulsividade), a exemplo do exigido para o diagnóstico em crianças e adolescentes. De fato, estudos que utilizam esse conceito costumam encontrar uma baixa taxa de persistência do TDAH em adultos (aproximadamente 15% aos 25 anos), como demonstrado por recente revisão de literatura (Faraone *et al.*, 2006a).

Outros estudos utilizam o conceito de persistência sintomática e, dessa forma, consideram como portadores os adultos que, embora não tenham sintomas atuais em número suficiente para o diagnóstico de acordo com os critérios do DSM-IV, apresentam comprometimento funcional clinicamente significativo associado aos sintomas residuais de TDAH. A persistência do transtorno aumenta para taxas entre 40% e 60% quando são considerados os estudos que utilizam o conceito de persistência sintomática (Faraone *et al.*, 2006a). Embora o ponto de corte para adultos ainda seja desconhecido, o conceito de persistência sintomática parece mais adequado, tendo em vista que o número de seis sintomas foi estabelecido como ponto de corte em pesquisa de campo com crianças e adolescentes (McGough e Barkley, 2004), mas não com adultos.

Outra dificuldade se deve à necessidade de que alguns dos 18 sintomas tenham se iniciado antes dos 7 anos de idade. Esse critério tem sido criticado por diversos autores em face à ausência de fundamentação empírica e validade prá-

tica. Esse critério mostra-se ainda mais problemático para os adultos, tendo em vista que, diferentemente do que acontece para o diagnóstico em crianças, o diagnóstico de TDAH na vida adulta se baseia primariamente no relato do próprio adulto. Adultos, freqüentemente, apresentam dificuldades para recordar histórico de TDAH durante a infância, sugerindo que o auto-relato pode ser pouco confiável.

Em face do exposto acima, o objetivo do presente trabalho é abordar as principais dificuldades do diagnóstico em adultos na prática clínica, tendo como focos primordiais o ponto de corte dos sintomas, a idade de início (ausência de informantes e dificuldades de recuperação de sintomas na infância), avaliação do comprometimento e ausência de comprometimento em pelo menos dois contextos.

1) Idade de início dos sintomas

Tanto a CID-10 quanto o DSM-IV exigem, para o diagnóstico, que alguns dos sintomas estejam presentes desde antes dos 7 anos de idade. Entretanto, alguns estudos sugerem que a idade de início pode ser menos importante, principalmente no subtipo desatento (Applegate *et al.*, 1997; Willoughby *et al.*, 2000). Muitos estudos utilizam 12 anos como critério de idade de início dos sintomas. Hesslinger *et al.* (2003) demonstraram que não há diferença entre o início precoce ou tardio nos grupos de TDAH em termos de psicopatologia ou comorbidade psiquiátrica. Em estudo realizado em nosso meio, Rohde *et al.* (2000) demonstraram que adolescentes que atendiam aos critérios para TDAH, exceto pela idade de início, apresentavam perfis semelhantes aos de adolescentes que atendiam a todos os critérios para o diagnóstico (incluindo idade de início). Na mesma linha, alguns autores defendem a idéia de que esse critério deva ser estendido ou mesmo abandonado, ante a ausência de estudos que o validem (Barkley e Biederman, 1997).

2) Fidedignidade do auto-relato para sintomas pretéritos

Ao contrário da avaliação de TDAH em jovens na qual relatos de pais e professores são de extrema importância, a avaliação em adultos é baseada primordialmente no auto-relato. Existem algumas dúvidas quanto à confiabilidade do auto-relato dos sintomas de TDAH – principalmente para os sintomas pretéritos, como os exigidos para o diagnóstico – devido aos vieses de resgate das informações com o passar do tempo, comprometimento de memória e ausência de juízo crítico por parte dos portadores (Weiss e Murray, 2003).

No primeiro estudo sobre recordação da sintomatologia, Ward *et al.* (1993) demonstraram uma correlação moderada entre o relato do paciente adulto de TDAH e o relato de seus familiares sobre os sintomas da infância utilizando a Wender Utah Rating Scale. Posteriormente, Henry *et al.* (1994) demonstraram que o auto-relato sobre os sintomas de hiperatividade na infância tinha uma fraca correlação com os

dados obtidos com familiares e professores. Estudo mais recente demonstrou uma correlação positiva entre o auto-relato e o relato de familiares (Murphy e Scharchar, 2000).

Mais recentemente, Mannuzza *et al.* (2002) sugeriram que a recordação dos pacientes sobre a sintomatologia na infância pode ser válida sempre que um número elevado de sintomas seja esperado, como em centros especializados para tratamento de TDAH, mas o mesmo pode não ocorrer em estudos epidemiológicos. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado com amostra clínica em nosso meio, no qual o relato de adultos portadores de TDAH se correlacionava moderadamente ao de seus pais para a presença de diagnóstico de TDAH durante a infância (Dias *et al.*, *in press*). Esses dois últimos estudos parecem ser de fundamental importância para a prática clínica, uma vez que a demonstração de correlação moderada a alta entre diferentes informantes ocorreu justamente nos estudos que representavam ambientes, freqüentemente, encontrados no dia-a-dia clínico.

3) Número de sintomas necessários para o diagnóstico em adultos

O diagnóstico de TDAH em adultos apresenta diversas controvérsias inerentes à própria descrição dos sintomas do transtorno nessa faixa. Embora tenham sido pesquisados e validados em populações infantis, os sintomas descritos pelo DSM-IV e pela CID-10 são claramente inadequados para adultos.

Na tentativa de melhor ajustar esses sintomas à realidade dos adultos, diversos pesquisadores tentam modificar a forma de pesquisá-los, formulando perguntas mais adequadas às suas rotinas. Dessa forma, questões como “com que freqüência você escala coisas, muro etc.?” são modificadas para “com que freqüência você se sente inquieto?”. Além da crítica mais óbvia de que grande parte das perguntas validadas para crianças não possui um correspondente para adultos, especialistas em TDAH questionam se os mesmos sintomas pesquisados em crianças estariam presentes em adultos. Embora compartilhem uma base psicopatológica parecida, é muito provável que alguns sintomas sejam específicos de crianças e outros, de adultos. Pensando assim, haveria uma evolução clínica do transtorno com o passar dos anos, sendo inadequado utilizar entrevistas formuladas para crianças em adultos.

Outra crítica pertinente à avaliação dos sintomas de TDAH em adultos consiste em qual ponto de corte deve ser considerado. Nos estudos infantis, seis sintomas de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade são necessários. Para adultos não existem estudos suficientes que definam com precisão esse ponto de corte. Muitos pesquisadores utilizam o mesmo, mas essa decisão parece deixar muitos portadores sem o diagnóstico. Dessa forma, selecionam-se apenas os pacientes mais sintomáticos, excluindo outros possivelmente tão comprometidos, ou mais, que os primeiros.

Outros consideram pontos de corte mais baixos para adultos, como Kooij *et al.* (2005), que demonstraram que adultos com quatro ou mais sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade apresentavam maior comprometimento psicossocial do que indivíduos com três ou menos sintomas, mesmo após controle de outras variáveis. Na mesma linha, Faraone *et al.* (2006b) propuseram um ponto de corte de três sintomas em ao menos uma das dimensões sintomáticas (desatenção e hiperatividade/impulsividade), porém respeitando o critério de início dos sintomas (alguns dos sintomas devem ter início antes dos 7 anos de idade). Os achados demonstraram que esses indivíduos não apresentavam perfil de comorbidades e comprometimento funcional semelhante ao observado em portadores de TDAH, sugerindo haver pouca validade dessa forma subliminar do transtorno.

Essa dificuldade de avaliação de freqüência e gravidade de sintomas (incluindo aí a avaliação de comprometimento clínico descrita anteriormente) é um dos confundidores presentes nas entrevistas clínicas para TDAH. Não existe, necessariamente, uma correlação entre número de sintomas, freqüência e sua gravidade. Uma das tentativas mais atuais para se tentar minimizar esse problema é atribuir uma pontuação a cada sintoma, a partir da freqüência de ocorrência destes. Assim, “nunca” codifica o valor “0” e “muito freqüentemente”, o valor “4”. Freqüências intermediárias codificam os valores “1”, “2” e “3”. A soma desses valores representa os escores para desatenção e hiperatividade/impulsividade, e a soma destes, o escore global do paciente. Esse artifício permite avaliar o TDAH como um fenômeno dimensional, em contraposição à avaliação tradicional categorial.

A avaliação dimensional de sintomas psiquiátricos não é restrita ao TDAH. Em estudos de ansiedade, humor e personalidade, modelos dimensionais já são muito utilizados (Kupfer, 2005). Para o diagnóstico de TDAH, o ASRS-18 (Adult Self-Report Scale for ADHD) pode ser uma ferramenta útil e que apresenta adaptação transcultural disponível para utilização em nosso meio (Mattos *et al.*, 2006b).

Ainda não existem respostas definitivas para avaliação de sintomas de TDAH em adultos. As principais questões descritas ainda necessitam de estudos mais precisos para ser bem respondidas. Porém, algumas pesquisas já apontam para a necessidade de uma descrição mais adequada do quadro clínico do TDAH em adultos, bem como de uma avaliação mais precisa sobre o melhor ponto de corte utilizado. O modelo de avaliação dimensional do TDAH pode trazer novos achados significativos para o estudo em adultos.

4) O comprometimento em ao menos dois contextos

Para o diagnóstico, o critério C do DSM-IV (APA, 1994) requer que os sintomas provoquem algum prejuízo em pelo menos dois contextos. O comprometimento deve ser investigado

em situações e contextos específicos da vida adulta. Avalia-se o funcionamento dentro de uma sociedade maior e mais organizada (por meio da avaliação da participação em situações de representação e coordenação de grupos, direção de veículos, administração de finanças, planejamento de atividades e compromissos, por exemplo); funcionamento conjugal e parental; e a capacidade de organizar e manter cuidados com a própria saúde. O critério C falha em refletir a complexidade de situações a ser explorada, buscando expressões de comprometimento funcional (McGough e Barkley, 2004).

Existem algumas dificuldades na avaliação do comprometimento provocado por um sintoma, uma vez que a disfunção pode não ocorrer no mesmo nível em todos os contextos ou no mesmo contexto em todos os momentos. É comum que os sintomas variem de gravidade de acordo com as demandas ambientais. Os sintomas pioram em situações que demandam atenção, concentração ou que sejam desinteressantes para o indivíduo. Indivíduos sem TDAH também podem apresentar alguma desatenção e inquietude em situações tediosas, porém, no TDAH, os sintomas são mais expressivos e podem ocorrer mesmo em situações de lazer.

O grau de resiliência oferecido pelo ambiente (escola, família, trabalho) pode influenciar no grau de comprometimento apresentado ou percebido por portadores do TDAH. Uma pessoa pode apresentar um sintoma com forte expressão e não reconhecer comprometimento devido ao controle externo do sintoma (desorganização ou dificuldade de planejamento, por exemplo) por um familiar. Ainda é questionável se a presença de comprometimento apenas numa situação de demanda externa incomum (ao se estudar para um difícil concurso, por exemplo) representa comprometimento. Também existe dúvida se os pacientes que reconhecem a presença dos sintomas e criam elaboradas estratégias para controlá-los apresentam comprometimento. Apesar de não apresentarem prejuízos associados aos sintomas, esses pacientes apresentam importantes limitações em suas atividades diárias para conseguir um funcionamento normal e poderiam apresentar melhora na qualidade de vida com o tratamento destas.

CONCLUSÕES

Os critérios propostos pelos manuais diagnósticos (CID-10 e DSM-IV) revelam-se inapropriados para o diagnóstico de TDAH em adultos. O diagnóstico é primordialmente clínico e deve ser baseado em anamnese bem detalhada. Ante a ausência de uma padronização dos sintomas de TDAH adequada para a avaliação em adultos, recomenda-se o uso de instrumentos que propuseram sintomas correspondentes àqueles propostos pelo DSM-IV (ASRS-18, por exemplo). Re-

comenda-se alguma flexibilidade quanto à idade de início dos sintomas (considerando diagnóstico quando o início dos sintomas for próximo aos 12 anos, por exemplo) e ao número de sintomas necessários para o diagnóstico, tendo em vista a ausência de estudos validando um ponto de corte adequado para adultos. A avaliação de comprometimento funcional significativo deve investigar diversos ambientes da vida do indivíduo (incluindo relacionamento conjugal, direção de veículos, administração de financeira etc.). Outros informantes (cônjuge, filhos, pais, amigos) podem ser de extrema utilidade no relato de comprometimento funcional atual e presença de sintomas durante a infância.

Potenciais conflitos de interesse: O GEDA – UFRJ recebe suporte de pesquisa do Laboratório Janssen-Cilag. Daniel Segenreich é palestrante do Laboratório Janssen-Cilag.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Applegate B, Lahey BB, Hart EL, Biederman J, Hynd GW, Barkley RA. Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials. *J Am Ac Child and Adol Psych*, 36:1211-21, 1997.
- Barkley RA, Biederman J. Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Ac Child and Adol Psych*, 36:1204-10, 1997.
- Dias G, Mattos P, Coutinho G, Segenreich D, Saboya E, Ayrão V. Agreement rates between parent and self report on past ADHD symptoms in an adult clinical sample. *Journal of Attention Disorders*, In Press (no prelo).
- Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Med*, 36:159-6, 2006a.
- Faraone SV, Biederman J, Spencer T *et al.* Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: Are late onset and subthreshold diagnoses valid? *Am J Psych*, 163:1720-9, 2006b.
- Faraone SV, Biederman J, Spencer T *et al.* Attention deficit hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biological Psychiatry*, 48:9-20, 2000.
- Henry B, Moffitt TE, Caspi A, Langley J, Silva PA. On the "remembrance of things past": A longitudinal evaluation of the retrospective method. *Psychological Assessment*, 6:92-101, 1994.
- Hesslinger B, Tebartz L, Mochan F, Ebert D. Attention deficit hyperactivity disorder in adults – early vs. late onset in a retrospective study. *Psychiatry Research*, 119:217-223, 2003.
- Kooij JJS, Buitelaar JK, Van den OORD EJ, Furer JW, Rijnders CA, Hodiament PPG. Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychological Med*, 35:817-27, 2005.
- Kupfer DJ. Dimensional model for research and diagnosis: A current dilemma. *J Abnormal Psych*, 114: 557-9, 2005.
- Mannuzza S, Klein RG, Klein DF, Bessler A, ShROUT P. Accuracy of adult recall of childhood attention hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 159:1882-8, 2002.
- Mattos P, Palmi A, Salgado C *et al.* Brazilian consensus of specialists on the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Rev Psiq Rio Grande do Sul*, 28:50-60, 2006a.
- Mattos P, Segenreich D, Saboya E, Louzã M, Dias G, Romano M. Transcultural adaptation of the Adult Self-Report Scale into Portuguese for evaluation of adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Rev Psiq Clín*, 33(4):188-94, 2006b.
- McGough JJ, Barkley RA. Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 161:1948-56, 2004.

- Murphy P, Schachar R. Use of self-ratings in the assessment of symptoms of attention hyperactivity disorder in adults. *Am J Psychiatry*, 157:1156-9, 2000.
- Rohde LA, Biederman J, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S, Tramontina S. Exploring ADHD age-of-onset criterion in Brazilian adolescents. *Eur Child and Adol Psychiatry*, 9(3):212-8, 2000.
- Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 150(6):885-90, 1993.
- Weiss M, Murray C. Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Can Med Assoc J*, 168:715-22, 2003.
- Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *An Rev Med*, 53:113-31, 2002.
- Willoughby MT, Curran PJ, Costello EJ, Angold A. Implications of early versus late onset of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms. *J Am Ac Child and Adol Psychiatry*, 39: 1512-9, 2000.