

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ANA PAULA ASSIS DE OLIVEIRA

CONSTRUÇÃO DE UMA ESCALA PARA AVALIAÇÃO DE PREJUÍZOS EM  
ADULTOS COM O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE  
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

APOIO:

FAPEMIG

BELO HORIZONTE

2016

Ana Paula Assis de Oliveira

CONSTRUÇÃO DE UMA ESCALA PARA AVALIAÇÃO DE PREJUÍZOS EM  
ADULTOS COM O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE  
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

Tese apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Psicologia da Universidade  
Federal de Minas Gerais, como parte dos  
requisitos para obtenção do grau de Doutor  
em Psicologia

Área de concentração: Desenvolvimento  
Humano

Orientadora: Elizabeth do Nascimento

BELO HORIZONTE

2016

150

O48co  
2016

Oliveira, Ana Paula Assis de

Construção de uma escala para avaliação de prejuízos em adultos com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade [manuscrito] / Ana Paula de Assis de Oliveira. - 2016.

208 f.

Orientadora: Elizabeth do Nascimento .

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Psicologia – Teses. 2. Distúrbio da falta de atenção com hiperatividade – Teses. 3. Psicometria – Teses. I. Nascimento, Elizabeth do. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Construção e levantamento de evidências iniciais de validade e precisão de uma escala para avaliação de prejuízos funcionais em adultos com TDAH**

**ANA PAULA ASSIS DE OLIVEIRA**

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA, área de concentração DESENVOLVIMENTO HUMANO, linha de pesquisa Desenvolvimento e Diferenças Individuais.

Aprovada em 05 de fevereiro de 2016, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Elizabeth do Nascimento - Orientador  
UFMG

Prof(a). Leandro Fernandes Malloy Diniz  
UFMG

Prof(a). João Vinícius Salgado  
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof(a). MARIO RODRIGUES LOUZÃ NETO  
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Prof(a). Acácia Angeli dos Santos  
Universidade São Francisco

Belo Horizonte, 5 de fevereiro de 2016.

*Ao adulto com TDAH para que ele tenha a  
sua condição clínica reconhecida e tratada,  
usufruindo do seu potencial e de uma  
melhor qualidade de vida.*

## **Agradecimentos**

A Deus, fonte de vida, amor e sabedoria. Ao Mestre Jesus, modelo de vida, cujos ensinamentos enriquecem a minha existência e promovem o meu desenvolvimento espiritual.

À Dra. Elizabeth do Nascimento, minha estimada orientadora! Gratidão pelo seu acompanhamento dedicado, respeitoso e amoroso durante toda a minha trajetória na pós-graduação e pelos preciosos ensinamentos. Alegria imensa por compartilhar tantos momentos agradáveis e de crescimento!

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo incentivo financeiro a este projeto.

À Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA) pela sua valiosa contribuição na divulgação da pesquisa.

À Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) pela oportunidade de cursar o doutorado.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFMG pela contribuição na minha formação.

Aos especialistas Dr. João Vinícius Salgado, Dr. Mario Rodrigues Louzã Neto e Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro pela valiosa colaboração na etapa da análise de juízes.

Aos participantes da etapa de análise semântica que nos ajudaram a aprimorar a versão piloto da escala.

À Patrícia Rodopiano pelo apoio na divulgação e pelas sugestões preciosas nos itens da área “relação com a justiça”.

A todos que colaboraram com a etapa de coleta de dados seja divulgando, respondendo ou aplicando o protocolo de pesquisa.

A todos que trabalharam na digitação dos dados.

Em especial à minha mãe pelo amor, carinho e cuidado.

Aos meus familiares e amigos (as) pelo apoio na concretização dos meus sonhos e pela oportunidade de compartilhar e celebrar as minhas conquistas tornando a minha caminhada mais rica e alegre.

Aos meus pacientes e ex-pacientes que me inspiraram na construção de alguns itens, participaram da pesquisa e com quem muito aprendo.

A todos cujos nomes não são citados, mas que contribuíram de alguma forma seja diretamente ou indiretamente para a realização deste projeto.

“O fato mais básico a respeito dos testes psicológicos é que eles são ferramentas. Isso significa que sempre são um meio para alcançar um fim, e nunca um fim em si mesmos”

(Urbina, 2007, p.14)

## Resumo

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é um dos transtornos psiquiátricos mais bem estudados, sendo definido como um transtorno do neurodesenvolvimento que apresenta como característica fundamental um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade que impacta o funcionamento ou desenvolvimento. Considerando esse último aspecto da definição, ou seja, o prejuízo funcional, tem-se que ele se constitui em um dos critérios exigidos para o estabelecimento do diagnóstico de vários transtornos mentais e pode ser entendido como o grau de dificuldade vivenciado pela pessoa na interação com os seus contextos de desenvolvimento e suas consequências adversas. No entanto, são poucos os instrumentos que permitem avaliá-los de forma rigorosa e quantitativa. O presente estudo teve por objetivos construir uma escala de autorrelato para avaliar especificamente os prejuízos que adultos com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade vivenciam em áreas importantes da vida e levantar evidências de validade. A escala foi intitulada Functional Impairment Scale (FIS-TDAH) e estruturada em duas partes. A primeira explorando de forma mais específica dificuldades que os adultos costumam vivenciar em vários domínios do seu funcionamento e a segunda parte investigando a percepção geral que o respondente tem sobre os domínios explorados. Em sua versão final, a FIS-TDAH ficou composta por 75 itens. O seu processo de desenvolvimento foi constituído de sete etapas, a saber: definição constitutiva de prejuízo e seleção das áreas por meio de revisão teórica/especialistas, entrevista com a população meta, construção de itens/instrumento, análise de juízes, análise semântica, aplicação da FIS-TDAH e análise psicométrica. Participaram da pesquisa 1589 adultos com e sem a condição de interesse, de ambos os sexos, com diferentes níveis de escolaridade, residentes em diversas regiões brasileiras,

com idade entre 18 e 76 anos. Os dados foram submetidos à análise fatorial confirmatória, com base num modelo hipotético hierárquico e de nove fatores derivados da análise fatorial exploratória. As análises indicaram a adequação dos dois modelos, com índices de qualidade de ajuste muito próximos, fornecendo indícios empíricos da adequação do modelo concebido para a escala. A consistência interna apresentou alto grau de precisão (0,97 conjunto total; 0,78-0,92 por área). A média do escore bruto apresentou diferença significativa entre o grupo clínico e o grupo controle em todas as 9 áreas avaliadas de forma específica e de forma geral nas duas partes da escala. Com base nesses resultados, podem-se considerar como satisfatórias as propriedades psicométricas do novo instrumento. Dessa forma, conclui-se que a FIS-TDAH atende a sua proposta de avaliar os prejuízos em adultos com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, mostrando-se útil para os contextos de clínica e de pesquisa.

**Palavras-chave:** TDAH, adultos, perfil de impacto da doença, psicométrica, escalas

## Abstract

The attention-deficit/hyperactivity disorder is one of the most well studied psychiatric disorders being defined as a neurodevelopment disorder that presents as a fundamental characteristic, persistent pattern of inattention and/or hyperactivity which impacts the functioning and development. Considering this definition last aspect, ie, the functional impairment, it constitutes one of the required criteria for the diagnosis establishing of several mental disorders and can be understood as the difficulty degree in interaction, experienced by people, with their development contexts and its adverse consequences. However, there are few instruments to assess them rigorously and quantitatively. This study aimed to build a self-report scale to specifically assessing the impairments that adults with attention-deficit/hyperactivity disorder experience in important life areas and collect validity evidence. The scale was entitled Functional Impairment Scale (FIS-ADHD), structured in two parts. The first exploring more specifically difficulties that adults often experience in several areas of functioning and the second part investigating the general perception that the respondent has on the exploited areas. In its final version, the FIS-ADHD was composed of 75 items. Their development process was consisted of seven stages, namely: constitutive definition of impairment and selection of areas through theoretical review/experts, interview with the target population, construction of items / instrument, analysis of judges, semantic analysis, application of FIS-ADHD and psychometric analysis. Participants were 1589 adults with and without the condition of interest, of both sexes, with different levels of education, living in different regions of Brazil, aged between 18 and 76 years. The data were submitted to confirmatory factor analysis, based on a hierarchical hypothetical model and nine factors derived from the exploratory factor analysis. The analysis indicated the appropriateness of both models, with adjustment quality scores very close, providing empirical evidence of the appropriateness of the model designed for the scale.

The internal consistency has a high degree of reliability (0.97 total set; 0.78 to 0.92 per area). The mean of raw score showed a significant difference between the clinical group and the control group in all nine assessed areas specifically and in general in both parts of scale. Based on these results, it can be considered as satisfactory the psychometric properties of the new instrument. Thus, it is concluded that the FIS-ADHD attends its proposal to assess the impairments in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and proved to be useful to the clinical and research contexts.

**Keywords:** ADHD, adults, sickness impact profile, psychometrics, scales

## Lista de Tabelas

Tabela da introdução	
Tabela 1- Critérios diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade segundo o DSM 5.....	20
Tabelas do manuscrito 1	
Tabela 1- Frequência de respondentes por área.....	66
Tabela 2- Exemplos de prejuízos por área.....	68
Tabelas do manuscrito 2	
Tabela 1- Estrutura do modelo.....	86
Tabela 2- Caracterização da amostra conforme a etapa de construção da FIS-TDAH....	94
Tabela 3- FIS-TDAH- Exemplos de itens por domínio (primeira parte).....	97
Tabela 4- FIS-TDAH (segunda parte).....	98
Tabelas do manuscrito 3	
Tabela 1- Caracterização da amostra.....	112
Tabela 2- Análise fatorial exploratória.....	116
Tabela 3- Comparação de diferentes modelos fatoriais da FIS-TDAH.....	116
Tabelas do manuscrito 4	
Tabela 1- Características demográficas da amostra.....	130
Tabela 2- Informações relacionadas à saúde.....	133
Tabela 3- Percentuais nos quartis extremos.....	134
Tabela 4- Comparação entre as médias do grupo controle e clínico.....	136

**Lista de figuras**

Figura do manuscrito 2	
Figura 1- Dinâmica do modelo.....	83
Figura do manuscrito 3	
Figura 1- Modelo final da FIS-TDAH.....	117
Figura do manuscrito 4	
Figura 1- Média de áreas prejudicadas.....	135

### Lista de Siglas

AAQoL	Adult ADHD Quality of Life Measure
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AGD	Avaliação Global das Dificuldades
APA	American Psychiatric Association
ASRS	Adult ADHD Self-Report Scale
BFIS	Barkley Functional Impairment Scale
CAARS-SL	Conners' Adult ADHD Rating Scales–Self-Report, Long Version
CBCL	Child Behavior Checklist
CVC	Coefficiente de Validade de Conteúdo
DAS	Dyadic Adjustment Scale
DP	Desvio Padrão
DSM III	Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition
DSM 5	Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition
FAD	Family Assessment Device
FE	Funções Executivas
FIS-TDAH	Functional Impairment Scale - TDAH
GAF	Global Assessment of Functioning
HPM	Health and Productivity Management
KMO	Kaiser-Meier-Olkin
LIFE-RIFT	Longitudinal Interval Follow-up Evaluation Range of Impaired Functioning Tool
LSD	Dietilamida do Ácido Lisérgico
MIC	Marital Impact Checklist
MINI	Mini Internacional Neuropsychiatric Interview
MLR	Robust Maximum Likelihood
OCPT	Online Continuous Performance Test
PAF	Análise dos Eixos Principais
PIRS	Psychiatric Impairment Rating Scale
RMSEA	Root-Mean-Square Error of Approximation
SDS	Sheehan Disability Scale
SNAP-IV	Swanson, Nolan e Pelham-IV

SOFAS	Occupational Functioning Assessment Scale
SRSM	Standardized Root Mean Square Residual
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCT	Teoria Clássica dos Testes
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção /Hiperatividade
TLI	Tucker-Lewis Index
TPA	Transtorno de Personalidade Antissocial
TUSP	Transtorno por Uso de Substância Psicoativa
UMASS	Escola de Medicina da Universidade de Massachusets
UN	Nações Unidas
VAS	Computerized Visual Analog Scale
WHODAS 2.0	World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0

## Sumário

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>27</b>
2.1 Objetivo geral da pesquisa.....	27
2.2 Objetivos específicos da pesquisa.....	27
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>28</b>
3.1 Prejuízos no TDAH.....	28
3.1.1 Domínios afetados.....	31
3.1.1.1 Prejuízo acadêmico.....	32
3.1.1.2 Prejuízo profissional.....	34
3.1.1.3 Prejuízo afetivo-sexual.....	36
3.1.1.4 Prejuízo social.....	38
3.1.1.5 Prejuízo doméstico.....	40
3.1.1.6 Prejuízo financeiro.....	41
3.1.1.7 Prejuízo na saúde.....	43
3.1.1.8 Prejuízo no trânsito.....	45
3.1.1.9 Prejuízo na relação com a justiça.....	47
3.2 Avaliação dos prejuízos.....	48
3.2.1 Barkley Functional Impairment Scale (BFIS).....	50
3.2.2 World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0).....	50
3.2.3 Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS).....	51
3.2.4 Sheehan Disability Scale (SDS).....	52
3.2.5 Adult ADHD Quality of Life Measure (AAQoL).....	52
3.2.6 GEDA Impairment Scale.....	53
3.3 Considerações.....	53
<b>4 MANUSCRITOS.....</b>	<b>57</b>
4.1 Manuscrito 1.....	57
4.2 Manuscrito 2.....	81
4.3 Manuscrito 3.....	108
4.4 Manuscrito 4.....	124
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>147</b>

## APRESENTAÇÃO

A presente tese é constituída de cinco capítulos: introdução, objetivos, referencial teórico, manuscritos e considerações finais. A introdução trata da visão geral do tema e a relevância do estudo. Na segunda parte, são apresentados os objetivos geral e específicos, sendo que estes últimos são associados aos manuscritos que os contemplam. No terceiro capítulo, é explorado o referencial teórico que serviu de base para a construção do novo instrumento de avaliação denominado Functional Impairment Scale (FIS – TDAH). O quarto compreende quatro manuscritos que exploram todo o processo de desenvolvimento da escala, o qual foi baseado no modelo de elaboração de instrumental psicológico proposto por Pasquali (2010b). Os manuscritos foram respectivamente intitulados: Prejuízos funcionais segundo adultos brasileiros que se autodeclararam com TDAH: um estudo qualitativo; Prejuízos Funcionais no TDAH – uma proposta de modelo conceitual e instrumento de avaliação; Evidências de validade da FIS-TDAH e Prejuízos funcionais em múltiplos domínios da vida em adultos com e sem TDAH por meio da FIS-TDAH. No fechamento da tese, são relatadas as considerações finais sobre o estudo destacando os resultados satisfatórios encontrados, o diferencial da FIS-TDAH em relação às escalas existentes e direções futuras.

## 1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um dos transtornos psiquiátricos mais estudados. Segundo o Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (American Psychiatric Association, 2013), ele pode ser definido como um transtorno do neurodesenvolvimento que compreende níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e hiperatividade/impulsividade. No referido sistema, são determinados cinco critérios que devem ser preenchidos para o estabelecimento do diagnóstico. O primeiro critério é constituído por 18 sintomas que são divididos em duas dimensões: Desatenção e Hiperatividade/Impulsividade (Tabela 1). Na infância e/ou adolescência, faz-se necessária a presença de seis ou mais sintomas em qualquer uma delas para o diagnóstico. A partir dos 17 anos, recomenda-se o ponto de corte de cinco sintomas. Os demais critérios estabelecem que tais sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade, sejam mais intensos do que o esperado para a faixa etária, indo além de um ajuste transitório de adaptação a uma nova situação, sejam evidentes em vários ambientes, acarretem prejuízos na vida da pessoa, não ocorram exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não sejam mais bem explicados por outro transtorno mental. De acordo com a manifestação dos sintomas, pode-se classificar o transtorno em três subtipos: predominantemente desatento, predominantemente hiperativo/impulsivo e combinado. Para a classificação, deve-se considerar os seis meses anteriores, uma vez que os subtipos podem se modificar ao longo da vida. Uma das novidades dessa quinta edição é a especificação do nível de severidade em leve, moderado e severo considerando a quantidade e a intensidade de sintomas e prejuízos.

Tabela 1

*Critérios diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade segundo o DSM-5.*

---

**Critérios Diagnósticos**

---

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):

**1. Desatenção:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

**Nota:** Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

**a)** Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).

**b)** Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante as aulas, conversas ou leituras prolongadas).

**c)** Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).

**d)** Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).

---

- 
- e) Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).
  - f) Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).
  - g) Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).
  - h) Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).
  - i) Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p.ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).

1. **Hiperatividade e impulsividade:** Seis (ou mais) dos seguintes persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

**Nota:** Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

- a) Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
-

- 
- b)** Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).
  - c)** Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (**Nota:** Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude).
  - d)** Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.
  - e)** Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).
  - f)** Frequentemente fala demais.
  - g)** Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
  - h)** Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).
  - i)** Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).
-

No momento, o diagnóstico do TDAH é eminentemente clínico e deve incluir anamnese detalhada, com levantamento da história do desenvolvimento, do funcionamento global, histórico familiar para TDAH, diagnóstico diferencial de transtornos psiquiátricos e avaliação de outras condições psiquiátricas associadas. No entanto, como forma complementar de avaliação, contribuindo para rastrear, confirmar ou descartar o diagnóstico é importante considerar a avaliação neuropsicológica.

Para Mattos, Saboya, Kaefer, Knijnik, & Soncini (2003), o exame neuropsicológico pode ajudar no processo diagnóstico de TDAH em três questões fundamentais. Primeiro, para consolidar ou excluir o diagnóstico, pois é comum haver dúvidas em relação à credibilidade das informações sobre o comportamento do paciente ou desacordo sobre o mesmo. Segundo, se os sintomas podem ser considerados como variantes da normalidade ou se são mais bem explicados por outros transtornos. Terceiro, se o diagnóstico é positivo para TDAH, verificar se existem outros quadros associados como, por exemplo, déficits cognitivos e outros transtornos específicos da aprendizagem.

A etiologia do TDAH tem sido alvo de muitas pesquisas e ainda tem muito o que avançar. A interação genética e ambiente tem sido considerada. O alto nível de herdabilidade sugere uma etiologia genética (Makris et al., 2008). Estudos com gêmeos mostram a importância da transmissão genética do transtorno. A prevalência encontrada em parentes de crianças acometidas pelo transtorno é duas vezes maior se comparada a população geral. Por outro lado, fatores ambientais como adversidade biológica, apesar de explicarem uma pequena parte da variação comportamental do TDAH, se constituem em alvo de interesse para os pesquisadores (Barkley, 2008). Complicações na gravidez (exposição ao álcool e ao cigarro) e parto (eclampsia, idade materna, trabalho de parto demorado, saúde maternal precária, sofrimento fetal e hemorragia) aumentam o risco para TDAH. Prematuridade associada a um baixo peso no nascimento também é um

fator considerado (Biederman & Faraone, 2005). Sucksdorff et al. (2015) encontraram em seu estudo que o risco de TDAH aumenta para cada semana a menos de gestação bem como o peso para a idade gestacional, 1 desvio padrão (dp) abaixo e 2 dp acima (baixo peso e sobrepeso).

Investigações considerando aspectos genéticos, neuroanatômicos e neuroquímicos sustentam uma base fisiológica para o transtorno (Weyandt, Swentosky, & Gudmundsdottir, 2013). Anormalidades estruturais e funcionais são observadas no cérebro. Os achados científicos sugerem que os sintomas do TDAH são consequências de um volume reduzido no córtex pré-frontal dorsolateral, núcleo caudado, globo pálido, corpo caloso, cerebelo e do cérebro como um todo (Seidman, Valera, & Makris, 2005) bem como de disfunções observadas em circuitos cerebrais associados às regiões pré-frontais, ao lobo parietal, aos gânglios basais e ao cerebelo (Makris et al., 2008). Durston, van Belle e de Zeeuw (2011) argumentam que os circuitos frontoestriatal dorsal, orbitofronto-estriatal e fronto-estriatal estão implicados no TDAH. Disfunções em qualquer um deles podem causar sintomas do referido transtorno. O primeiro seria responsável por déficit no controle cognitivo, o segundo por déficit na motivação e no sistema de recompensa e o último por dificuldade em prever quando os eventos irão ocorrer e outros problemas com o tempo. No entanto, não é descartada a possibilidade de outros circuitos estarem envolvidos como o fronto-amigdalár, responsável pela atribuição do valor emocional aos eventos. Eles sugerem que esses circuitos podem ser dissociados e utilizados no estabelecimento de subtipos neurobiológicos de TDAH. Segundo os autores, esta proposta pode ser útil tanto do ponto de vista investigativo quanto clínico, como por exemplo, no caso da responsividade ao tratamento medicamentoso. Indivíduos com o tipo de TDAH que envolve disfunções no loop estriatal poderiam responder melhor aos estimulantes. No entanto, eles deixam claro que muitas investigações serão necessárias para se afirmar essa hipótese.

Tais alterações trazem prejuízos na interação de quem tem TDAH com o seu meio ambiente. Estudos mostram que adultos vivenciam consequências adversas em diferentes áreas da vida tais como, acadêmica, profissional, social, afetivo-sexual, familiar, financeira, saúde, direção de veículos e relação com a justiça (Barbarese et al., 2013; Barkley, 2008; Barkley & Cox, 2007; Barkley & Murphy, 2010; Barkley, Murphy, & Fischer, 2013; Biederman et al., 2006; Brod, Pohlman, Lasser, & Hodgkins, 2012; Mannuzza, Klein, & Moulton, 2008; Matheson et al., 2013).

Apesar de sintomas e prejuízos se apresentarem como critérios distintos e imprescindíveis para o diagnóstico de TDAH, tem se dado pouca atenção para a avaliação dos prejuízos tanto no âmbito clínico quanto nas pesquisas. Recentemente, na literatura científica tem se discutido a relevância da investigação dos prejuízos nas decisões sobre o processo de diagnóstico, critérios de inclusão dos participantes em pesquisa, estimativas de prevalência, avaliação dos efeitos do tratamento, prestação de serviços entre outros (Gordon et al., 2006; Mannuzza et al., 2011). Na tomada de decisão clínica quando a avaliação dos prejuízos é negligenciada há maior probabilidade da ocorrência de se diagnosticar falsos positivos (Gathje, Lewandowski, & Gordon, 2008). A prevalência do TDAH tende a ser superestimada quando somente os sintomas são considerados (Faraone, Sergeant, Gillberg, & Biederman, 2003). Nem sempre melhora nos sintomas implica na melhora dos prejuízos (O'Connor, Garner, Peugh, Simon, & Epstein, 2015).

Diante do exposto, o aprofundamento na investigação dos prejuízos se impõe. Entretanto, de acordo com Mattos (2011), “embora muito observadas pelos médicos, tais dificuldades são raramente estudadas de forma clara e objetiva, com metodologia específica que empregue o uso de instrumentos próprios para a investigação do comprometimento em diferentes áreas” (p. 166). O presente projeto pretendeu preencher parte dessa lacuna desenvolvendo uma escala original de autorrelato para avaliar os

prejuízos associados ao TDAH em várias áreas da vida adulta. A escala foi construída a partir da realidade brasileira e disponibilizará mais um recurso para a comunidade profissional aprimorar o seu processo de diagnóstico na população alvo bem como fornecerá subsídios para a elaboração de intervenções. O avanço tanto no processo de diagnóstico quanto no tratamento contribui para que o paciente tenha uma maior qualidade de vida.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral da pesquisa

- Construir uma escala de autorrelato para avaliar os prejuízos funcionais que adultos com TDAH vivenciam em diferentes domínios.

### 2.2 Objetivos específicos da pesquisa

- Examinar os prejuízos funcionais que adultos brasileiros que se autodeclaram com TDAH relatam vivenciar em diversas áreas da vida (manuscrito 1);
- Construir os itens (manuscrito 2);
- Verificar as propriedades psicométricas da FIS-TDAH através da análise fatorial exploratória e confirmatória (manuscrito 3);
- Comparar a manifestação de prejuízos entre indivíduos sem e com diagnóstico de TDAH (manuscrito 4)

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Prejuízos no TDAH

Prejuízo funcional é um critério exigido para o estabelecimento do diagnóstico em vários transtornos mentais e pode ser entendido como o grau de dificuldade experienciado pela pessoa na interação com os seus contextos de desenvolvimento e as consequências adversas resultantes (Barkley, 2011; Barkley & Benton, 2011). Em se tratando do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), o reconhecimento da sua presença na fase adulta levantou questões importantes como o seu impacto ao longo da vida (Hodgkins et al., 2012). Nos últimos anos, estudiosos vêm discutindo sobre a relevância da investigação dos prejuízos no TDAH em várias circunstâncias como nas decisões sobre o processo de diagnóstico, critérios de inclusão dos participantes em pesquisa, estimativas de prevalência, avaliação dos efeitos do tratamento e prestação de serviços (Faraone et al., 2013; Gathje, Lewandowski & Gordon, 2008; Gordon et al., 2006; Mannuza et al., 2011; O'Connor et al., 2015).

Gordon et al. (2006) comentam que no processo diagnóstico do TDAH a avaliação dos prejuízos tem ficado em segundo plano pela tendência em assumir uma associação muito próxima entre a quantidade de sintomas e a extensão do impacto que eles têm sobre o funcionamento da pessoa. Interessantemente, eles exploram a questão de que negligenciar os prejuízos pode levar tanto ao diagnóstico falso positivo quanto ao falso negativo. No primeiro caso, eles apresentam estudos que mostram que quando se ignora os prejuízos a taxa de prevalência é superestimada. Por outro lado, os autores discutem pesquisas que demonstram que determinadas crianças podem apresentar

prejuízos psicossociais significativos e ainda assim, não atingirem o número mínimo de sintomas exigidos para o estabelecimento do diagnóstico. Para os autores, pesquisadores e clínicos devem dar maior importância aos prejuízos e considerá-los até mesmo acima da avaliação dos sintomas. A estimativa da persistência do TDAH na vida adulta é mais baixa quando se considera estritamente o número mínimo de sintomas, mas aumenta consideravelmente quando se associa prejuízos a uma quantidade de sintomas significativa, mas abaixo do limite estabelecido oficialmente. Outra questão que eles apontam para reforçar a importância de se aprofundar no conhecimento dos prejuízos e ampliar a sua investigação é que, frequentemente, são os prejuízos funcionais e não os sintomas que ditam a procura do tratamento e estabelecem o seu objetivo. Acrescentam ainda que é o nível de funcionamento na infância e não os sintomas que melhor predizem o efeito na vida adulta. Tais considerações abrem discussão para se rever na comunidade científica o peso da avaliação dos prejuízos no estabelecimento do diagnóstico.

O efeito da inclusão do prejuízo em estudos epidemiológicos é bastante significativo. Faraone et al. (2003) fizeram uma revisão de 50 artigos a fim de investigarem a prevalência mundial do TDAH. Segundo os autores, os fatores que afetam a prevalência incluem características da população da amostra, métodos de diagnóstico e o rigor com que os critérios de diagnósticos são aplicados. Atendo-se apenas ao último aspecto, verificou-se que muitos pesquisadores não utilizaram a exigência de comprometimento funcional em seus estudos o que interferiu bastante no resultado. Quando esse critério foi considerado em determinados estudos, a taxa de 16,1% (somente sintomas) caiu para 6,8% (sintomas e prejuízos); de 7,5% caiu para 6,8% e de 15,8% para 0,2%, levando à conclusão de que a prevalência é superestimada quando baseada apenas em sintomas.

Considerar ou não os prejuízos tem sérias implicações não só em estudos epidemiológicos, mas também na tomada de decisão clínica. Gathje et al. (2008) avaliaram a identificação do TDAH quando se adiciona o critério de prejuízo aos sintomas em uma amostra de 314 crianças/adolescentes encaminhados para um centro clínico de diagnóstico de TDAH. Adotando uma única medida dos sintomas (SNAP-IV), 81% da amostra foi classificada como tendo TDAH. Utilizando-se duas medidas (SNAP-IV e Child Behavior Checklist – CBCL) o valor caiu para 60%. Quando se adicionou a avaliação dos prejuízos (Global Impairment Index – uma combinação de seis medidas) a taxa mudou de 60% para apenas 19%.

Entender sintomas e prejuízos como construtos independentes também nos faz refletir sobre a necessidade de intervenções diferenciadas para se alcançar sucesso no tratamento do TDAH. O'Connor et al. (2015) examinaram, em contexto de atenção primária de crianças e adolescentes, se no decorrer do desenvolvimento mudanças na trajetória dos sintomas implicariam em alterações na trajetória dos prejuízos. A intervenção recebida pelos participantes foi baseada em medicamentos cujo alvo são os sintomas. Os resultados mostraram que ocorria inicialmente uma melhora nos sintomas, seguida de uma estabilização e então uma leve queda. No entanto, de forma geral, os prejuízos se mantiveram estáveis. Foram observadas duas exceções: houve uma associação entre a melhora nos sintomas de desatenção e a melhora na avaliação dos prejuízos na escrita, assim como, melhora em sintomas de hiperatividade/impulsividade e melhora no relacionamento com os pares. Os autores concluíram que a diminuição nos sintomas de TDAH não foi associada com a diminuição dos prejuízos na maioria das áreas avaliadas.

Diante do exposto, torna-se evidente que investigar os prejuízos típicos do TDAH é imprescindível, não havendo mais espaço para a sua negligência. Ações nesse sentido representam um avanço na área. Recentemente, estudos vêm ampliando o foco de suas

investigações. Os sintomas passam a dividir o seu espaço com os prejuízos no palco das pesquisas científicas e este último sai do papel secundário para assumir o seu devido lugar na abordagem do TDAH.

### **3.1.1 Domínios afetados**

Hodgkins et al. (2012) fizeram uma revisão sistemática de estudos publicados entre 1980 e 2010 a fim de identificar pesquisas que avaliaram os efeitos do TDAH a longo prazo e através da análise das publicações selecionadas (351) verificar se havia diferenças nas investigações dos efeitos em função da região geográfica. Os efeitos mais comuns entre os estudos foram organizados em nove grupos: acadêmico, comportamento antissocial, direção, comportamento aditivo/uso de droga não medicinal, obesidade, ocupação, uso de serviço público, autoestima e função social. Os países de origem dos estudos foram organizados por região de acordo com o sistema de divisão das Nações Unidas (*UN Geoscheme*): América do Norte (Canadá e Estados Unidos), Europa (Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Espanha, , Finlândia, França, Grécia, Islândia, Itália, Holanda, Noruega, Reino Unido, Rússia Européia, Suécia e Suíça), América Latina e Caribe (Brasil, Colômbia, México e Porto Rico), Ásia Oriental (China, Coreia do Sul, Japão e Taiwan), Ásia Ocidental (Israel, Líbano e Turquia) e Oceania (Austrália e Nova Zelândia). O efeito mais considerado nos estudos da Europa foi o comportamento antissocial (28%), na América do Norte foi comportamento aditivo/uso de drogas (27%), Ásia Oriental foram a autoestima (21%), comportamento aditivo/uso de drogas não medicinal (21%) e o comportamento antissocial (21%) e todas as demais regiões juntas foram o acadêmico.

Os autores acreditam que a diferença observada entre as regiões na ênfase dos estudos pode ser em função das expectativas culturais em relação às crianças e adultos com TDAH, bem como refletir a ênfase de políticas governamentais e a tentativa de reduzir custos em setores específicos da sociedade. Outra questão indicada como possível justificativa é a característica do efeito. Por exemplo, prejuízos relacionados à direção são mais prováveis de serem encontrados em estudos de curto prazo. O maior número de pesquisas em comportamento aditivo/uso de drogas não medicinais pode ser devido ao medo do abuso de estimulantes. Os autores também encontraram que o número de estudos envolvendo adolescentes e adultos cresceram ao longo do tempo, enquanto os de criança permaneceram relativamente estáveis. Eles consideram que tal fato se deve ao impacto do TDAH no trabalho, na vida diária, na vida familiar e nos relacionamentos. De acordo com os autores, nas últimas três décadas constata-se um aumento de estudos sobre esse tema em todas as regiões geográficas, com o pico de 42 publicações em 2008.

O estudo supracitado nos proporcionou um panorama global das pesquisas em relação ao impacto do TDAH a longo prazo. Partindo dessa visão geral, a seguir serão apresentados dados que retratam prejuízos específicos do TDAH por área da vida adulta. Cabe ressaltar que esses dados não são exaustivos, mas proporcionam uma noção dos prejuízos mais comuns. Além disso, alguns estudos citados abaixo focaram a sua investigação em uma dimensão, enquanto outros avaliaram várias dimensões em uma mesma pesquisa. Dessa forma, os dados de um mesmo estudo podem ser utilizados em várias áreas atendendo a especificidade de cada uma. Nesses casos, a metodologia não será repetida e serão apresentados somente os resultados.

### **3.1.1.1 Prejuízo Acadêmico**

A área acadêmica abrange todo o processo de formação educacional e se apresenta como um contexto de extrema importância no desenvolvimento do indivíduo. As demandas educacionais envolvem vários aspectos como a aprendizagem, a avaliação, o cumprimento de tarefas, o seguimento de regras disciplinares e as interações com pares, professores e demais funcionários.

Biederman et al. (2006) avaliaram, por meio de entrevista, os prejuízos funcionais em uma amostra de adultos que se identificavam como tendo sido diagnosticado com TDAH por um clínico na comunidade (n=500) quando comparado a um grupo controle sem o diagnóstico pareado por gênero e idade (n=501). Os adultos que se declararam com TDAH atingiram um menor nível educacional, tiravam notas mais baixas e necessitavam de um suporte adicional.

Brod et al. (2012) avaliaram, por meio de grupos focais, a carga do TDAH em pacientes adultos (N=108) em sete países: Alemanha, Canadá, Estados Unidos, França, Holanda, Itália e Reino Unido. No âmbito acadêmico, os participantes relataram que se sentiam mal compreendidos, apresentavam problemas na aprendizagem e nos relacionamentos, sofriam *bullying* e precocemente faziam uso de drogas.

Barkley, Murphy, & Fischer (2013) relatam dois estudos sobre adultos com TDAH: o Estudo UMASS (Escola de Medicina da Universidade de Massachusetts) e o Estudo de Milwaukee. Ambos apresentavam como um dos objetivos examinar prejuízos típicos do TDAH nas principais áreas da vida adulta, porém se diferenciavam em relação ao desenho do estudo. No primeiro, foram incluídos adultos diagnosticados com TDAH encaminhados por clínicos da Clínica de TDAH no adulto do Departamento de Psiquiatria da Escola de Medicina da Universidade de Massachusetts (n=146), adultos portadores de outros transtornos mentais tratados no mesmo departamento (grupo

controle clínico, n=97) e adultos da comunidade (grupo controle da comunidade, n=109). O segundo envolveu o acompanhamento de crianças hiperativas (n=158) e crianças da comunidade (n=81) até a idade adulta por mais de 18 anos. As informações sobre os prejuízos foram obtidas por meio de entrevistas com os participantes e colaterais bem como documentos oficiais. Os autores encontraram em seus estudos que quando comparado com o grupo controle, mais adultos com TDAH relataram reprovações, necessidade de reforço escolar ou outra forma de suporte, diagnóstico com o transtorno de aprendizagem ou transtorno comportamental na escola. Crianças hiperativas que cresceram com TDAH apresentavam menos probabilidade de concluir o ensino médio e a faculdade. Através de registros de arquivos oficiais, os pesquisadores verificaram que no ensino fundamental, o grupo clínico exibia maiores taxas de notas baixas e repetência. No ensino médio, os adultos com TDAH possuíam maior porcentagem de conceitos D e F e maior número de faltas. Dentre os que cursaram algum curso de graduação, verificou-se a maior porcentagem de notas insatisfatórias e desistência de disciplinas nas quais havia se matriculado inicialmente.

### **3.1.1.2 Prejuízo Profissional**

O domínio profissional se relaciona ao exercício de um ofício por meio do qual se busca os recursos financeiros para a subsistência. Nesse ambiente se faz necessário, entre outros, cumprir as demandas do cargo, trabalhar independentemente (mínimo de supervisão), concluir tarefas no prazo e ter bom relacionamento com superiores e pares (Barkley, Murphy, & Fischer, 2013).

De acordo com o estudo de Biederman et al. (2006), os adultos que se declararam com TDAH quando comparados com controle apresentavam maior taxa de desemprego no momento da pesquisa; trabalhavam um menor número de horas; mudaram de emprego mais vezes na última década; dos que estavam empregados e trocaram de emprego mais de uma vez nos últimos dez anos, 43% foram demitidos ou deixaram o emprego, em parte, por causa dos sintomas de TDAH.

Graaf et al. (2008) conduziram um estudo objetivando estimar a prevalência e as consequências no ambiente de trabalho em adultos com TDAH residentes em 10 países (Alemanha, Bélgica, Colômbia, Espanha, Estados Unidos, França, Holanda, Itália, Líbano e México). Para avaliar o desempenho no trabalho eles utilizaram a *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0) um instrumento composto, entre outras, por questões que exploram o número de dias fora da função e a quantidade/qualidade do desempenho nos últimos trinta dias antes do preenchimento. Como resultado, o grupo clínico apresentou uma diferença significativa. Os trabalhadores com TDAH apresentaram em média 8,4 dias fora da função; 21,7 dias de redução na quantidade de trabalho e 13,6 dias na redução da qualidade do trabalho.

No estudo de Brod et al. (2012) os participantes relataram dificuldade em obter sucesso na carreira. Ebejer et al. (2012) encontraram que participantes com maior quantidade de sintomas de desatenção tinham maior probabilidade de estarem desempregados e recebiam menor remuneração por semana do aqueles com pouco ou nenhum sintoma de desatenção.

Barkley, Murphy, & Fischer (2013), no Estudo de UMASS, encontraram que o grupo de participantes com TDAH relataram ter mais problemas sociais, mais demissões, mais repreensões por parte do supervisor, mais pedidos de demissão por conta do tédio quando comparados com o grupo controle clínico e controle da comunidade. Os adultos com TDAH avaliados por seus empregadores foram

considerados como apresentando um nível de desempenho insatisfatório global do que os participantes dos outros dois grupos controle. No Estudo de Milwauke, os autores verificaram que os grupos H-TDAH (participantes diagnosticados com TDAH na infância, mas que não preencheram os critérios para o transtorno ao adentrar na fase adulta) e H+TDAH (participantes diagnosticados na infância e na fase adulta) encontravam-se em empregos de menor status e relataram trabalhar menos horas semanais em relação ao grupo controle da comunidade. O grupo H+TDAH apresentavam mais mudanças de emprego desde o ensino médio.

### **3.1.1.3 Prejuízo Afetivo-sexual**

A área afetivo-sexual engloba as relações românticas, nas quais os parceiros precisam se esforçar de forma mútua para elevar as recompensas e minimizar os custos (Caballo, 2008). Para serem satisfatórias e duradouras demandam dos seus membros, dentre outros, uma boa capacidade de comunicação e resolução de conflitos, colaboração, interações positivas, atenção às necessidades emocionais do parceiro e demonstração de interesse pela outra pessoa.

Robin & Payson (2002) avaliaram o impacto do TDAH no casamento por meio do *Marital Impact Checklist (MIC)*. Participaram do estudo 80 casais com um dos membros sendo portador do TDAH. Em 44% dos casos, o marido apresentava a condição clínica e o restante, a esposa. Os resultados mostraram que dificuldades na administração do tempo, conclusão de tarefas, comunicação e regulação do afeto do parceiro com TDAH levam os cônjuges não TDAH a se sentirem sem importância, ignorados e não amados. Os adultos com TDAH perceberam maior impacto negativo no

casamento do que os seus parceiros. Maridos sem TDAH demonstraram maior insatisfação conjugal do que esposas sem TDAH.

Eakin et al. (2004) buscaram ampliar o entendimento do funcionamento psicossocial de adultos com TDAH dentro do contexto familiar. O grupo clínico foi formado por 33 adultos com TDAH e 32 esposas e o grupo controle por 26 casais da comunidade. Todos os participantes completaram o protocolo que incluía uma avaliação psiquiátrica, testagem psicológica, entrevistas semi-estruturadas e estruturadas e o preenchimento de questionários. No decorrer das entrevistas, os adultos com TDAH e suas esposas foram questionados sobre o impacto dos sintomas do TDAH na vida deles. Como resultado, os autores encontraram que os adultos casados com TDAH apresentavam um pior nível global de ajustamento conjugal na *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) que o grupo controle. A percepção dos adultos com TDAH em relação à qualidade do casamento deles era pior do que a das suas esposas.

De acordo com o estudo de Biederman et al. (2006), os adultos que se declararam com TDAH quando comparados com controle relataram menor estabilidade nos seus relacionamentos, sentiam-se menos capazes de prover apoio emocional para o parceiro, experienciavam mais disfunção sexual e maior taxa de divórcio. Barkley, Murphy, & Fischer (2013), no Estudo de Milwaukee, encontraram maiores níveis de comportamento sexual de risco no grupo hiperativo, sendo mais evidente nos adultos que mantiveram o diagnóstico na vida adulta. O grupo clínico apresentou iniciação sexual precoce, maior probabilidade de engravidar (homem) ou ficar grávida (mulher), maior chance de contrair uma doença sexualmente transmissível, ter filhos antes dos 21 e 27 anos bem como maior incidência de insatisfação conjugal e pior qualidade nos relacionamentos quando comparados ao grupo controle da comunidade.

Canu, Tabor, Michael, Bazzini & Elmore (2014) avaliaram o comportamento de resolução de conflitos e satisfação a longo prazo em casais formados por jovens adultos

universitários (n=63). Os participantes foram divididos em três grupos. O primeiro formado por casais sem diagnóstico de TDAH (n=29), o segundo por casais com um dos parceiros apresentando o diagnóstico de TDAH do subtipo desatento (n=14) e o último por casais com pelo menos um dos parceiros diagnosticado com o TDAH do subtipo combinado (n=20). Todos responderam individualmente o *Relationship Problem Inventory (RPI)* que investiga áreas de desentendimento entre o casal. Desse instrumento foram extraídos temas para a tarefa de resolução de conflitos. Depois de preencher todo o protocolo de pesquisa cada casal foi reunido com a tarefa de discutir três temas retirados da *RPI* em ordem decrescente de contenda. E a seguir, foram solicitados a discutir sobre outros temas conflituosos de livre escolha. Eles foram instruídos a adotarem soluções para esses problemas relacionais. O tempo estipulado para a interação do casal foi de 15 minutos, durante o qual foi realizada a filmagem. De forma geral, os resultados mostraram que os casais do grupo com TDAH do subtipo combinado exibiram maior abordagem negativa na resolução de conflitos (reclamações, críticas, humilhações e comportamento defensivo) e menos satisfação com a relação do que os outros dois grupos.

#### **3.1.1.4 Prejuízo Social**

O domínio social é um campo da vida humana que abarca as interações que se efetivam entre as pessoas nas quais são expressos sentimentos, atitudes, desejos, opiniões e direitos. Demanda a capacidade de dizer não, pedir favores, fazer pedidos, expressar sentimentos positivos e negativos, iniciar, manter e terminar conversação e quando hábil se apresenta de modo adequado às situações procurando resolver os problemas que surgem de maneira assertiva (Cabalo,2008).

De acordo com o estudo de Biederman et al. (2006), os adultos que se declararam com TDAH quando comparados com controle se percebiam menos capazes de se ajustarem aos pares e menos prováveis de serem populares na escola. No estudo de Brod et al. (2012) os participantes declararam a presença de dificuldade nos relacionamentos e de mal entendidos nas interações sociais.

Knouse et al. (2008) avaliaram o impacto dos sintomas de TDAH na vida diária em uma amostra não clínica de adultos jovens (n=206). Um aspecto diferencial no estudo dos autores foi o método empregado que possibilitou uma maior validade ecológica. Os participantes utilizaram um aparelho, o qual sinalizava o instante de preencher um determinado questionário que perguntava sobre como estavam sendo vivenciadas as cognições, o afeto, as atividades e o contato social naquele momento. O aparelho emitiu oito sinais aleatórios durante o período de sete dias entre meio dia e meia noite. Observou-se que os sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade produziam impactos diferentes nas experiências diárias. Aumento da desatenção se relacionava mais a uma angústia geral, diminuição do afeto positivo e aumento do afeto negativo e eles não eram moderados por contato social, satisfação com atividades atuais, concentração ou contexto social. Níveis altos de hiperatividade/impulsividade eram relacionados com maior afeto positivo quando em interação com outras pessoas, mas não quando estavam sozinhos, além de estarem associados a uma baixa sensibilidade aos fatores contextuais na percepção das situações.

Nilsen, Buist, Gillis, e Fugelsang (2013) investigaram, por meio de uma tarefa, se adultos com autorrelato de sintomas do TDAH apresentavam problemas na comunicação. Os participantes foram divididos em grupo clínico (n=30, quantidade de sintomas dentro do intervalo clínico) e controle (n=39, quantidade de sintomas fora do intervalo clínico) em função dos escores na *Conners' Adult ADHD Rating Scales–Self-Report, Long Version (CAARS-S:L)*. Os resultados indicaram que os adultos com maior

número de sintomas do TDAH, principalmente desatenção, eram menos eficientes em se colocar na perspectiva do outro durante uma conversação.

### **3.1.1.5 Prejuízo Doméstico**

O domínio doméstico se refere tanto ao ambiente físico (moradia) quanto às relações familiares. Nesse contexto são exigidas ações que contribuam para a manutenção do espaço físico (tarefas domésticas), da saúde e do bem estar dos moradores bem como o exercício de responsabilidades típicas de cada papel (ex: pai, mãe e filho).

No estudo de Eakin et al. (2004), os resultados mostraram que os adultos com TDAH casados apresentavam maior disfunção familiar na *Family Assessment Device (FAD)* do que os adultos do grupo controle. De acordo com o estudo de Biederman et al. (2006), os adultos que se declararam com TDAH quando comparados com controle tinham uma pior qualidade de relacionamento atual com os pais.

Johnston, Mash, Miller, & Ninowski (2012) abordaram como o TDAH impacta a habilidade do adulto em exercer a sua função parental. A parentalidade é considerada como composta de duas dimensões interrelacionadas: controle comportamental efetivo e responsividade emocional à criança. A primeira dimensão envolve o monitoramento do comportamento da criança, o uso de orientações claras, planejamento ou solução de problemas relacionados às dificuldades na criação das crianças e o uso de consequências consistentes e criteriosas. E a responsividade emocional inclui a capacidade dos pais em transmitir afeto nas interações com a criança, sensibilidade em perceber o estado emocional e atender as demandas emocionais do filho e a expressão de afeto,

aprovação, aceitação ou outros comportamentos positivos em relação à criança. De acordo com os autores, os prováveis prejuízos vivenciados pelos adultos com TDAH na esfera do exercício do papel de pais são: monitoramento inadequado, pobre planejamento e resolução de problemas, orientações insuficientes e imprecisas, senso reduzido de eficácia parental, estresse parental, hostilidade ou disciplina excessiva, falta de acolhimento e sensibilidade e rejeição da criança.

Barkley, Murphy, & Fischer (2013), no Estudo de UMASS, encontraram que a prole dos participantes com TDAH exibiam mais sintomas externalizantes (TDAH, Transtorno Desafiador Opositivo, Transtorno de Conduta) e internalizantes (depressão, somatização e atipicidade) que os filhos dos grupos controle. Os pais com TDAH apresentaram maior nível de estresse parental em relação ao grupo controle da comunidade e estresse geral em suas vidas familiares quando comparado a ambos os grupos controle.

### **3.1.1.6 Prejuízo Financeiro**

O domínio financeiro se refere à gestão do dinheiro. Uma boa administração das finanças requer, basicamente, a habilidade de respeitar o orçamento, honrar compromissos e poupar dinheiro.

Em relação às finanças, os participantes da pesquisa de Brod et al. (2012) relataram dificuldade em administrar o dinheiro. Brook et al. (2013) por meio de um estudo longitudinal encontraram que na fase adulta os participantes com TDAH apresentavam um alto nível de estresse financeiro. De acordo com os autores, um nível de renda mais baixo alcançado por adultos com TDAH contribuem para o estresse

financeiro. No entanto, mesmo quando a variável renda é controlada o estresse permanece. Provavelmente, a distração presente no TDAH interfere no planejamento e no controle dos recursos financeiros gerando ansiedade em relação às finanças e o futuro econômico.

Barkley, Murphy, & Fischer (2013), no Estudo de UMASS, encontraram que os participantes com TDAH apresentavam maior dificuldade para gerenciar as finanças, poupar dinheiro, pagar serviços (resultando em seu cancelamento) e pagar parcelas de empréstimos. Além de exceder o limite do cartão de crédito, comprar impulsivamente, ter restrição de crédito e não guardar dinheiro para aposentadoria quando comparado ao grupo controle da comunidade. Considerando o grupo controle clínico, eles eram mais propensos a terem dificuldades para poupar dinheiro, comprar impulsivamente, não pagar pelos serviços e não guardar dinheiro para a aposentadoria.

Considerando o prejuízo financeiro de outra perspectiva, ou seja, não do impacto no paciente, mas na sociedade em que vive, Hodgkins, Montejano, Sasané, & Hune (2011) estabeleceram a carga econômica de adultos com TDAH que estavam empregados. Para tal, mediram a prevalência de comorbidades médicas e psiquiátricas e o custo da doença associando a utilização de assistência médica e a perda de produtividade no local de trabalho. As informações foram obtidas por meio do banco de dados de MarketScan Commercial Claims and Encounters (commercial) and the Health and Productivity Management (HPM) do ano de 2006. Foram investigados três grupos: com a condição de interesse (n=31752), sem TDAH (n=95256) e um terceiro com depressão (n=29965). Este último grupo foi utilizado como referência pelo fato de ser uma das mais prevalentes condições psiquiátricas e por seu alto custo econômico anual estimado em cerca de 26 bilhões de dólares em assistência médica e 51 bilhões de dólares em perda de produtividade. Como resultado, eles encontraram que pessoas com TDAH têm mais comorbidades, utilizam com mais frequência o sistema de saúde e têm

maior gasto com o sistema de saúde do que o grupo sem TDAH, mas não quando comparado com o grupo de depressão. A média anual do total de custos (calculada como a soma dos custos diretos e indiretos) foi de aproximadamente 37% maior para os indivíduos com depressão do que para aqueles com TDAH. De acordo com os autores, as evidências de maiores custos e carga clínica do TDAH são importantes para as seguradoras e decisões políticas.

### **3.1.1.7 Prejuízo na Saúde**

O domínio saúde será entendido aqui como um conjunto de ações que trabalham a favor de um bem-estar físico e mental. Para tal, é importante buscar formas saudáveis de gerenciar as necessidades fundamentais da vida humana como sono, alimentação, lazer, atividade sexual e física bem como atuar de maneira preventiva (visitas regulares a médicos, dentistas) e cuidar da saúde mental.

No estudo de Brod et al. (2012), os adultos com TDAH relataram que se sentiam diferentes dos outros e como resultados se consideravam “errados” ou que “não eram normais”. Ebejer et al. (2012) encontraram que maior nível de desatenção e hiperatividade com e sem problemas de conduta prediziam uma pior condição de saúde física e mental.

No estudo de Biederman et al. (2006), a maioria dos adultos (72%) consideravam que o TDAH tinha um efeito prejudicial ao longo da vida e eram menos prováveis de sentirem satisfeitos com os aspectos chave da vida. Além de serem menos prováveis que o grupo controle de manifestarem uma autoimagem positiva ou otimismo

e de acreditarem num futuro brilhante. Além de apresentarem um humor mais deprimido.

Barbaresi et al. (2013) realizaram um estudo de follow-up em uma amostra da população com (N=367) e sem TDAH (N=4946) nascidas entre 1976 e 1982 em Rochester, Minnesota quando eles se encontravam com a média de idade de 27 anos para avaliar o impacto dessa condição clínica em suas vidas. Os resultados mostraram maior risco de morte precoce devido ao suicídio e aumento da taxa de outros transtornos mentais no grupo clínico. Os transtornos psiquiátricos mais comuns foram: Abuso e dependência de álcool (26,3%), Transtorno de personalidade antisocial (16,8%), Abuso e dependência de outra substância (16,4%), Episódio hipomaníaco (15,1%), Transtorno de ansiedade generalizada (14,2%) e Episódio depressivo maior (12,9%).

Barkley, Murphy, & Fischer (2013), no Estudo de UMASS, encontraram que o grupo de participantes com TDAH eram mais prováveis de serem ou terem sido fumantes, usuários de maconha, cocaína, LSD ou drogas de prescrição e de já terem submetido a tratamento por uso de álcool e drogas do que o grupo controle da comunidade. No entanto, o que diferia o grupo de TDAH do grupo clínico controle era o maior número de pessoas que tinham experimentado cocaína e LSD. Em relação ao estilo de vida, quando comparado ao grupo controle da comunidade, o grupo TDAH possuía mais pessoas que relatavam problemas no sono, nos relacionamentos sociais, nas interações familiares, no uso de tabaco, no uso de drogas sem prescrição, no cuidado médico/dentário, na segurança ao dirigir veículos motorizados, no trabalho, no lazer e na saúde mental. Considerando o grupo controle clínico, o grupo TDAH se diferenciava em relação uso ilícito de drogas, direção e saúde emocional.

Brook, Brook, Zhang, Seltzer, & Finch (2013) estudaram por meio de um estudo longitudinal a relação entre TDAH na adolescência e prejuízos na saúde física geral, saúde mental geral, Transtorno de Personalidade Antissocial, prejuízos no desempenho

ocupacional e alto estresse financeiro na idade adulta. A amostra foi composta por indivíduos da comunidade (N= 607) recrutados em 1975 e acompanhados até 2009 (média de idade = 37 anos). Os participantes foram avaliados através de entrevistas estruturadas e questionários. Como resultado, eles encontraram que participantes com TDAH na adolescência (N=551) apresentaram maior probabilidade quando comparados aos controles de terem prejuízos nas dimensões supracitadas no decorrer de aproximadamente trinta anos.

Raz & Leykin (2015) examinaram o nível de estresse em adultos com TDAH em comparação com sujeitos saudáveis através de teste de ansiedade (*Friedben Test Anxiety Scale – FTAS*), teste de performance (*Online Continuous Performance Test- OCPT*), autorrelato de estresse psicológico (*Computerized Visual Analog Scale – VAS*), reatividade do cortisol (análise do cortisol na saliva) ao estresse cognitivo-mental (teste de habilidade aritmética). O grupo clínico apresentou maior nível de ansiedade na *FTAS*, maior nível de estresse na *VAS* e escores mais baixos no teste de habilidade aritmética. O nível de cortisol em resposta ao teste de habilidade aritmética, que atuou como fonte estressora, foi mais pronunciado em participantes com TDAH. Os resultados sugerem maior ativação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal em resposta ao estresse em adultos com TDAH.

### **3.1.1.8 Prejuízo no Trânsito**

O domínio trânsito abarca a forma de condução do veículo. A direção segura implica, entre outros, habilitação, prudência, respeito às regras de trânsito, manutenção do veículo e interação respeitosa com pedestres e outros motoristas.

Fischer, Barkley, Smallish, & Fletcher (2007) coletaram através de um simulador de direção, escalas de auto e heterorrelato e de um teste de direção informações sobre as habilidades de direção, condução segura e efeitos adversos na condução em adultos jovens com e sem TDAH acompanhados por mais de treze anos. Os resultados indicaram que o grupo clínico tinha recebido mais multas em função de direção imprudente, condução sem carteira de habilitação, acidente seguido de fuga e tiveram mais frequentemente suas licenças suspensas ou revogadas. Escala de autorrelato e avaliações do comportamento durante a condução real revelaram menos prática de condução segura no grupo de adultos com TDAH. A observação realizada por instrutores durante um teste de direção na estrada mostrou mais erros por impulsividade. No simulador, o grupo clínico demonstrou maior variabilidade e lentidão no tempo de reação, maiores erros por impulsividade, maior variabilidade na condução e maiores arranhões no veículo e acidentes.

Reimer, Mehler, D'Ambrosio, & Fried (2010) examinaram o impacto de distrações cognitivas em motoristas mais jovens com e sem TDAH. Segundo os autores, o manuseio da tecnologia no interior dos veículos (*bluetooth*, sistemas de navegação, sistemas de prevenção de colisão, sistemas de entretenimento) tende a tirar a atenção do condutor aumentando o risco de colisão. Por isso, há a necessidade de estudos que investiguem como transtornos da atenção, no caso o TDAH, podem impactar a habilidade do motorista para interagir ou resistir a essas distrações. Para tal, eles utilizaram um simulador de direção que exploravam dois contextos (urbano e estrada) nos quais foram apresentadas duas tarefas. A primeira envolvia o uso do telefone (sem uso das mãos) utilizada no contexto urbano e a segunda requeria a execução do Continuous Performance Test (adaptado para a forma auditiva-verbal) no ambiente de uma rodovia. Os resultados do estudo mostraram que o TDAH pode agravar o efeito de uma distração durante a condução de um veículo e também a importância que os

contextos podem ter no recrutamento da atenção desses motoristas. Os participantes com TDAH tendem a ter um padrão mais seguro / mais cauteloso durante a condução no contexto urbano considerado mais estimulante, e um padrão menos seguro / mais arriscado durante a direção numa estrada que é percebida como menos estimulante.

Barkley, Murphy, & Fischer (2013), no estudo de UMASS, verificaram que o grupo clínico com a condição de interesse apresentava maior probabilidade de ter a habilitação suspensa ou revogada, dirigir sem um documento de habilitação válido, envolver-se em acidentes e ser responsáveis por eles, receber multas por excesso de velocidade e direção perigosa quando comparado ao grupo controle da comunidade. Ao ser comparado com o grupo controle clínico, era mais propenso a ter as habilitações suspensas/revogadas e receber multas por excesso de velocidade.

### **3.1.1.9 Prejuízo na relação com a Justiça**

O domínio justiça se refere aos atos criminais cometidos pela pessoa e as suas consequências legais no contexto social em que se encontra.

Mannuzza, Klein e Moulton (2008) investigaram a relação entre TDAH na infância e a criminalidade em anos posteriores. Fizeram parte do estudo o grupo clínico composto por 207 meninos com TDAH (idade entre 6 e 12), mas sem comorbidade com o Transtorno de Conduta e o grupo controle constituído por sujeitos pareados por idade, classe social e residência geográfica. Os participantes foram avaliados por clínicos quando se encontravam com a idade de 18 e 25 anos. Para avaliar a criminalidade ao longo do tempo foram utilizados os registros de prisões dos participantes que residiam no estado de Nova York quando eles se encontravam com a idade de 38 anos (93

sujeitos de cada grupo). O grupo clínico apresentou maior taxa de prisão (47% vs. 24%), condenação (42% vs. 14%), e encarceramento (15% vs. 1%). Roubo foi o único crime que foi significativamente mais comum no grupo clínico. Os crimes mais graves se encontravam exclusivamente no grupo clínico, um por homicídio, dois por estupro, e outro para incêndio. Por haver a presença substancial do Transtorno de personalidade antissocial (TPA) e do Transtorno por uso de substância psicoativa (TUSP) em ambos os grupos utilizou-se a regressão logística para determinar a contribuição independente de cada um deles como preditor da criminalidade. Os resultados mostraram que ambas variáveis se apresentaram como preditores significativos. Segundo os autores, no caso do TDAH os dados sugerem que mesmo não apresentando o TC na infância, o TDAH aumenta o risco para o desenvolvimento do TPA e TUSP na adolescência o que por sua vez aumenta o risco de criminalidade na adolescência e na fase adulta configurando uma cascata desenvolvimental que deve ser quebrada.

Barkley, Murphy, & Fischer (2013), no Estudo de UMASS, encontraram que maior parcela de participantes com TDAH tinha se envolvido em furtos em lojas, roubos, invasão de propriedades, agressão física, porte ilegal de armas, sido presa e encarcerada quando comparado com os dois grupos controle. Quanto à venda ilegal de drogas, o grupo TDAH diferiu apenas do grupo controle da comunidade.

### **3.2 Avaliação dos prejuízos**

Os instrumentos psicológicos ou os testes, como os conhecemos hoje em dia, representam a expressão cientificamente sofisticada de um procedimento sistemático de qualquer organismo, biológico ou social, a saber, o de avaliar as

situações para tomar decisões que garantam a sobrevivência do próprio organismo, bem como o seu autodesenvolvimento (Pasquali, 2010<sup>a</sup>, p.11).

O Homem por se tratar de um ser biopsicossocial torna os estudos sobre os processos de doença e saúde que envolvem o seu desenvolvimento bastante complexos. Devido a esses múltiplos aspectos, é importante lançar mão das contribuições de várias áreas do conhecimento para o seu entendimento. O mesmo ocorrendo na clínica onde é preciso se basear em várias fontes para obtenção de dados que auxiliarão na tomada de decisão. Os testes enquanto um meio formal e quantitativo se constituem em recursos extremamente úteis para tal, contudo não conclusivos. Por isso, uma escala construída para avaliar prejuízos deve se apresentar como uma ferramenta importante, porém complementar na prática profissional.

O uso de escalas se faz relevante, uma vez que permite investigar de uma maneira detalhada uma variedade de comportamentos, muitos deles dificilmente observados em um ambiente restrito e com limitação de tempo como o do consultório. Outro aspecto importante a ser considerado no uso desse instrumento é que ele pode se apresentar tanto no formato de auto quanto de heterorrelato possibilitando detectar os prejuízos tanto da perspectiva da pessoa avaliada quanto de pessoas significativas para o caso.

Em se tratando do TDAH, Barkley et al. (2013) e Mattos (2011) apontam que apesar dos profissionais identificarem na prática clínica as dificuldades vivenciadas pelos adultos no funcionamento diário, são poucos os instrumentos que permitem avaliá-las de forma rigorosa e quantitativa. Objetivando proporcionar uma visão geral sobre essa questão, a seguir serão apresentadas escalas construídas para a investigação dos prejuízos de forma geral, ou seja, podem ser utilizadas nos vários transtornos mentais; e de forma específica para o transtorno, no caso, o TDAH.

### **3.2.1 Barkley Functional Impairment Scale (BFIS)**

A BFIS foi desenvolvida por Russell Barkley para avaliar a extensão de prejuízos funcionais em qualquer transtorno mental ou médico em adultos de alto risco ou encaminhados por clínicos. Ela é apresentada na forma curta, avaliando seis domínios com um item para cada um deles (*home-family, home-chores, work, social friends, education e self-care routines*) e na forma longa avaliando 15 domínios (*home-family, home-chores, work, social-strangers, social friends, community activities, education, marriage/cohabiting/dating, money mangement, driving, sexual relations, daily responsibilities, self-care routines, health maintenance e childrearing*) com um item para cada domínio. É solicitado ao respondente circular a opção de resposta (*not at all, somewhat, mild, moderate, severe e does not apply*) que melhor descreve a sua dificuldade no funcionamento durante os últimos seis meses. Podem ser obtidos três tipos de escores: geral, por domínio específico e um percentual de domínios impactados. Além dessas duas formas, existem as versões autorrelato e heterorrelato. Em seu manual são apresentados evidências de validade, precisão e dados normativos (Barkley, 2011).

### **3.2.2 World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)**

Na Seção III intitulada Instrumentos de Avaliação e Modelos Emergentes do DSM – 5 (APA, 2013) é apresentada a WHODAS 2.0, uma escala que avalia incapacidades em adultos a partir de 18 anos em seis domínios, a saber, compreensão e comunicação, mobilidade, cuidado pessoal, relação com as pessoas, atividades da vida diária e participação na sociedade. O instrumento é autoaplicável, sendo composto por 36 itens que devem ser respondidos levando em consideração o grau de dificuldade encontrado nos últimos 30 dias para realizar as atividades citadas. As opções de respostas são as seguintes: nenhuma, leve, moderada, grave, extrema ou não conseguiu fazer. Os escores podem ser computados de forma geral e/ou por domínio indicando o grau das limitações funcionais. Estudos de validade e precisão foram realizados tanto de uma perspectiva geral (Chiu et al., 2014) quanto específica como no Transtorno Bipolar (Guilera et al., 2015) e na Doença de Huntington (Noelle et al., 2015). Andrews, Kemp, Sunderland, Korff e Ustun (2009) estabeleceram dados normativos para uma versão reduzida (12 itens) da WHODA 2.0 a partir de uma amostra adulta australiana.

### ***3.2.3 Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)***

No apêndice B do DSM-IV (APA, 1995) é apresentada a SOFAS, uma escala que avalia o nível de funcionamento social e ocupacional em adultos devido a limitações físicas e problemas mentais. A escala é estruturada num contínuo de 0 a 100 variando desde um funcionamento amplamente prejudicado até um funcionamento excelente. Normalmente, considera-se o período atual, mas também pode ser utilizada para investigar o funcionamento em outros períodos de tempo.

### **3.2.4 Sheehan Disability Scale (SDS)**

Essa escala foi desenvolvida em 1983 como uma medida breve de prejuízos funcionais e do impacto do tratamento. Trata-se de uma escala de autorrelato, composta por 5 itens. O respondente é solicitado a responder os três itens iniciais em uma escala de 0 (de modo nenhum) a 10 (extremamente) indicando o quanto, na última semana, os seus sintomas interferiram nas suas atividades regulares nas seguintes áreas: *work/school, social life/leisure activities e family life/home responsibilities*. No quarto item é preciso responder o número de dias em que os sintomas foram responsáveis pela falta na escola e/ou no trabalho. E no quinto, a quantidade de dias em que os sintomas causaram uma baixa produtividade na escola e/ou no trabalho. É possível gerar um escore geral e por área (Coles, Coon, DeMuro, McLeod, & Gnanasakthy, 2014). Coles et al. (2014) investigaram as propriedades psicométricas da SDS em adultos com TDAH encontrando resultados satisfatórios que reforçam o uso da SDS em adultos com TDAH.

### **3.2.5 Adult ADHD Quality of Life Measure (AAQoL)**

A AAQoL foi construída como uma medida específica para uso clínico na avaliação do impacto do TDAH nos prejuízos funcionais e na qualidade de vida (Broad, Johnston, Able & Swindle, 2006). A versão atual é composta por 29 itens distribuídos por quatro domínios: Produtividade (11 itens), Saúde Psicológica (6 itens), Perspectivas de Vida (7 itens) e Relacionamentos (5 itens). De acordo com Brod, Perwien, Adler & Spencer (2005), os resultados da AAQoL podem auxiliar na identificação de quais

domínios chaves da qualidade de vida estão mais prejudicados no paciente e servir de base para o estabelecimento do tratamento e a avaliação da efetividade desse tratamento. Em nosso país, foram realizados estudos em relação à validade semântica, validade de construto e precisão (Mattos et al., 2011; Mattos, Segenreich, Dias, Nazar..., 2011). Estudos demonstram a responsividade às mudanças da AAQoL, ou seja, ela se mostrou capaz de capturar as mudanças na condição do paciente sobre o tempo, um dado importante em estudos sobre o efeito do tratamento (Mattos, Louzã, Palmirini, Oliveira, & Rocha, 2013; Matza, Johnston, Faries, Malley, & Brod, 2007).

### **3.2.6 GEDA *Impairment Scale***

Em nosso país, Fortes et al. (2014) construíram um instrumento para avaliar os prejuízos associados ao TDAH em duas versões: uma para adulto e outra para criança/adolescente. Ambas apresentam a mesma estrutura geral, consistindo de doze itens. Recomenda-se que a escala seja aplicada imediatamente após a investigação dos sintomas do TDAH para que o testando tenha clareza de que os prejuízos devem ser considerados em relação aos mesmos. A escala é composta por duas questões para o desempenho acadêmico ou profissional (no caso de adultos), três questões relacionadas à vida familiar e três questões sobre a vida social e três questões sobre autopercepção. A escala é do tipo likert com as seguintes opções de respostas: nada, muito pouco, mais ou menos, bastante, extremamente. No artigo supracitado são apresentadas evidências iniciais de validade e precisão.

### 3.3 Considerações

Os testes psicológicos são ferramentas criadas para ajudar a refinar e quantificar observações comportamentais para fins de interferências a respeito de indivíduos, grupos ou constructos psicológicos. Fundamentalmente, os escores de testes psicológicos são válidos se podem nos ajudar a fazer inferências precisas (Urbina, 2007, p. 163).

É nobre a iniciativa dos autores que vêm engendrando esforços na tentativa de de construir recursos úteis para avaliação dos prejuízos nos contextos de clínica e pesquisa em transtornos mentais. A diversidade bem como a qualidade no campo da testagem são almejadas.

Considerando as escalas supracitadas, verifica-se que mesmo pretendendo medir um construto “idêntico”, os instrumentos podem se diferenciar em termos de delimitação dos aspectos que se pretende avaliar (abrangência); da estrutura e das informações geradas pela interpretação dos resultados. Nesse sentido, eles podem se sobrepor em alguns aspectos, distinguirem-se em outros e ainda se complementarem. Cabe ressaltar que elas podem se diferenciar também em relação a um aspecto fundamental que é a qualidade de suas propriedades psicométricas. Estudos de evidências de validade e de precisão fornecerão dados em relação à qualidade do instrumento no que tange se seus escores são válidos a fim de auxiliar no estabelecimento de inferências precisas (Urbina, 2007). Outro aspecto significativo é a normatização ou padronização. De acordo com Urbina (2007):

O segundo sentido de padronização diz respeito ao uso de padrões para a avaliação dos resultados. Estes padrões costumam ser normas derivadas de um

grupo de indivíduos – conhecidos como *amostra normativa ou de padronização* – no processo de desenvolvimento do teste. O desempenho coletivo do grupo ou grupos de padronização, tanto em termos de médias quanto de variabilidade, é tabulado e passa a ser o padrão pelo qual o desempenho dos outros indivíduos que se submeterem ao teste depois de sua padronização será medido (p.13).

Quando um novo instrumento é apresentado à comunidade científica, ele pode se tornar objeto de inúmeros estudos. Esses produzirão uma variedade de evidências empíricas que irão corroborar ou não o seu uso. Pesquisadores, baseando-se em evidências científicas sólidas, podem inclusive proporem novas interpretações para os escores independente da proposta original dos criadores (Urbina, 2007).

Naturalmente, todo instrumento possui restrições o que necessariamente não inviabiliza o seu uso. Em função desse fato, críticas são apresentadas. Considerando as escalas mencionadas anteriormente, Barkley (2011) aponta como limitações de alguns desses recursos a restrição dos domínios avaliados, as opções de respostas que são relativamente reduzidas, a falta de dados normativos e de estudos de validade. Bolte et al. (2014) argumentam que a WHODAS 2.0 além de ser restrita em relação aos fatores relevantes ao funcionamento não é adequada para qualquer condição mais específica.

Entendendo prejuízo como um construto dimensional, em que as pessoas variam na sua capacidade em ser funcional em várias áreas da vida, faz-se necessário na elaboração de instrumentos de avaliação o estabelecimento de dados normativos. De fato, a maioria dos instrumentos supracitados falham nesse aspecto. Segundo Barkley (2011), se um clínico não tem uma referência do quanto de prejuízo pode ser esperado em uma população adulta, certamente o seu julgamento será limitado.

Além dessas restrições, existem algumas outras que merecem ser pontuadas. No caso da BFIS, apesar do seu autor destacar que o construto prejuízo deve abarcar dois

aspectos essenciais, a saber, dificuldade no funcionamento e a consequência adversa, os itens que a compõe só capturam o primeiro aspecto. Em relação à AAQoL, verifica-se que muitos itens são exemplos de sintomas o que tende a gerar ambigüidade na interpretação dos dados no momento de avaliar programas de tratamento. Por exemplo, ao se utilizar a AAQoL para verificar o efeito do uso de determinado medicamento, o resultado pode retratar melhora dos sintomas e não necessariamente dos prejuízos. Como abordado anteriormente, sintomas e prejuízos são construtos independentes e nem sempre a melhora de um implica na melhora do outro. Já a *GEDA Impairment Scale*, além de abordar um número restrito de domínios, observa-se que a escala apresenta poucos itens para cada um deles não permitindo um retrato mais apurado dos prejuízos vivenciados pelo indivíduo.

Considerando a importância dos testes padronizados para a prática clínica bem como da avaliação dos prejuízos na abordagem do TDAH, partiu-se para o desenvolvimento de uma nova escala numa tentativa de aprimorar as já existentes superando algumas das suas limitações. Nesse sentido, os esforços foram direcionados para que o novo instrumento abordasse os prejuízos de uma forma mais abrangente, específica e que apresentasse dados normativos. Dessa forma, foram explorados nove domínios e não apenas os três mencionados no DSM 5 (acadêmico, profissional e/ou social) uma vez que as pesquisas demonstram impacto no funcionamento global de adultos com TDAH. Os itens foram construídos de forma a serem representativos e relevantes para essa população, favorecendo um diagnóstico mais apurado, a elaboração de programas de tratamento mais refinados e melhor acompanhamento dos efeitos do tratamento. E por último, estabelecendo a média dos escores por área e geral e da quantidade de áreas impactadas permitindo assim que o profissional tenha uma referência que não a pessoal do quanto de prejuízo é esperado dentro da população normal.

## 4 MANUSCRITOS

### 4.1 Manuscrito 1

#### PREJUÍZOS FUNCIONAIS SEGUNDO ADULTOS BRASILEIROS QUE SE AUTODECLARAM COM TDAH: UM ESTUDO QUALITATIVO

**Resumo:** Sintomas e prejuízos se apresentam como critérios distintos e imprescindíveis para o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. No entanto, tem se dado pouca atenção para a avaliação dos prejuízos tanto no âmbito clínico quanto nas pesquisas. A negligência de tal critério tende a subestimar a prevalência do transtorno e aumentar o diagnóstico de falsos positivos. O objetivo desse estudo foi iniciar a investigação desse tema no cenário brasileiro. Para tal, partiu-se de uma estratégia exploratória e qualitativa examinando os prejuízos funcionais que adultos autodeclarados com a condição de interesse relatam vivenciar em diversas áreas da vida. Participaram 93 adultos (18 a 65 anos), na maioria mulheres (66%), residentes em diversas regiões do Brasil, com diferentes profissões e níveis educacionais. Para explorar os dados coletados foi realizada a análise de conteúdo. Os resultados mostraram que os participantes apresentaram prejuízos significativos em várias áreas da vida. Esses dados vêm ao encontro da literatura sobre o assunto e reforça a sua validade transcultural. Aprofundar o entendimento sobre os prejuízos vivenciados por esses adultos nos fornece dados que poderão auxiliar no processo diagnóstico e na construção de intervenções de reabilitação.

**Palavras-chave:** TDAH; adulto, perfil de impacto da doença, pesquisa qualitativa

## Introdução

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), segundo o Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition - DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) é um transtorno do neurodesenvolvimento que apresenta como característica fundamental um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade que impacta o funcionamento ou desenvolvimento. Nessa definição se encontram reunidos dois aspectos importantes: sintomas e prejuízos. Os sintomas podem ser entendidos como a forma através da qual um transtorno se manifesta fisicamente, cognitivamente e comportamentalmente; enquanto os prejuízos como o grau de dificuldade vivenciado pela pessoa na interação com os seus contextos de desenvolvimento e as suas consequências adversas (Barkley, 2011).

No caso do TDAH, os sintomas resultam de alterações em determinadas redes neurais que regulam três processos mentais, a saber: atenção, impulsividade e funções executivas (FE). Em relação à atenção, apesar de não haver um consenso quanto aos seus componentes, Mattos (2006) assinala que há uma tendência à conformidade em relação a três níveis dessa função: sustentação, seletividade e alternância. Sustentação é a habilidade de sustentar a atenção com o processamento consistente da informação durante uma atividade contínua. Seletividade envolve a habilidade de apurar a informação relevante dentre outras não pertinentes para o momento. Alternância é a capacidade de transferir o direcionamento da atenção perante atividades com diferentes demandas cognitivas. Déficits atencionais estão presentes em diferentes quadros neurológicos e transtornos mentais. Da integridade da atenção dependem várias outras funções cognitivas como memória, percepção e orientação.

Outro construto relevante dentro do quadro de TDAH é a impulsividade. Tavares e Alarcão (2008) definem a impulsividade como uma característica comportamental reconhecida por reações rápidas e pobremente planejadas, com pouca ou nenhuma

avaliação das consequências, em que o foco é a gratificação imediata. Pessoas extremamente impulsivas, constantemente, tomam decisões precipitadas e destrutivas e apresentam uma maior predisposição a transtornos psiquiátricos externalizantes (Buckholtz et al., 2010). Dessa forma, o controle inibitório se mostra fundamental em nosso funcionamento diário, uma vez que ajusta as nossas cognições e comportamentos exercendo o controle na interferência dos estímulos, nos pensamentos e nas tendências de resposta prepotentes (Stahl et al., 2013).

Embora as disfunções executivas não estejam incluídas como uma das dimensões dos sintomas do TDAH no DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013), elas serão abordadas pelo fato de estudos (Klenberg, Jamsa, Hayrinen, Lahti-Nuutila, & Korkman, 2010; Makris et al., 2008; Miller, Ho, & Hinshaw, 2012; Schweitzer, Hanford, & Medoff, 2006) demonstrarem a sua presença no transtorno. Mattos, Saboya, Kaefer, Knijnik e Soncini (2003) entendem que as FE abarcam uma classe de atividades altamente sofisticadas, que capacitam o indivíduo ao desempenho de ações voluntárias, independentes, autônomas, auto-organizadas e orientadas para metas específicas. Em conjunto, englobam todos os processos responsáveis por focalizar, direcionar, regular, gerenciar e integrar funções cognitivas, emoções e comportamentos, visando a realização de tarefas simples de rotina e também, principalmente, à solução de problemas novos.

Atender de maneira funcional as demandas diárias presentes nos diversos contextos de desenvolvimento requer entre outros, o controle dos impulsos; a regulação da motivação diante de um estímulo pouco recrutador ou de um reforço distante no tempo; o planejamento de ações; a tomada de decisões complexas considerando as consequências de curto, médio e longo prazos. Bem como, mudança de comportamento ao detectar que este já não é mais apropriado; estimativa correta do tempo necessário para a execução das ações; sustentação de determinadas informações enquanto se

realiza simultaneamente outra atividade e regulação das emoções nas interações sociais. Barkley e Murphy (2011, 2010), Barkley e Fischer (2011) argumentam que quando são utilizados os instrumentos adequados para avaliar as FE, as alterações encontradas são significativas e estão presentes em 89 a 98% dos casos de TDAH.

Naturalmente, com o decorrer do desenvolvimento, os objetivos vão se tornando cada vez mais complexos, demandando que estruturas comportamentais sejam organizadas e sustentadas durante períodos de tempo mais prolongados, envolvendo redes sociais mais amplas e conseqüentemente, exigindo um maior refinamento e a integridade das funções supracitadas (Barkley & Murphy, 2010, 2011; Barkley & Fischer, 2011). Em se tratando do TDAH, em que alterações são verificadas na atenção, no controle inibitório e nas FE é esperado que os pacientes enfrentem dificuldades leves, moderadas ou severas no gerenciamento de diversas áreas da sua vida.

Em relação ao desempenho acadêmico, os pacientes tendem a se sentirem menos capazes de lidar com grandes demandas, a apresentar necessidade de um acompanhamento, níveis educacionais inferiores, notas mais baixas, maior índice de repetência e dificuldade em concluir a graduação (Barkley & Murphy, 2010; Barkley, Murphy, & Fischer, 2013; Biederman et al., 2006; Matheson et al., 2013). Quanto ao funcionamento ocupacional, os adultos com TDAH exibem uma probabilidade maior de mudar de emprego, de serem demitidos, de estarem desempregados, de considerarem as tarefas difíceis, de atrasarem para o trabalho, de apresentarem baixa produtividade, de trabalharem de forma independente, de se sentirem ineficientes. Além disso, quando são avaliados pelos empregadores, são considerados inferiores em relação aos pares (Barkley & Murphy, 2010; Barkley et al., 2013; Biederman et al., 2006, Matheson et al., 2013).

Nas relações sociais, costumam apresentar dificuldade em manter amizades, em serem assertivos e pacientes. São propensos a demonstrar pouca consideração em

relação às necessidades e/ou atividades dos outros e exibem dificuldade em cumprir compromissos sociais. Percebem-se como menos populares na escola e menos capazes de se relacionarem bem com os professores. Relatam maior número de conflitos e de rompimentos. Sentem-se mal interpretados pelos outros, sendo rotulados como grosseiros e rudes (Barkley & Murphy, 2010; Barkley et al., 2013; Biederman et al., 2006, Matheson et al., 2013).

Considerando o relacionamento afetivo-sexual, os adultos com TDAH demonstram uma maior incidência de descontentamento conjugal, maior probabilidade de serem pais precoces, de contraírem doenças sexualmente transmissíveis, menor estabilidade, menor capacidade de prover apoio para o(a) companheiro(a) e de vivenciarem pior qualidade nos relacionamentos. Além de experienciarem maior taxa de disfunção sexual e divórcio (Barkley & Murphy, 2010; Barkley et al., 2013; Biederman et al., 2006). No âmbito familiar, tendem a mostrar taxas mais altas de estresse parental bem como estresse total em suas vidas familiares (Barkley et al., 2013).

Quanto à direção, costumam se envolver em um maior número de acidentes, receberem mais multas de trânsito e dirigirem de forma imprudente. Além de vivenciarem mais conflitos com outros motoristas (Barkley et al., 2013; Barkley & Cox, 2007; Brod, Pohlman, Lasser, & Hodgkins, 2012; Reimer, Mehler, D'Ambrosio, & Fried, 2010). Em se tratando da área financeira, tendem a demonstrar dificuldade em administrar e guardar o dinheiro, terem gastos desnecessários, serviços cancelados por falta de pagamento e se endividarem (Barkley et al. 2013; Brod et al., 2012).

No cuidado com a saúde, são propensos a exibir pouca preocupação com os hábitos alimentares, de sono, de atividade física e com acompanhamento médico/dentário, assim como apresentam um risco maior para ferimentos e hospitalizações. Também exibem maior risco de morte precoce devido ao suicídio e

aumento da taxa de outros transtornos mentais (Barkley & Murphy, 2010; Barkley et al., 2013; Barbaresi et al., 2013).

O TDAH também está associado ao maior risco de atividades antissociais como agressão física, roubo e porte e/ou venda de drogas ilegais e suas consequências legais. Pessoas com TDAH quando comparados com pessoas da comunidade apresentam maior taxa de prisão (47% vs. 24%), condenação (42% vs. 14%) e encarceramento (15% vs. 1%) (Barkley et al., 2013; Mannuzza, Klein, & Moulton, 2008).

Apesar de sintomas e prejuízos se apresentarem como critérios distintos e imprescindíveis para o diagnóstico de TDAH, tem se dado pouca atenção para a avaliação dos prejuízos tanto no âmbito clínico quanto nas pesquisas. Recentemente, na literatura científica tem se discutido a relevância da investigação dos prejuízos nas decisões sobre o processo de diagnóstico, critérios de inclusão dos participantes em pesquisa, estimativas de prevalência, avaliação dos efeitos do tratamento, prestação de serviços entre outros (Gordon et al., 2006; Mannuzza et al., 2011). Na tomada de decisão clínica quando a avaliação dos prejuízos é negligenciada há maior probabilidade da ocorrência de se diagnosticar falsos positivos (Gathje, Lewandowski, & Gordon, 2008). A prevalência do TDAH tende a ser superestimada quando somente os sintomas são considerados (Faraone, Sergeant, Gillberg, & Biederman, 2003). Nem sempre melhora nos sintomas implica na melhora dos prejuízos (O'Connor, Garner, Peugh, Simon, & Epstein, 2015).

Em consonância com essas pesquisas internacionais recentes que apontam os prejuízos funcionais presentes em adultos com TDAH e a relevância de se examiná-los, o estudo aqui proposto tem como objetivo iniciar a investigação desse tema no cenário nacional. Para tal, partiu-se de uma estratégia exploratória e qualitativa examinando os prejuízos funcionais que adultos brasileiros que se autodeclaram com TDAH relatam vivenciar em diversas áreas da vida.

## Método

### Participantes

Participaram deste estudo 93 adultos que se autodeclararam com o diagnóstico de TDAH. O critério de seleção da amostra foi de conveniência, sendo incluídos adultos da comunidade.

Os participantes do presente estudo são de ambos os sexos (feminino:  $n = 61$ ; masculino:  $n = 32$ ), com idades compreendidas entre 18 e 65 anos (18 a 30 anos:  $n = 39$ ; 31 a 45 anos:  $n = 40$ ; 46 a 65 anos:  $n = 14$ ) residentes em vários estados brasileiros (Bahia, Distrito Federal, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e São Paulo). Quanto ao grau de escolaridade, 1 participante possuía o ensino fundamental incompleto; 4 participantes: ensino médio incompleto; 39 participantes: ensino superior incompleto; 26 participantes: ensino superior completo; 14 deles possuíam especialização; 8 adultos concluíram o mestrado e por fim, 1 participante finalizou o doutorado. Em se tratando da profissão, observou-se uma considerável diversidade. Dentre as citadas estão: professor universitário ( $n = 4$ ), servidor público ( $n = 5$ ), empresário ( $n = 5$ ), auxiliar administrativo ( $n = 4$ ), psicólogo ( $n = 3$ ), médico ( $n = 2$ ) e técnico de enfermagem ( $n = 2$ ). No momento da pesquisa, cinco adultos estavam desempregados e 18 eram estudantes.

### Instrumento

Elaborou-se um questionário constituído por nove perguntas abertas com o objetivo de investigar junto a adultos autodeclarados com TDAH exemplos de prejuízos que possam ter experimentado e/ou experimentem em função dos sintomas. Os prejuízos foram investigados nas áreas descritas na literatura como impactadas no TDAH, a saber: profissional, acadêmica, afetiva, doméstica, social, financeira, na saúde

e na direção de automóveis. Contudo, caso necessário, o participante poderia relatar (na última questão) prejuízos em outras áreas que não tivessem sido apontadas anteriormente. O instrumento foi composto por uma introdução que abordava brevemente algumas considerações sobre o TDAH e a diferença entre sintoma e prejuízo. Em seguida, foi apresentada a instrução com alguns esclarecimentos: a) não obrigatoriedade de responder a todas as perguntas, uma vez que a pessoa poderia vivenciar prejuízos em poucas áreas, b) a importância de se lembrar das dificuldades experimentadas na realização das tarefas do cotidiano, na interação com as outras pessoas e as consequências negativas advindas dessas dificuldades e, c) se fosse possível, relacionar o prejuízo com um ou mais sintomas do TDAH. Em cada área, foram apresentados, no mínimo, dois exemplos de sintomas com os possíveis prejuízos decorrentes para servirem de modelo para os participantes.

### **Coleta de dados**

Os participantes foram recrutados por meio de convite individual e convites enviados para comunidades de TDAH presentes nas redes sociais. A aplicação do questionário foi realizada individualmente, por meio online, sendo as respostas digitadas e armazenadas no site.

### **Análise dos dados**

Para explorar os dados coletados foi realizada a análise de conteúdo. A análise foi realizada tanto da perspectiva global quanto por área.

Inicialmente, foi efetuada uma leitura de todas as respostas com o propósito de se familiarizar com os temas abordados e excluir as que não correspondiam ao que havia sido solicitado. Em um segundo momento, foi realizada uma leitura em profundidade buscando levantar, por área, pontos similares entre as respostas e

estabelecer categorias consideradas relevantes para o tema. A seguir, executou-se uma revisão dos tópicos selecionados. Quando apropriado, eles foram agrupados para evitar redundância e/ou dividido para contemplar uma maior especificidade. Nesse momento, surgiram novos temas que foram acrescentados aos já existentes.

Posteriormente, verificou-se a quantidade de exemplos que representava cada um dos tópicos apurados. Terminada a avaliação por área, houve uma nova averiguação de todo o banco de dados procurando identificar aspectos universais que permeariam todas as áreas exploradas. Após a constatação desses aspectos, eles foram contabilizados de forma geral e por área. Por último, realizou-se uma revisão de todas as informações geradas aproveitando a ocasião para selecionar exemplos que mostrassem uma boa qualidade descritiva e retratassem a tipicidade do tema abordado.

### **Considerações Éticas**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (processo nº 02011712.0.0000.5149). Todos os participantes assinaram eletronicamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### **Resultados**

A Tabela 1 mostra a frequência de respondentes por área na seguinte ordem: Profissional, Acadêmica, Afetiva, Doméstica, Social, Saúde, Financeira, e Direção de Veículos. Constatou-se que o maior número de exemplos relatados foi nos domínios profissional e acadêmico e as demais áreas apresentaram certo equilíbrio, com exceção da direção de veículos, em que houve menor percentual de participantes apresentando algum prejuízo.

Tabela 1

*Frequência de respondentes por área*

Área	F	F%
Profissional	90	97
Acadêmica	87	94
Afetiva-sexual	79	85
Doméstica	76	82
Social	76	82
Saúde	71	76
Financeira	68	73
Direção de Veículos	60	65

Buscando avaliar quais seriam os prejuízos mais típicos de adultos com TDAH em cada uma das áreas investigadas, agruparam-se as respostas em categorias. Foram selecionadas as cinco categorias que mais receberam exemplos. No domínio profissional, as consequências negativas mais narradas foram: sentimento de fracasso, demissão, baixo desempenho, dificuldade nos relacionamentos interpessoais e perda de credibilidade. A dimensão acadêmica ficou caracterizada da seguinte forma: redução na qualidade dos trabalhos, abandono de cursos e/ou disciplinas acadêmicas, reprovação, notas baixas e cansaço/stress. No campo afetivo os prejuízos mais frequentes foram: tédio, relacionamentos não durarem, excesso de brigas, baixa autoestima e o(a) parceiro(a) se sentir magoado. Na vida doméstica os impactos negativos mais relatados foram: receber rótulos como preguiçoso e irresponsável, viver num ambiente bagunçado, comprometimento do bem-estar, prejuízos financeiros por pagar juros e aumento do custo de reparo de utensílios domésticos, sentimento de incapacidade, frustração e briga com familiares. No campo social, as consequências negativas mais

experimentadas foram: afastamento das pessoas, excesso de conflitos, poucas amizades/dificuldade de manter relações duradouras, deixar as pessoas magoadas e pouca atenção às demandas sociais, transparecendo descaso, desinteresse, frieza. Os prejuízos financeiros mais relatados foram: pagamento de juros e multas, endividamento, não ter poupança, prestação de serviços cortados e restrição de crédito. Os comprometimentos mais observados no cuidado da saúde foram: agravamento e/ou surgimento de doenças, sobrepeso/obesidade, alimentação de baixa qualidade, sedentarismo e problemas dentários agravados. Na direção de veículos, os efeitos negativos mais frequentes foram: multas, medo/insegurança para dirigir, acidentes, danos no veículo e repreensão por parte de outros motoristas.

Na Tabela 2 podem ser verificados os exemplos de prejuízos por área. É importante observar que os prejuízos foram associados com os sintomas característicos do quadro de TDAH como dificuldade em relação à regulação da motivação/ativação, à atenção, à memória de trabalho, ao planejamento e ao controle inibitório.

Do ponto de vista global, a análise dos dados revelou que em 20% das respostas havia trechos que retratavam uma autopercepção negativa por parte dos respondentes. Estiveram presentes nos relatos expressões como:

*Baixa autoestima, me sinto péssima, menos capaz, sentimento de impotência, complexo de inferioridade, você se sente um nada, me culpo muito, nem eu me suporto, me sinto uma idiota, me sinto uma porcaria de gente, sou a ovelha negra da família, perda da autoconfiança.*

Tabela 2

*Exemplos de prejuízos por área*

Área	Respostas dos participantes
Profissional	“Mudar de objetivos profissionais constantemente. Não construir uma carreira profissional sólida”
Acadêmica	“Sempre fiz trabalho em cima da hora e creio que a qualidade ficava comprometida”
Afetiva	“Relacionamentos não duram por esquecer datas, chegar atrasado, a pessoa falar com a gente e não prestarmos atenção”
Doméstica	“Falta de organização extrema na casa. Receber rótulo de preguiçosa, não se sentir bem na própria casa, nunca encontrar o que eu quero”
Social	“Constranger as pessoas em uma roda de amigos, por falar aquilo que penso de forma impulsiva; sofrer antipatia das pessoas por defender de forma incisiva meu ponto de vista”
Financeira	“Eu tenho dificuldade de pagar contas na data certa, às vezes gasto dinheiro impulsivamente sem pensar no futuro, dificuldade de organização do dinheiro, meu nome está no SPC fazem 4 anos”
Saúde	“Já adiei a visita ao dentista para reparar uma obturação e tive que fazer um canal no dente.
Direção	“Dirigir impulsivamente recebendo mais multas e colocando minha vida em risco”

Considerando a questão da autopercepção negativa por área, constatou-se que a mais impactada foi a profissional chegando à taxa de 38%, ou seja, quase a metade das

respostas. Com o intuito de possibilitar maior compreensão desse aspecto e apoiar a análise alguns exemplos são apresentados:

a) *O sintoma adiar a marcação de consulta gera desgaste emocional, insatisfação pessoal, pois penso que sou descuidada;* b) *Sou sozinho me afastei de todos ou se afastaram de mim, tenho vergonha de ver pessoas que cresceram na vida e eu fiquei na mesma;* c) *Sem amigos, sem autoestima, tratada como infantil, imatura por ser assim tão extrema emocionalmente;* d) *Hoje passo necessidade só pelas besteiras que fiz, por ter vendido apartamento pra abrir empresa sem ter projeto, nada dava certo e eu acabava gastando o dinheiro todo, além dos urubus que percebiam que eu era uma idiota e me passavam a perna em transações surreais;* e) *No sintoma de falta de organização e procrastinação, os prejuízos são impossibilidade de crescimento devido a falta de publicações ou pesquisas, além disso ocorre o sentimento que não estou progredindo e que os outros são melhores do que eu, gerando insatisfação pessoal, sentimento de fracasso e incapacidade;* f) *Muitas ideias e pouca execução, me pareço mais com uma árvore que cortaram o olho e ela cresce em todas as direções e não chega a lugar algum.*

Outro aspecto que se destacou na análise qualitativa das respostas foi o relato dos participantes sobre a percepção negativa que outros adultos têm em relação a eles, estando presente em 17% de todo o banco de dados. Foi muito citado o recebimento de rótulos como: “*metido à besta, enrolado, louco, avoado, frio, egoísta, exagerado, irresponsável e preguiçoso*”. Quanto à avaliação dessa questão por área, verificou-se que as mais afetadas foram a social (28% das respostas), a doméstica (26%) e a profissional (26%). Exemplos de respostas:

a) *Não consigo manter um emprego por mais de 3 meses. Só uma vez, mas fiquei extremamente ofendida com minha chefe imediata que deixou claro que*

*não confiava em mim e eu abandonei o emprego. b) Dificilmente concluo algo que inicio. Esqueço de coisas incríveis, tipo, almoçar. Me sinto muitas vezes inseguro e tenho medo. Muitas pessoas não me levam a sério. c) Não controlar as emoções. Ser vista como uma pessoa fraca ou impulsiva, ou até mesmo doida. d) Amigos se cansam de você por não estar presente e ser muito impulsivo para falar, as pessoas têm medo. e) Estudar por conta própria é um martírio devido à falta de concentração. Os resultados acadêmicos me deixaram com a estigma de relapso ou preguiçoso.*

Em termos da redação das respostas, percebeu-se que, na maioria dos casos, elas foram bem elaboradas. Em função dos sintomas de TDAH, como dificuldade em tarefas que exigem um esforço mental e a impulsividade esperava-se que os exemplos fossem curtos e sem muitos detalhes. No entanto, observou-se que os participantes se empenharam em reportar os prejuízos vivenciados no cotidiano. Muitos dos exemplos supracitados são trechos de respostas mais amplas. Foram necessários os recortes, devido à limitação de espaço natural de um artigo. Além disso, muitas vezes a entrevista serviu como um espaço no qual eles puderam expressar a angústia de conviver com as consequências negativas decorrentes do TDAH conforme os exemplos:

*a) Tenho sentimentos de inferioridade e inadequação por não conseguir me manter em um emprego. Baixa autoestima decorrente da constante comparação com outras pessoas que aparentemente não possuem algum transtorno. b) Minha mente está esgotada agora e se eu for escrever tudo o que o TDAH me causou ficaria aqui o dia todo, enfim TDAH acabou com a minha VIDA! c) Meu Deus será que não tem ideia do risco de uma criança viver comigo, num mundo onde eu esquecer de pagar uma conta é uma coisa, porém esquecer de manter os remédios normais de um recém nascido, uma amamentação nas horas prescritas, a fralda a ser trocada regularmente. Isso pode parecer simples aos*

*olhos, mas quem vive com o TDAH sabe o que é o descumprimento de regras. d) Desde pequena me incomodo por estar sempre arranjando encrenca. Rsrs. Por não conseguir concluir algo, comecei 2 faculdades e não acabei. Sou muito criativa, mas me incomoda estar sempre querendo fazer algo diferente... e me canso do que estou fazendo rápido. Vivo na instabilidade!!! É bem difícil conviver com o TDAH.*

### **Discussão**

O ingresso na vida adulta traz consigo várias responsabilidades que poderão ser atendidas de forma satisfatória se competências cognitivas, emocionais e comportamentais tiverem atingido determinado nível de desenvolvimento e não apresentarem alterações significativas. Segundo Brown (2007), há quatro tipos de desafios na idade adulta que dependem de um bom funcionamento das FE: selecionar opções e trabalhar produtivamente; administrar afazeres domésticos e finanças, administrar o trabalho enquanto cultiva relacionamentos; exercer funções parentais e manter parcerias.

O TDAH por ser caracterizado por um padrão de desatenção, hiperatividade/impulsividade e disfunção executiva faz com que os seus portadores encontrem dificuldades para lidar com diversas demandas do cotidiano, impactando o seu funcionamento global. O DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) estabelece como critério a presença de prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional. No entanto, os resultados dessa pesquisa mostraram que adultos com TDAH apresentam prejuízos significativos em várias áreas da vida, o que vem ao encontro da literatura abordada na introdução e reforça a sua validade transcultural (Barbarese et al., 2013; Barkley, 2008; Barkley & Murphy, 2010; Barkley et al., 2013;

Biederman et al., 2006, Brod et al., 2012; Mannuzza et al., 2011; Mannuzza et al., 2008; Matheson et al., 2013). Esses resultados também são consistentes com os do Biederman et al (2006) que encontraram que o padrão de prejuízos funcionais de adultos que autodeclararam ter recebido o diagnóstico de TDAH por um profissional de saúde da comunidade é similar aos adultos diagnosticados em centros especializados.

O exercício de uma atividade profissional em nosso contexto cultural é de extrema relevância, uma vez que ele exerce um papel significativo na construção da identidade do adulto, na sua subsistência e proporciona um senso de pertencimento social. A área profissional foi a que recebeu o maior número de exemplos de prejuízos (97% dos entrevistados) e na qual se constatou a maior quantidade (38%) de relatos de autopercepção negativa. Tais dados nos chamam a atenção para o impacto, por vezes, devastador que o TDAH pode ter nessa área chave do desenvolvimento humano, fazendo com que a pessoa experimente profundos sentimentos de menos valia e fracasso. Brod et al. (2012) avaliaram, por meio de grupos focais, a carga do TDAH em pacientes adultos (N=108) em sete países: Canadá, França, Alemanha, Itália, Holanda, Reino Unido e Estados Unidos. A análise qualitativa dos dados mostrou que o trabalho e a carreira foram temas de importância em todos os grupos e muitos participantes caracterizaram a área profissional como conturbada, exigindo deles habilidades de enfrentamento significativas e suporte a fim de torná-la bem sucedida. Outro dado que vem ao encontro de nossa pesquisa é que os participantes de todos os países relataram que ao longo da vida se percebiam diferentes dos outros e como resultado se sentiam “errados” e não “normais”.

De forma geral, observou-se nos relatos dos participantes do presente estudo uma insatisfação por parte dos entrevistados com o impacto que o TDAH trouxe para as suas vidas. No estudo de Biederman et al. (2006), verificou-se que 72% dos adultos do grupo clínico (N=501) consideravam que o TDAH tinha um impacto pernicioso ao

longo da vida e eram menos prováveis de se sentirem satisfeitos com os aspectos principais das suas vidas.

Naturalmente, enfrentar problemas para se autorregular não interfere negativamente somente na autopercepção, mas também na percepção do outro. As respostas dos participantes foram permeadas de expressões que retratavam uma avaliação negativa de professores, chefes, colegas de trabalho/escola, amigos e familiares. Os sintomas de TDAH tendem a interferir em aspectos importantes das relações profissionais, sociais e familiares como, dentre outros, a capacidade de cumprir obrigações, de realizar tarefas que não sejam de interesse próprio, de expressar assertivamente desagrado, opiniões e afeto.

A proposta de solicitar que os participantes buscassem associar o sintoma ao prejuízo foi uma forma de garantir que os exemplos pudessem ser característicos do quadro de TDAH e não de outra condição psiquiátrica. Verificou-se que a maioria dos prejuízos estavam claramente ligados aos sintomas de TDAH. Primich e Jennaco (2012) reforçam a necessidade de se aprofundar na caracterização dos sintomas e prejuízos típicos do TDAH com o intuito de se garantir um diagnóstico mais acurado, uma vez que esse quadro se mostra bastante complexo.

Gordon et al. (2006) comentam que no processo diagnóstico do TDAH a avaliação dos prejuízos tem ficado em segundo plano pela tendência de se assumir uma associação muito próxima entre a quantidade de sintomas e a extensão do impacto que eles tem sobre o funcionamento da pessoa. Interessantemente, os autores exploram a questão de que negligenciar os prejuízos pode levar tanto ao diagnóstico falso positivo quanto ao falso negativo. No primeiro caso, eles apresentam estudos que mostram que quando se ignora os prejuízos a taxa de prevalência é superestimada. Por outro lado, os autores discutem pesquisas que demonstram que determinadas crianças podem apresentar prejuízos psicossociais significativos e ainda assim, não atingirem o número

mínimo de sintomas exigidos para o estabelecimento do diagnóstico. Para os autores, pesquisadores e clínicos devem dar maior importância aos prejuízos e considerá-los até mesmo acima da avaliação dos sintomas. A estimativa da persistência do TDAH na vida adulta é mais baixa quando se considera estritamente o número mínimo de sintomas, mas aumenta consideravelmente quando se associa prejuízos a uma quantidade de sintomas significativa, mas abaixo do limite estabelecido oficialmente. Outra questão que eles apontam para reforçar a importância de se aprofundar no conhecimento dos prejuízos e ampliar a sua investigação é que, frequentemente, são os prejuízos funcionais e não os sintomas que ditam a procura do tratamento e estabelecem o seu objetivo. Acrescentam ainda que é o nível de funcionamento na infância e não os sintomas que melhor predizem o efeito na vida adulta. Tais considerações abrem discussão para se rever na comunidade científica o peso da avaliação dos prejuízos no estabelecimento do diagnóstico.

### **Conclusão**

Diante do exposto, os resultados do presente estudo têm implicações clínicas relevantes, uma vez que contribui para a caracterização dos prejuízos vivenciados pelos adultos com TDAH e explicita o seu impacto negativo na dimensão psicológica do sujeito. Até onde vai o conhecimento das autoras, esse é o primeiro estudo brasileiro que investiga os prejuízos vivenciados por adultos com TDAH a partir da própria perspectiva.

Esse estudo apresenta algumas limitações. Uma é o tamanho da amostra que restringe a generalização dos resultados para a população de TDAH. Outro aspecto é o fato do instrumento utilizado ser um questionário de resposta aberta e, portanto, mais trabalhoso. Tal fato pode ter motivado a respondê-lo, principalmente, adultos que se sentiam muito insatisfeitos e com prejuízos de moderados a graves.

Por outro lado, o fato do questionário ser de resposta aberta enriquece o estudo, pois, captura os prejuízos vivenciados pelos adultos com TDAH a partir das suas próprias perspectivas. Os participantes tiveram a opção de responder livremente em quais áreas experimentavam os impactos negativos e quais seriam esses. Ao contrário do que se esperava, a maioria das respostas foi bem trabalhada demonstrando a necessidade que esses adultos têm de partilharem as suas dificuldades e expressarem o quanto o TDAH afeta a qualidade de suas vidas.

Aprofundar o entendimento sobre os prejuízos vivenciados pelos adultos com TDAH nos fornece dados que poderão auxiliar no processo diagnóstico e na construção de intervenções de reabilitação. Além disso, a divulgação mais fundamentada do transtorno e, conseqüentemente, uma maior conscientização da população e a adoção de políticas públicas que auxiliem no tratamento e nas adaptações escolares e profissionais podem contribuir para a minimização dos sintomas e dos prejuízos, podendo assim, melhorar a auto e heteropercepção, bem como a qualidade de vida de forma geral.

### **Referências**

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Barbarese, W. J., Colligan, R. C., Weaver, A. L., Voigt, R. G., Killian, J. M., & Katusic, S. K. (2013). Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: a prospective study. *Pediatrics*, *134*(4), 637-644.

Barkley, R. A. (2011). *Barkley Functional Impairment Scale (BFIS)*. New York, The Guilford Press.

Barkley, R. A., & Cox, D. (2007). A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. *Journal of Safety Research*, *38*(1), 113–128.

Barkley, R. A., & Fischer, M. (2011). Predicting impairment in major life activities and occupational functioning in hyperactive children as adults: self-reported executive function (EF) deficits versus EF tests. *Developmental Neuropsychology*, *36*(2), 137-161.

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*(3), 157-173.

Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2011). The nature of executive function (EF) deficits in daily life activities in adults with ADHD and their relationship to performance on EF test. *Journal of Psychopathology Behavior Assessment*, *33*(2), 137-158.

Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2013). *TDAH em adultos. O que a ciência diz*. (L. Rigueto, Trad.). São Paulo: Roca. (Original publicado em 2008).

Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Aleardi, M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: a

controlled study of 1001 adults in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(4), 524-540.

Brod, M., Pohlman, B., Lasser, R., & Hodgkins, P. (2012). Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(47), 1-17.

Brown, T. E. (2007). *Transtorno de déficit de atenção: a mente desfocada em crianças e adultos*. (H. M. Filho, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 2005).

Buckholtz, J. W., Treadway, M. T., Cowan, R. L., Woodward, N. D., Li, R., Ansari, M. S., Baldwin, R. M., Schwartzman, A. N., Shelby, E. S., Smith, C. E., Kessler, R. M., & Zald, D. H. (2010). Dopaminergic Network Differences in Human Impulsivity. *Science*, 329(5991), 532.

Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003) The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2(2), 104-113.

Gathje, R. A., Lewandowski, L. J., & Gordon, M. (2008). The role of impairment in the diagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(5), 529-537.

Gordon, M., Antshel, K., Faraone, S., Barkley, R., Lewandowski, L., Hudziak, J. J., Biederman, J. & Cunningham, C. (2006). Symptoms Versus Impairment -The Case for Respecting DSM-IV's Criterion D. *Journal of Attention Disorders*, 9(3), 465-475.

Klenberg, L., Jamsa, S., Hayrinen, T., Lahti-Nuuttila, P., & Korkman, M. (2010). The Attention and Executive Function Rating Inventory (ATTEX): Psychometric properties and clinical utility in diagnosing ADHD subtypes. *Scandinavian Journal of Psychology*, *51*(5), 439–448.

Makris, N.; Buka, S. L.; Biederman, J.; Papadimitriou, G. M.; Hodge, S. M.; Valera, E. M.; Brown, A. B.; Bush, G.; Monuteaux, M. C.; Caviness, V.S.; Kennedy, D. N., & Seidman, L. J. (2008). Attention and Executive Systems Abnormalities in Adults with Childhood ADHD: A DT-MRI Study of Connections. *Cerebral Cortex*, *18*, 1210-1220.

Mannuzza, S., Castellanos, F. X., Roizen, E. R., Hutchison, J. A., Lashua, E. C., & Klein, R. G. (2011). Impact of the impairment criterion in the diagnosis of adult ADHD: 33-year follow-up study of boys with ADHD. *Journal of Attention Disorders* *15*(2), 122-129.

Mannuzza, S., Klein, R. G., & Moulton, J. L. (2008). Lifetime criminality among boys with ADHD: a prospective follow up study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry Research*, *160*(3), 237–246.

Matheson, L., Asherson, P, Wong, I. C. K., Hodgkins, P., Setyawan, J., Sasane, R., & Clifford, S. (2013). Adult ADHD patient experiences of impairment, service provision and clinical management in England: a qualitative study. *BioMed Central Health Services Research*, *13*, 1-13.

Mattos, P. (2006). *TAVIS 3 – Teste de Atenção Visual 3ª edição – Versão Windows*. Rio de Janeiro, Centro de Neuropsicologia Aplicada.

Mattos, P., Saboya, E., Kaefer, H., Knijnik, M. P., & Soncini, N. (2003). Neuropsicologia do TDAH. In L. A., Rohde, P. Mattos & cols. *Princípios e práticas em TDAH* (pp. 63-73). Porto Alegre: Artmed.

Miller, M., Ho, J., & Hinshaw, S. P. (2012). Executive Functions in Girls With ADHD Followed Prospectively Into Young Adulthood. *Neuropsychology*, *26*(3), 278–287.

O'Connor, B. C., Garner, A. A., Peugh, J. L., Simon, J., & Epstein, J. N. (2015). Improved but still impaired: symptom-impairment correspondence among youth with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder receiving community-based care. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, *36*(2), 106–114.

Primich, C. & Jennaco, J. (2012). Diagnosing adult attention-deficit hyperactivity disorder: the importance of establishing daily life context for symptoms and impairments. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *19*(4), 362-373.

Reimer, B., Mehler, B., D'Ambrosio, L. A., & Fried, R. (2010). The impact of distractions on young adult drivers with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Accident Analysis and Prevention*, *42*(3), 842–851.

Schweitzer, J. B., Hanford, R. B., & Medoff, D. R. (2006). Working memory deficits in adults with ADHD: is there evidence for subtype differences? *Behavioral and Brain Functions*, *2*(43), 1-11.

Stahl, C., Voss, A., Schmitz, F., Nuszbaum, M., Tüscher, O., Lieb, K., & Klauer, K. C. (2013). Behavioral Components of Impulsivity. *Journal of Experimental Psychology:General*, *143*(2), 850-886.

Tavares, H. & Alarcão, G. (2008). Psicopatologia da impulsividade. In C. N. Abreu, H. Tavares, T. A. Cordas, & cols. *Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos*. Porto Alegre: Artmed.

## 4.2 Manuscrito 2

### PREJUÍZOS FUNCIONAIS NO TDAH: PROPOSTA DE UM MODELO CONCEITUAL E DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

**Resumo:** Sintomas, fatores moderadores e prejuízos interagem entre si gerando uma configuração complexa que resulta em uma expressão final do TDAH bastante heterogênea. Por isso, ao se elaborar um instrumento de avaliação de prejuízos é preciso pensar numa abordagem mais completa, sem se ater a um número extremamente reduzido de itens que não consegue capturar a diversidade dos prejuízos em termos de quantidade, áreas impactadas, tipo e intensidade. Esta pesquisa objetivou relatar a construção de uma escala de autorrelato para avaliar prejuízos funcionais em adultos com TDAH que abarcasse essa heterogeneidade. Participaram 146 pessoas de ambos os sexos, com diferentes níveis de escolaridade, residentes em diversos estados brasileiros. A coleta de dados se deu por meio eletrônico e aplicação manual. O processo de desenvolvimento do instrumento foi delineado segundo o modelo de elaboração de instrumental psicológico sugerido na literatura. Como resultado obteve-se uma escala composta por 76 itens que avaliam nove domínios considerados importantes no cotidiano da vida adulta e impactados no TDAH, possibilitando assim não uma visão parcial, mas sim do funcionamento global da pessoa. Dessa forma, ela proporciona informações para diagnóstico que estabelece a necessidade da presença do prejuízo nos domínios social, acadêmico ou ocupacional bem como para o tratamento que pode ser mais efetivo quando a abordagem do paciente ocorre de uma forma mais completa.

**Palavras-chave:** TDAH, adultos, perfil de impacto da doença, psicometria, escalas

## Introdução

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um dos transtornos psiquiátricos mais estudados. Contudo, uma questão que, apesar da sua relevância, tem sido negligenciada por muitos pesquisadores e clínicos na sua prática é a abordagem dos prejuízos (Faraone, Sergeant, Gillberg, & Biederman, 2003; Gahtje, Lewandowski, & Gordon, 2008; Gordon et al., 2006). Normalmente, as suas tomadas de decisão são baseadas em grande parte no número e intensidade dos sintomas, mesmo sendo exigida como critério uma clara interferência ou redução na qualidade do funcionamento social, acadêmico ou ocupacional (APA, 2013).

Um retrato desse fato é que os modelos que são mais conhecidos no campo como o evolutivo-neuropsicológico do Barkley (2008), o cognitivo-energético do Sergeant (2003) e o de via dupla do Sonuga-Barke (2003) apresentam o foco direcionado para as alterações cerebrais e seus respectivos déficits cognitivos, emocionais/motivacionais e comportamentais sem considerar os prejuízos. Naturalmente, esses modelos têm o seu valor e tratam de aspectos extremamente complexos no TDAH.

Respeitando as iniciativas precedentes e com o intuito de se avançar na área por meio de um melhor entendimento da associação entre sintomas e prejuízos e da heterogeneidade presente na expressão do TDAH, foi desenvolvido o modelo intitulado Dinâmica entre sintomas e prejuízos no TDAH (Figura 1). Ele foi baseado na experiência clínica e na literatura, no caso, mais especificamente no modelo conceitual de Brod, Perwien, Adler e Spencer (2005) utilizado para o desenvolvimento da *Adult ADHD Quality of Life Measure* (AAQoL).

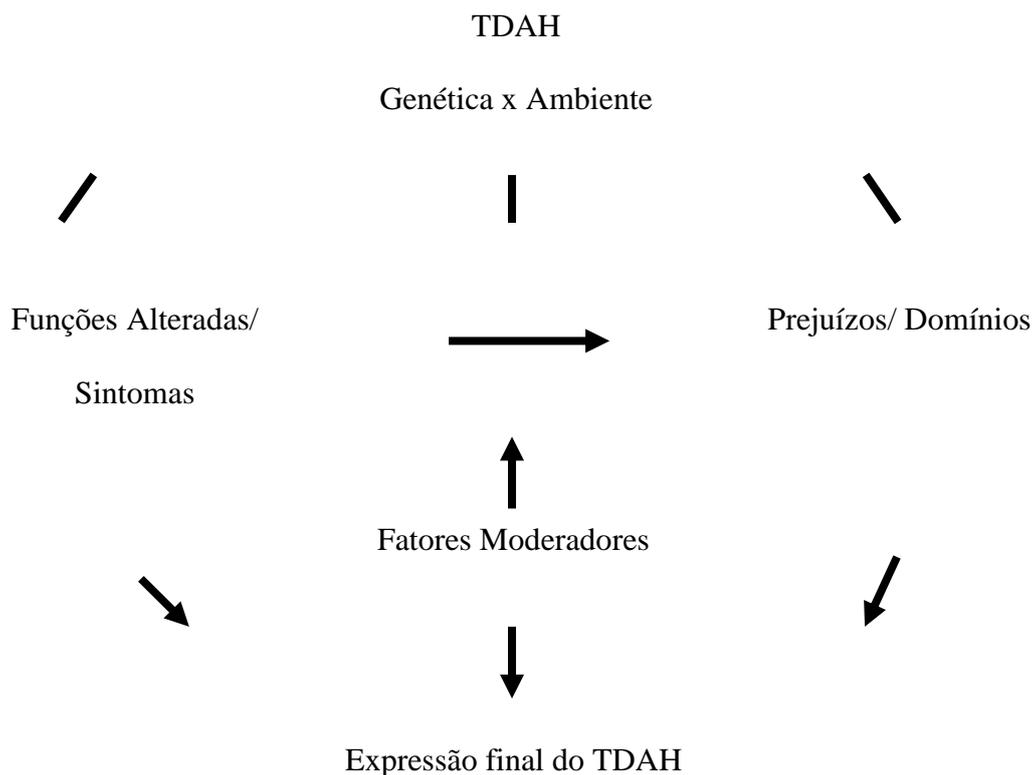


Figura 1 - Dinâmica do Modelo

No modelo, sintomas são entendidos como a expressão física, cognitiva ou comportamental de um transtorno (Barkley, 2011) e resultam de déficits em três processos mentais: atenção, controle inibitório e funções executivas. Enquanto prejuízos como o grau de dificuldade no funcionamento e as suas consequências adversas resultantes dos sintomas (Barkley, 2011).

O reconhecimento da presença do TDAH na fase adulta levantou questões importantes, dentre elas, o seu impacto ao longo da vida (Hodgkins et al., 2012). Prejuízos funcionais, recentemente, vêm conquistando no meio científico o status de construto independente e imprescindível na compreensão do TDAH. Estudiosos vêm discutindo sobre a relevância da sua investigação em várias circunstâncias, como nas decisões sobre o processo de diagnóstico, critérios de inclusão dos participantes em pesquisa, estimativas de prevalência, avaliação dos efeitos do tratamento e prestação de

serviços (Gordon et al., 2006; Mannuza et al., 2011). Na tomada de decisão clínica, quando a avaliação dos prejuízos é negligenciada, há maior probabilidade de se diagnosticar falsos positivos (Gathje, Lewandowski, & Gordon, 2008). A prevalência do TDAH tende a ser superestimada quando somente os sintomas são considerados (Faraone, Sergeant, Gillberg, & Biederman, 2003). Nem sempre a melhora nos sintomas implica na melhora dos prejuízos (O'Connor, Garner, Peugh, Simon, & Epstein, 2015). Tais resultados contribuem para o avanço na área, pois os sintomas começam a dividir o seu espaço com os prejuízos no palco das pesquisas científicas e este último sai do papel secundário para assumir o seu devido lugar na abordagem do TDAH.

Hodgkins et al. (2012) por meio de uma revisão sistemática avaliaram os efeitos mais comuns do TDAH a longo prazo. Os prejuízos encontrados foram categorizados em nove grupos: acadêmico, comportamento antissocial, direção, comportamento aditivo/uso de droga não medicinal, obesidade, ocupação, uso de serviço público, autoestima e função social. Os autores também verificaram que o número de estudos envolvendo adolescentes e adultos cresceram ao longo do tempo, enquanto os de criança permaneceram relativamente estáveis. Eles consideram que tal fato se deve ao impacto do TDAH no trabalho, na vida diária, na vida familiar e nos relacionamentos. De acordo com os autores, nas últimas três décadas constata-se um aumento de estudos sobre esse tema em todas as regiões geográficas, com o pico de 42 publicações em 2008.

Abordando os prejuízos de uma forma mais específica, verifica-se que os adultos com TDAH estão sujeitos, dentre outros, a maior probabilidade de atingirem níveis educacionais inferiores, de serem demitidos, de vivenciarem conflitos sociais e rompimentos de amizade, de descontentamento conjugal, de disfunção familiar, de se envolverem em um maior número de acidentes de trânsito, de se endividarem, de sofrerem ferimentos e hospitalizações, de se engajarem em atividades antissociais como

furtos em lojas, roubos, invasão de propriedades, agressão física, porte ilegal de armas e porte e/ou venda de drogas ilegais e sofrerem suas consequências legais (Barkley, Murphy, & Fischer, 2013; Biederman et al., 2006; Brod, Pohlman, Lasser, & Hodgkins, 2012; Mannuzza, Klein, & Moulton, 2008; Matheson et al., 2013).

Por ser um transtorno do neurodesenvolvimento, com déficits na capacidade de administrar o tempo, de se autoorganizar e solucionar problemas, de se autodisciplinar, de se automotivar, de se autoativar e de se concentrar, espera-se que pessoas com TDAH encontrem dificuldades para gerenciar efetivamente as atividades de vida diária, impactando o seu funcionamento em diferentes contextos e conseqüentemente, vivenciando prejuízos como os supracitados (Barkley & Murphy, 2011). Apesar dessa relação de causa e consequência, a associação entre a quantidade de sintomas e a extensão do impacto que eles têm no funcionamento da pessoa não é tão direta e forte quanto se acreditava (Gordon et al., 2006). Outros fatores, além dos sintomas, interferem no nível de prejuízo vivenciado pelo paciente. No modelo, esses fatores são denominados moderadores, uma vez que podem minimizar ou maximizar o impacto dos sintomas no funcionamento diário.

Em termos de dinâmica, um único sintoma pode trazer vários prejuízos. Por outro lado, um único prejuízo pode resultar de vários sintomas. A impulsividade pode contribuir para a vivência de vários prejuízos como acidentes no trânsito, rompimento de laços sociais e demissão. Em contrapartida, reprovação escolar pode ser decorrente da desatenção, dificuldade no planejamento, na regulação da motivação e na memória de trabalho. Além disso, os sintomas interagem entre si aumentando o seu poder de impacto assim como os prejuízos. No entanto, a expressão final do TDAH é mais do que a soma individual de sintomas e prejuízos pelo fato de entrar em questão a ação dos fatores moderadores.

São vários os aspectos que podem atuar como moderadores no quadro do TDAH favorecendo ou piorando o desfecho, a saber: idade do diagnóstico; tratamento; comorbidade; inteligência; coping; criatividade; ambiente familiar; adaptação em ambientes escolares e profissionais; nível socioeconômico e cultural. Conforme observado na Tabela 1, em função das suas especificidades, esses fatores foram divididos em três dimensões: fatores clínicos, internos e externos.

Tabela 1

*Estrutura do modelo*

<b>TDAH</b>				
Genética x Ambiente				
<i>Funções Alteradas/ Sintomas</i>	<i>Fatores Moderadores</i>			<i>Prejuízos/ Domínios</i>
	<b>Clínicos</b>	<b>Internos</b>	<b>Externos</b>	
Desatenção	Idade do diagnóstico	Inteligência	Ambiente familiar	Acadêmico Profissional
Hiperatividade/ Impulsividade	Tratamento	Coping	Adaptações escolares e profissionais	Afetivo-sexual Doméstico Social Financeiro
Disfunções Executivas	Comorbidade	Criatividade	Nível sócio Econômico Cultura	Saúde Trânsito Justiça

**Expressão final do TDAH**

A seguir será realizada a descrição de cada um dos fatores supracitados destacando a sua possível atuação na dinâmica do TDAH. No entanto, essa é uma apresentação didática, com limitações, pois esses fatores sofrem a influência um do outro favorecendo o surgimento de uma configuração singular na moderação. Por exemplo: o nível socioeconômico pode interferir na idade do diagnóstico e no acesso ao

tratamento. Comorbidades podem impactar a dinâmica familiar. Inteligência acima da média e criatividade podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias de coping. Além disso, é importante ressaltar que alguns desses fatores não são estanques podendo sofrer alterações ao longo do tempo. Uma configuração familiar promotora de apoio ao paciente pode não funcionar tão bem após a separação ou a morte de um membro. Além disso, é possível que os fatores tenham pesos diferentes na contribuição do desfecho. Provavelmente, a presença de um único fator não tenha o poder de alterar significativamente o desfecho, mas a combinação de dois ou mais já aumenta a força de atuação. São questões que devem ser exploradas em estudos futuros.

A idade do diagnóstico exerce um papel importante. Ser diagnosticado na infância/adolescência, em alguns casos, pode refletir a severidade de sintomas e prejuízos uma vez que uma forma mais branda pode retardar o seu diagnóstico. Independentemente desse aspecto, a adoção precoce de tratamentos específicos para o quadro tende a minimizar o seu impacto a longo prazo. As crianças/adolescentes poderão se beneficiar dos efeitos dos medicamentos e das estratégias de manejo do transtorno possibilitando que o quadro não se agrave e o sentimento de fracasso abale a sua autoestima. Além da abordagem direta com o paciente, o tratamento pode implicar na intervenção com os pais ou responsáveis proporcionando a aprendizagem de técnicas mais assertivas para lidar com os comportamentos disfuncionais da criança/adolescente e os auxiliando a promover a construção de habilidades de autorregulação do filho (a).

Entretanto, o diagnóstico de TDAH pode se efetivar somente na fase adulta em função de um nível de severidade mais leve; da atuação de outros fatores moderadores que permitiram a construção de mecanismos compensatórios; por fatores socioeconômicos que dificultam o acesso ao sistema de saúde; o reconhecimento recente do TDAH na fase adulta e consequente falta de treinamento adequado dos profissionais e visão preconceituosa. Ser diagnosticado em qualquer fase do

desenvolvimento é um ganho, pois costuma proporcionar à pessoa um sentido para toda a sua história de vida e a adoção de intervenções adequadas. Contudo, a descoberta tardia do TDAH pode ter um custo. Muitos adultos já trazem consigo uma trajetória de fracassos e a carga de outras comorbidades o que tende a aumentar a complexidade do manejo e a impactar o prognóstico. Considerando ainda a presença de comorbidades como um fator moderador, outra questão se desponta: o diagnóstico diferencial. É importante que o profissional seja capaz de discernir se os sintomas são decorrentes do quadro do TDAH, de outra condição clínica ou de ambos ou outras comorbidades associadas (Romano & Louzã Neto, 2011). Muitos adultos com outros quadros psiquiátricos como transtorno do humor, de ansiedade, uso de substância e controle dos impulsos podem ter também o TDAH, porém não reconhecido. Isso se deve em parte, pela sobreposição de alguns sintomas (Barkley & Brown, 2008). Tal situação interfere na adoção de intervenções específicas para o TDAH influenciando negativamente no desfecho.

Dentre os fatores internos, encontra-se a inteligência entendida como um construto composto de várias capacidades distintas que interferem entre si e que servem de base para raciocinar, agir com propósito e lidar efetivamente com o seu meio ambiente. A inteligência se faz presente em muitas das atividades de vida de diária e os cientistas da área têm constatado que esse construto se relaciona com vários fenômenos sociais dentre eles, o rendimento acadêmico, o rendimento no trabalho, a saúde, a resposta à psicoterapia, a longevidade, a escolha do parceiro (a) e à vulnerabilidade aos acidentes (Colom, 2006). Possuir nível superior de inteligência se constitui em uma vantagem prática, principalmente, em situações complexas. Ter um transtorno como o TDAH traz muitos desafios para a vida cotidiana, portanto, o nível de inteligência será fundamental na forma como a pessoa lidará com as situações adversas decorrentes desse quadro. Na prática clínica, observa-se que pessoas com níveis mais altos de inteligência

chegam com alguns mecanismos compensatórios já estabelecidos por conta própria minimizando os efeitos do transtorno.

Outro fator interno relevante é a criatividade. A sua presença é um fato relatado em muitos textos sobre o TDAH. Hallowell e Ratey (1999) definem criatividade como “... uma tendência a ver os aspectos da vida de novas maneiras, a combinar fragmentos da experiência pessoal de formas diferentes, a dar forma a novas ideias” (p. 217). Shansis et al. (2003) discutem a importância de se considerar dois aspectos desse construto: a originalidade e o fazer sentido ao outro (não ser algo completamente idiossincrático) e também da sua presença no dia-a-dia das pessoas impactando a qualidade de vida tanto do ponto de vista individual quanto da sociedade em geral. Utilizar-se da criatividade para lidar com os desafios vivenciados em função do TDAH bem como para gerar novas ideias que contribuirão para o avanço dos diversos contextos da vida humana se constitui num considerável fator protetivo.

As pessoas se diferenciam na forma como se esforçam para lidar com situações estressantes, crônicas ou agudas. O conjunto de estratégias utilizadas para enfrentar essas situações é denominado de *Coping* (Antoniazzi, Dell’Aglia, & Bandeira, 1998). De acordo com Young (2005), diversas variáveis influenciam na maneira como a pessoa trata os problemas, entre elas, características de personalidade, demanda situacional e avaliação cognitiva ou crenças sobre o controle pessoal. A presença de estratégias adaptativas de coping, isto é, autocontrole, busca por apoio social, aceitação da responsabilidade, planejamento da solução do problema e reavaliação positiva contribuem para melhor administrar as situações adversas e conseqüentemente, para uma melhor qualidade de vida. Para a autora, diante do quadro do TDAH o desenvolvimento dessas estratégias deve se constituir em objetivo importante e útil para o tratamento psicológico. Portanto, estratégias de coping funcionais se constituem em um importante moderador na expressão final do TDAH.

Os fatores internos são importantes moderadores bem como os fatores externos aqui definidos como ambiente familiar, adaptação no ambiente educacional e profissional, nível socioeconômico e cultura. Viver em um ambiente familiar estruturado é importante para o desenvolvimento de qualquer ser humano. No caso do TDAH, a dinâmica familiar exerce uma influência significativa na sua expressão. Entretanto, o membro com TDAH também impacta o funcionamento da família. As interações estabelecidas nesse contexto tendem a ser permeadas por um maior número de conflitos que sofrem influência de vários aspectos como as demandas geradas pelo TDAH, ter mais de um membro na família com TDAH e/ou outro transtorno mental, a severidade desses quadros, o número pessoas, a condição socioeconômica, a forma como é exercida a parentalidade e como os membros atuam na resolução de conflitos. Todos esses aspectos interagem entre si e contribuem para que esse contexto seja mais saudável ou mais disfuncional, promovendo ou dificultando o desenvolvimento das pessoas.

O reconhecimento do TDAH fomentou o surgimento de várias associações de apoio destinadas a pacientes, familiares e profissionais da saúde e da educação. As atuações dessas instituições são preciosas uma vez que proporcionam apoio aos pacientes e familiares, contribuem para o esclarecimento da sociedade em relação ao transtorno e lutam pela conquista de políticas públicas que garantirão o exercício dos direitos das pessoas com TDAH. O desenvolvimento e a adoção de estratégias que favorecerão o melhor funcionamento do paciente em seus contextos de desenvolvimento são fundamentais para um desfecho favorável.

Um fator ambiental de extrema relevância para o desfecho do TDAH é o nível socioeconômico. O custo financeiro para se realizar um diagnóstico adequado e efetivar o tratamento medicamentoso e outras abordagens psicossociais, em qualquer fase do desenvolvimento, é bastante significativo. Tal fato pode restringir o seu acesso,

principalmente, em um país em desenvolvimento como o Brasil impedindo que os responsáveis e/ou paciente engendre ações que contribuam para a melhoria da sua qualidade de vida. Além disso, o adulto que se encontra inserido em uma família com maior poder aquisitivo costuma se deparar com uma maior liberdade para experimentar e escolher possibilidades profissionais que se encaixam com o seu perfil contribuindo para sua trajetória profissional.

Outro aspecto externo que interfere na expressão do prejuízo é a cultura. Culturas muito rígidas e exigentes tendem a ampliar a dificuldade das pessoas com TDAH em atender as demandas do meio de maneira funcional. Por outro lado, culturas que têm incorporada uma prática inclusiva favorecem a implementação de adaptações que favorecem a expressão do potencial das pessoas com TDAH.

Resumindo, sintomas impactam negativamente o funcionamento na vida diária. Um único sintoma pode contribuir para vários prejuízos e um prejuízo pode resultar de diversos sintomas. Porém, essa relação é moderada por vários fatores que favorecem ou pioram o desfecho. Sintomas, fatores moderadores e prejuízos interagem entre si gerando uma configuração complexa que resulta na expressão final do TDAH. É possível que as inúmeras possibilidades de interações entre essas variáveis expliquem em parte a heterogeneidade observada nas pessoas com TDAH.

É importante ressaltar que o modelo em questão é uma tentativa incipiente de ampliar a compreensão da dinâmica do TDAH através da inclusão de dois aspectos que somente recentemente vêm alcançando relevância na área, a saber, os prejuízos e fatores moderadores. Naturalmente, ele tem limitações. Mas, de acordo com Barkley (2008) o valor de uma nova teoria não está na sua perfeição e sim no avanço do campo de investigação que ela pode proporcionar. Além desse aspecto destacado pelo Barkley, outra contribuição proporcionada pelos modelos se refere à base teórica para os instrumentos de avaliação e para a interpretação dos seus escores (Anderson, 2008).

Considerando a importância dos testes padronizados para a prática clínica bem como da avaliação dos prejuízos na abordagem do TDAH, partiu-se para o desenvolvimento de uma escala original de autorrelato intitulada Functional Impairment Scale (FIS- TDAH).

Nesse sentido, os esforços foram direcionados para que o novo instrumento abordasse os prejuízos de uma forma mais abrangente e representativa tentando abarcar parte da sua complexidade. Dessa forma, foram explorados nove domínios e não apenas os três mencionados no DSM 5 (acadêmico, profissional e/ou social) uma vez que as pesquisas demonstram impacto no funcionamento global de adultos com TDAH. Os itens foram construídos de forma a serem representativos e relevantes para essa população, favorecendo um diagnóstico mais apurado, a elaboração de programas de tratamento mais refinados e melhor acompanhamento dos efeitos do tratamento.

O presente estudo tem por objetivos: apresentar um modelo teórico no qual os prejuízos ocupam um lugar condizente com a sua relevância na abordagem do TDAH e relatar a construção da versão piloto de um instrumento que avalia os prejuízos funcionais em adultos com TDAH.

## **Método**

### **Procedimentos**

A construção da FIS-TDAH foi delineada segundo o modelo de elaboração de instrumental psicológico sugerido por Pasquali (2010). Ele é baseado em três pólos: teórico, empírico e analítico. No presente estudo, será apresentado o polo teórico que trata da fundamentação teórica e da operacionalização do construto em itens. Ele foi composto pelas seguintes etapas: definição constitutiva de prejuízo e seleção dos domínios por meio de revisão teórica, entrevista com a população meta, construção de itens/instrumento, análise de juízes e análise semântica.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (processo nº 02011712.0.0000.5149). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

#### Procedimentos Teóricos

**Revisão narrativa da literatura.** Examinaram-se artigos científicos, capítulos de livros publicados no Brasil que tratavam do tema, bem como o livro técnico da Barkley Functional Impairment Scale - BFIS (Barkley, 2011). A partir dessas fontes, foram selecionados textos em dois idiomas: português e inglês. Os textos selecionados foram aqueles que tratavam dos prejuízos no TDAH sob a perspectiva da sua importância para o estabelecimento do diagnóstico, dos instrumentos utilizados para a sua avaliação, do seu impacto no curso do desenvolvimento e da sua caracterização específica no TDAH.

**Entrevista com a população meta.** Após a revisão teórica, elaborou-se um questionário com o objetivo de investigar junto a adultos com TDAH exemplos de prejuízos que eles possam ter experimentado e/ou experimentam em função dos seus sintomas, na área profissional, acadêmica, afetiva, doméstica, social, financeira, na saúde e na direção de automóveis.

**Construção de itens/instrumento.** Os dados obtidos nas etapas anteriores serviram de fonte para a construção dos itens. A versão inicial da FIS-TDAH foi composta por 76 itens, variando entre 6 a 10 itens por domínio.

**Análises dos juízes.** Três especialistas foram convidados para colaborar com o estudo na etapa de investigação da adequação da representação dos itens da FIS-TDAH; um psicólogo e dois psiquiatras. Os juízes emitiram parecer em relação aos itens considerando três critérios: identificação do componente representado pelo item, grau de relevância e de adequação da formulação de cada um dos itens.

**Análise semântica.** Com o objetivo de verificar se os itens foram elaborados de maneira compreensível para a população a qual se destina a escala, entrevistaram-se 50 pessoas. O estrato inferior de escolaridade foi composto por 22 participantes (cinco com ensino fundamental e 17 com ensino médio) e o estrato superior, composto por 28 participantes graduados e pós-graduados em diferentes cursos.

## Participantes

Cada etapa envolvida no pólo teórico recrutou diferentes participantes. Em função desse fato, a Tabela 2 apresenta a caracterização da amostra segundo a etapa de construção da FIS – TDAH.

Tabela 2

*Caracterização da amostra conforme a etapa da construção da FIS-TDAH*

Etapa	Faixa Etária	Nível de escolaridade	Sexo	Origem	Tamanho
Fonte de itens	18-65 anos	Fundamental incompleto à pós-graduação	Masculino e feminino	Diversos estados brasileiros	93
Análise de conteúdo		Especialistas	Masculino	Minas Gerais e São Paulo	3
Análise semântica	18-65 anos	Fundamental à pós-graduação	Masculino e feminino	Minas Gerais	50

**Coleta de dados** - Os participantes foram recrutados por meio de convite individual, convites enviados para comunidades de TDAH presentes nas redes sociais e de

encaminhamento por médicos especialistas na área mediante solicitação da equipe. A coleta de dados foi realizada tanto individualmente quanto coletivamente assim como por meio *online* e presencial. Em todos os casos, inicialmente, os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo da pesquisa, o sigilo das respostas e o caráter voluntário da participação. Após as informações, o consentimento foi obtido seja por assinatura manual ou eletrônica.

**Análise dos dados.** Cada etapa de construção do instrumento demandou uma análise própria. Sendo assim, foram realizadas análises qualitativas e/ou quantitativas. No último caso, as análises utilizadas foram o cálculo do Coeficiente de Validade de Conteúdo e porcentagem.

## **Resultados**

### **Revisão da Literatura**

Ao final do processo de análise, foi possível estabelecer a definição constitutiva de prejuízo como o grau de dificuldade vivenciado pela pessoa na interação com os seus contextos de desenvolvimento e suas conseqüências adversas; e delimitar as áreas mais comprometidas no funcionamento cotidiano de adultos com TDAH, a saber, acadêmica, profissional, afetivo-sexual, doméstica, social, financeira, saúde, trânsito e relação com a justiça.

### **Entrevista com a população meta**

Os resultados mostraram que os participantes apresentaram prejuízos significativos em várias áreas da vida, dentre eles, sentimento de fracasso, demissão, baixo desempenho, abandono de cursos e/ou disciplinas acadêmicas, reprovação, notas baixas, relacionamentos afetivos pouco duradouros, excesso de brigas, baixa

autoestima, rótulos como preguiçoso e irresponsável, viver num ambiente bagunçado, comprometimento do bem-estar doméstico, prejuízos financeiros, sentimento de incapacidade, frustração e briga com familiares, afastamento das pessoas, excesso de conflitos, poucas amizades, pagamento de juros e multas, endividamento, não ter poupança, agravamento e/ou surgimento de doenças, sobrepeso/obesidade, alimentação de baixa qualidade, multas, insegurança para dirigir, acidentes e danos no veículo. Esses dados vêm ao encontro da literatura sobre o assunto e reforça a sua validade transcultural. Verificou-se que o maior número de exemplos relatados foi nos domínios profissional e acadêmico, e as demais áreas apresentaram certo equilíbrio, com exceção da direção de veículos que apresentou o menor número de exemplos. Esse material se apresentou extremamente rico, possibilitando a extração de vários itens constituintes do atual instrumento e de vocabulários típicos dessa população.

### **Construção dos itens**

A escala foi estruturada em duas partes. A primeira parte objetivou explorar de forma mais específica dificuldades que adultos com TDAH podem vivenciar em vários domínios do seu funcionamento diário, sendo composta por 67 itens. Cada domínio foi abordado por meio de instrução própria. Considerando que a escala é direcionada para adultos e que a maioria dos prejuízos demanda tempo para se estabelecer, nas instruções foi utilizada a expressão “nos últimos anos”. Para as opções de resposta foi adotado o critério de frequência, uma vez que as pessoas variam na sua capacidade em ser funcional em seus contextos de desenvolvimento. Sendo assim, cada item pode ser respondido em uma escala do tipo Likert com as seguintes opções: nunca/não se aplica, raramente, algumas vezes, muitas vezes e sempre.

Tabela 3

*FIS-TDAH – Exemplos de itens por domínio (primeira parte)*

	<b>N NA</b>	<b>R</b>	<b>AV</b>	<b>MV</b>	<b>S</b>
<i>Nos estudos/cursos/treinamentos, com que frequência nos últimos anos: Obtive notas baixas.</i>	0	1	2	3	4
<i>No contexto profissional, com que frequência nos últimos anos: Ocupei cargo abaixo do meu potencial.</i>	0	1	2	3	4
<i>Nos meus relacionamentos afetivos e sexuais, com que frequência nos últimos anos: Pequenos desentendimentos ganharam uma grande proporção.</i>	0	1	2	3	4
<i>Em casa, com que frequência nos últimos anos: Fui chamado de irresponsável.</i>	0	1	2	3	4
<i>Nas minhas relações sociais, com que frequência nos últimos anos: As pessoas se afastaram de mim.</i>	0	1	2	3	4
<i>Em relação ao dinheiro, com que frequência nos últimos anos: Fiquei endividado.</i>	0	1	2	3	4
<i>No que se refere à minha saúde, com que frequência nos últimos anos: Adoecei por falta de prevenção.</i>	0	1	2	3	4
<i>No trânsito, com que frequência nos últimos anos: Coloquei-me em situações de risco.</i>	0	1	2	3	4
<i>Com que frequência nos últimos anos você teve problemas com a justiça por: Agressão física.</i>	0	1	2	3	4

Com a segunda parte da escala, intentou-se investigar a percepção geral que o respondente tem sobre os domínios explorados. Os nove itens que a compõe são apresentados após a seguinte instrução: "De forma geral, quanto de dificuldade você tem para lidar com as seguintes áreas de sua vida...". Para a elaboração das opções de resposta foi adotado o critério de intensidade com o objetivo de dimensionar o grau de

dificuldade experimentado em cada um dos domínios. Foram propostas as seguintes alternativas de resposta: nenhuma, pouca, moderada, bastante.

Tabela 4

*FIS-TDAH (segunda parte)*

<b>De forma geral, quanto de dificuldade você tem para lidar com as seguintes áreas de sua vida:</b>	<b>Nenhuma</b>	<b>Pouca</b>	<b>Moderada</b>	<b>Bastante</b>
Profissional	0	1	2	3
Educacional	0	1	2	3
Afetivo-sexual	0	1	2	3
Doméstica	0	1	2	3
Social	0	1	2	3
Financeira	0	1	2	3
Saúde	0	1	2	3
Trânsito	0	1	2	3
Relação com a justiça	0	1	2	3

### **Análise de Juízes**

A análise da representação se deu por meio do grau de concordância entre os juízes sobre qual componente cada item representava. Tendo em vista a participação de três especialistas, o percentual adotado foi de no mínimo 67% de concordância. Como resultado, os juízes concordaram nesse quesito em 99% dos itens. Entretanto, considerando a concordância entre os juízes sobre a dimensão representada pelo item e a dimensão denominada pelas autoras obteve-se uma concordância de 92%.

Para os quesitos relevância e adequação do item foi estimado o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC). Os resultados dessa análise mostraram que 89% dos itens obtiveram CVC acima de 0,78. Segundo Cassep-Borges, Balbinotti e Teodoro (2010), o

ponto de corte recomendado na literatura nesse tipo de análise é 0,80. Entretanto, esses autores ponderam que, se os juízes selecionados tiverem formações diferentes, pode-se relativizar o ponto de corte. Como resultado final dessa etapa, sete itens foram modificados.

### **Análise Semântica**

A análise qualitativa das entrevistas permitiu verificar que os itens foram compreendidos, em sua maioria, pelos representantes dos dois estratos. Após a análise semântica foram procedidas as seguintes mudanças: as instruções gerais da FIS-TDAH foram aperfeiçoadas assim como a instrução do domínio acadêmico; 15 itens sofreram alguma modificação, seja substituindo algumas palavras que foram consideradas de difícil entendimento por representantes do estrato inferior ou aumentando a sentença para deixar o item mais claro e as opções de resposta 'nunca' e 'não se aplica', que estavam separadas originalmente, foram reunidas em uma única opção: 'nunca/não se aplica'. Além disso, foi excluído um item e acrescentado um novo item.

### **Discussão**

O reconhecimento da presença e importância dos prejuízos no TDAH implica no desenvolvimento e determinação de diferentes fontes para obtenção de informações a respeito e de estratégias de manejo. Em se tratando da avaliação, o teste enquanto um procedimento sistematizado para coleta de dados de forma objetiva constitui em recurso extremamente útil. Barkley et al. (2013) aponta que, apesar dos profissionais identificarem, na prática clínica, as dificuldades vivenciadas pelos adultos com TDAH no funcionamento diário, são poucos os instrumentos que permitem avaliá-las de forma rigorosa e quantitativa.

Dentre as escalas disponíveis, algumas foram construídas para a investigação dos prejuízos de forma geral, ou seja, podem ser utilizadas nos vários transtornos mentais como a *Occupational Functioning Assessment Scale* (APA, 1995), a *Barkley Functional Impairment Scale* (Barkley, 2011) e a *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (APA, 2013) e outras para avaliarem de forma específica os prejuízos no TDAH como a *Adult ADHD Quality of Life Measure [AAQoL]* (Brod, Perwien, Adler & Spencer, 2005) e a *GEDA Impairment Scale* (Fortes et al., 2014).

A AAQoL foi construída como uma medida específica para uso clínico na avaliação do impacto do TDAH nos prejuízos funcionais e na qualidade de vida. A versão atual é composta por 29 itens distribuídos em quatro domínios: Produtividade (11 itens), Saúde Psicológica (6 itens), Perspectivas de Vida (7 itens) e Relacionamentos (5 itens) (Brod, Johnston, Able, & Swindle, 2006). A *GEDA Impairment Scale* avalia os prejuízos associados ao TDAH em duas versões: uma para adulto e outra para criança/adolescente. Ambas apresentam a mesma estrutura geral, consistindo de 12 itens distribuídos da seguinte forma: duas questões para o desempenho acadêmico ou profissional (no caso de adultos), três questões relacionadas à vida familiar e três questões sobre a vida social e três questões sobre autopercepção (Fortes et al., 2014).

Quando um instrumento é lançado, espera-se que ele avance em relação aos precedentes trazendo novas contribuições. A FIS-TDAH apresenta como diferencial a abrangência e a representatividade. Em relação ao primeiro aspecto, são avaliados na primeira e segunda partes nove domínios considerados importantes no cotidiano da vida adulta e impactados no TDAH, possibilitando assim não uma visão parcial, mas sim do funcionamento global da pessoa. Dessa forma, ela proporciona informações para diagnóstico que estabelece a necessidade da presença do prejuízo nos domínios social, acadêmico ou ocupacional bem como para o tratamento que pode ser mais efetivo

quando a abordagem do paciente ocorre de uma forma mais completa. Quanto à representatividade, em cada domínio são explorados no mínimo seis tipos de prejuízos específicos e típicos do quadro. Esse detalhamento traz consigo pelo menos dois benefícios. Primeiro, aumenta a probabilidade de se ter uma percepção mais realista dos prejuízos. Uma escala onde os itens são elaborados de maneira a explorar os prejuízos de forma geral, há maior risco de uma percepção equivocada por parte do respondente. Segundo, são constatados prejuízos específicos do sujeito permitindo assim a elaboração de uma proposta de tratamento que atenda à sua singularidade contribuindo para a melhora na qualidade de vida.

O número e intensidade dos sintomas não determinam por si só a expressão dos prejuízos no TDAH. Segundo Gordon et al. (2006), pessoas podem apresentar o número mínimo de sintomas para o diagnóstico de TDAH sem necessariamente vivenciar prejuízos significativos. Por outro lado, pode-se ter um número reduzido de sintomas e ainda assim experimentar prejuízos consideráveis. Como tratado no modelo, na dinâmica entre sintomas e prejuízos entra em jogo a ação dos fatores moderadores o que resulta numa expressão final complexa e heterogênea. Por isso, ao se elaborar um instrumento de avaliação de prejuízos no TDAH é preciso pensar numa abordagem mais completa, sem se ater a um número extremamente reduzido de itens que não consegue capturar a diversidade dos prejuízos em termos de quantidade, áreas impactadas, tipo e intensidade. Só assim, a avaliação dos prejuízos será útil e condizente com a variabilidade dos prejuízos verificada entre os indivíduos com TDAH.

Outra questão relevante na abordagem do TDAH é considerar a expressão dos sintomas e prejuízos do TDAH em cada fase do ciclo de vida, pois cada uma delas tem aquisições biopsicossociais específicas e atende às demandas próprias estabelecidas pelo contexto cultural. Durante a construção da FIS-TDAH, esteve presente a preocupação em formular itens que retratassem os prejuízos de forma próxima da

realidade e adequada à fase adulta. A entrevista junto a adultos com TDAH, em que foram solicitados exemplos de prejuízos que eles vivenciavam em diversos domínios da vida, permitiu atingir esse objetivo garantindo maior validade ecológica para a escala.

A construção da FIS-TDAH segue um modelo de elaboração de instrumento de medida psicológica baseada em construto que propõe uma sequência sistematizada de procedimentos cuja culminância, quando se pretende o uso do instrumento, é a normatização. Novos estudos devem ser conduzidos a fim de avaliar as suas propriedades psicométricas e possibilitar o estabelecimento de normas. Espera-se que a conclusão do processo de construção da FIS-TDAH possa contribuir para pesquisas em adultos com TDAH e para tomadas de decisões na prática profissional.

### **Conclusão**

Entende-se que a abordagem de um quadro clínico envolve dois processos que se encontram intimamente relacionados: o diagnóstico e o tratamento. Para que a intervenção aconteça de forma adequada e efetiva, faz-se necessário uma avaliação cuidadosa e minuciosa do transtorno em questão. Por isso, considerou-se importante construir uma ferramenta que poderá proporcionar uma maior elucidação das áreas impactadas bem como dos tipos de prejuízos vivenciados de forma singular em cada área, oferecendo, portanto, uma base mais sólida para guiar tanto o diagnóstico quanto o planejamento do tratamento.

### **Referências**

American Psychiatric Association [APA]. (1995). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (4ª edição). (D. Batista, trad). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1994).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Anderson, P. J. (2008). Towards a developmental model of executive functions. In Anderson, V., Jacobs, R. & Anderson, P. J. *Executive Functions and the Frontal Lobes: A Lifespan Perspective* (pp. 23-56). New York: Taylor & Francis Group.

Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.

Barkley, R. A. (2008). Uma teoria para o TDAH. In R. Barkley & cols. *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento* (3 edição). (R.Costa, trad). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2006).

Barkley, R. A. (2011). *Barkley Functional Impairment Scale (BFIS)*. New York, NY: The Guilford Press.

Barkley, R. A. & Brown, T. E. (2008). Unrecognized Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults Presenting with Other Psychiatric Disorders. *CNS Spectrums*, 13(11), 977-984.

Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2011). The nature of executive function (EF) deficits in daily life activities in adults with ADHD and their relationship to performance on EF Tests. *Journal of Psychopathology Behavior Assessment*, 33(2), 137-158.

Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2013). *TDAH em adultos. O que a ciência diz. [ADHD in adults: What the science says]* (L. Riguetto, Trans.). São Paulo, SP: Roca. (Original work published 2008)

Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Aleardi, M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*(4), 524-540.

Brod M, Johnston J, Able S, Swindle R. (2006). Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life scale (AAQoL): a disease-specific quality-of-life measure. *Quality of Life Research, 15*(1), 117-129.

Brod, M., Perwien, A., Adler, L., Spencer, T., & Johnston, J. (2005). Conceptualization and assessment of Quality of Life for adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Primary Psychiatry, 12*(6), 58–64.

Brod, M., Pohlman, B., Lasser, R., & Hodgkins, P. (2012). Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. *Health and Quality of Life Outcomes, 10*(1), 2-17.

Cassep-Borges, V., Balbinotti, M. A. A., & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In L. Pasquali et al. *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 506-520). Porto Alegre, RS: Artmed.

Colom, R. (2006). O que é inteligência? In Flores-Mendoza, C., Colom, R. & cols. Introdução à psicologia das diferenças individuais. (pp. 59-72). Porto Alegre: Artmed.

Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry*, 2(2), 104-113.

Fortes, D., Serra-Pinheiro, M. A., Coutinho, G., Bernardes, C., Regalla, M. A., Srgent, J., & Mattos, P. (2014). Quantitative measurement of impairment in ADHD: Perspectives for research and clinical practice. *Archives of Clinical Psychiatry*, 41(5), 124-130.

Gathje, R. A., Lewandowski, L. J., & Gordon, M. (2008). The role of impairment in the diagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(5), 529-537.

Gordon, M., Antshel, K., Faraone, S., Barkley, R., Lewandowski, L., Hudziak, J. J., Biederman, J. & Cunningham, C. (2006). Symptoms Versus Impairment -The Case for Respecting DSM-IV's Criterion D. *Journal of Attention Disorders*, 9(3), 465-475.

Hallowell, E. M. & Ratey, J. J. (1999). *Tendência à distração: identificação e gerência do distúrbio de déficit de atenção da infância à vida adulta*. (A. Carvalho, trad.). Rio de Janeiro: Rocco. (Obra original publicada em 1994).

Hodgkins, P., Arnold, L. E., Shaw, M., Caci, H., Kahle, J., Woods, A. G., & Young, S. (2012). A systematic review of global publication trends regarding long-term outcomes of ADHD. *Child and Neurodevelopmental in Psychiatry*, 2, 1-18.

Mannuzza, S., Castellanos, F. X., Roizen, E. R., Hutchison, J. A., Lashua, E. C., & Klein, R. G. (2011). Impact of the impairment criterion in the diagnosis of adult ADHD: 33-year follow-up study of boys with ADHD. *Journal of Attention Disorders* 15(2), 122-129.

Mannuzza, S., Klein, R. G., & Moulton, J. L. (2008). Lifetime criminality among boys with ADHD: a prospective followup study into adulthood using official arrest records *Psychiatry Research*, 160(3), 237–246.

Matheson, L., Asherson, P., Wong, I. C. K., Hodgkins, P., Setyawan, J., Sasane, R., & Clifford, S. (2013). Adult ADHD patient experience of impairment, service provision and clinical management in England: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13, 184-196.

O'Connor, B. C., Garner, A. A., Peugh, J. L., Simon, J., & Epstein, J. N. (2015). Improved but still impaired: Symptom-impairment correspondence among youth with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder receiving community-based care. *Journal Developmental Behavioral Pediatrics*, 36(2), 106-114.

Pasquali, L. (2010). Testes referentes a construto: Teoria e modelo de construção. In L. Pasquali et al. *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*] (pp. 165-198). Porto Alegre, RS: Artmed.

Romano, M., & Louzã Neto, M. R. (2011). Comorbidades e diagnóstico diferencial. In M. R. L. Neto et al. *TDAH ao longo da vida* (Reprint, pp. 265-274). Porto Alegre, RS: Artmed.

Sergeant, J. (2000). The cognitive-energetic model: an empirical approach to Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24 (1), 7–12.

Shansis, F., Fleck, M. P. A., Richards, R., Kinney, D., Izquierdo, I., Mattevi, B., Maldonado, G., & Berlim, M. (2003). Desenvolvimento da versão para o português das Escalas de Criatividade ao Longo da Vida (ECLV). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(2), 284-296.

Sonuga-Barke, E. J. S. (2003). The dual pathway model of AD/HD: an elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 27, 593–604.

Young, S. (2005). Coping strategies used by adults with ADHD. *Personality and Individual Differences*, 38, 809-816.

### 4.3 Manuscrito 3

#### EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA FUNCTIONAL IMPAIRMENT SCALE-TDAH

**Resumo:** Prejuízo funcional é um critério exigido para o estabelecimento do diagnóstico em vários transtornos mentais. O presente estudo objetivou examinar a dimensionalidade da Functional Impairment Scale-TDAH. Participaram da pesquisa 1589 adultos com e sem a condição de interesse, de ambos os sexos, com diferentes níveis de escolaridade, residentes em diversas regiões brasileiras, com idade entre 18 e 76 anos. Os dados foram submetidos à análise fatorial confirmatória, com base num modelo hipotético hierárquico e de nove fatores derivados da análise fatorial exploratória. As análises indicaram a adequação dos dois modelos, com índices de qualidade de ajuste muito próximos, fornecendo indícios empíricos da adequação do modelo concebido para a escala. A consistência interna apresentou alto grau de precisão (0,97 conjunto total; 0,78-0,92 por área). A escala se apresenta como um recurso válido para avaliação diagnóstica e planejamento do tratamento.

**Palavras-chave:** TDAH, adultos, perfil de impacto da doença, psicometria, escalas, análise fatorial confirmatória

## Introdução

Prejuízo funcional é um critério exigido para o estabelecimento do diagnóstico de vários transtornos mentais e pode ser entendido como o grau de dificuldade vivenciado pela pessoa na interação com os seus contextos de desenvolvimento e suas consequências adversas (Barkley, 2011). Em se tratando do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), tem se dado pouca ênfase para a avaliação desse tópico tanto no âmbito clínico quanto nas pesquisas. Nos últimos anos, estudiosos vem discutindo sobre a relevância da investigação dos prejuízos em várias circunstâncias como nas decisões sobre o processo de diagnóstico, critérios de inclusão dos participantes em pesquisa, estimativas de prevalência, avaliação dos efeitos do tratamento e prestação de serviços (Faraone et al., 2013; Gathje, Lewandowski & Gordon, 2008; Gordon et al., 2006; Mannuza et al., 2011; O'Connor et al., 2015).

O efeito da inclusão do prejuízo em estudos epidemiológicos é bastante significativo. Faraone et al. (2003) fizeram uma revisão de 50 artigos a fim de investigar a prevalência mundial do TDAH. Segundo os autores, os fatores que afetam a prevalência incluem características da população da amostra, métodos de diagnóstico e o rigor com que os critérios de diagnóstico são aplicados. Atendo-se apenas ao último aspecto, verificou-se que muitos pesquisadores não utilizaram a exigência de comprometimento funcional em seus estudos o que interferiu bastante no resultado. Quando esse critério foi considerado em determinados estudos a taxa de 16,1% (somente sintomas) caiu para 6,8% (sintomas e prejuízos); de 7,5% caiu para 6,8% e de 15,8% para 0,2%, levando à conclusão de que a prevalência é superestimada quando baseada apenas em sintomas.

Considerar ou não os prejuízos tem sérias implicações não só em estudos epidemiológicos, mas também na tomada de decisão clínica. Gathje et al. (2008)

avaliaram a identificação do TDAH quando se adiciona o critério de prejuízo ao de sintomas em uma amostra de 314 crianças/adolescentes encaminhados para um centro clínico de diagnóstico de TDAH. Adotando uma única medida dos sintomas (SNAP-IV), 81% da amostra foi classificada como tendo TDAH. Utilizando-se duas medidas (SNAP-IV e Child Behavior Checklist – CBCL) o valor caiu para 60%. Quando se adicionou a avaliação dos prejuízos (Global Impairment Index – uma combinação de seis medidas) a taxa mudou de 60% para apenas 19%.

Entender sintomas e prejuízos como construtos independentes também nos faz refletir sobre a necessidade de intervenções diferenciadas para se alcançar sucesso no tratamento do TDAH. O'Connor et al. (2015) em contexto de atenção primária de crianças e adolescentes, examinaram se no decorrer do desenvolvimento mudanças na trajetória dos sintomas implicariam em alterações na trajetória dos prejuízos. A intervenção recebida pelos participantes foi baseada em medicamentos cujo alvo são os sintomas. Os resultados mostraram que ocorria inicialmente uma melhora nos sintomas, seguida de uma estabilização e então uma leve queda. No entanto, de forma geral, os prejuízos se mantiveram estáveis. Foram observadas duas exceções: houve uma associação entre a melhora nos sintomas de desatenção e a melhora na avaliação dos prejuízos na escrita, assim como, melhora em sintomas de hiperatividade/impulsividade e melhora no relacionamento com os pares. Os autores concluíram que a diminuição nos sintomas de TDAH não foi associada com a diminuição dos prejuízos na maioria das áreas avaliadas.

Diante do exposto, implementar o exame dos prejuízos nos contextos clínico e de pesquisa se impõe. Para tal, é importante lançar mão de várias fontes, dentre elas, o uso de instrumentos padronizados. Algumas escalas já foram construídas para a investigação dos prejuízos de forma geral, ou seja, podem ser utilizadas nos vários transtornos mentais; e de forma específica para o transtorno, no caso, o TDAH. Dentre

essas, a *Barkley Functional Impairment Scale* (Barkley, 2011), a *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (APA, 2013), a *Adult ADHD Quality of Life Measure* (Brod, Johnston, Able & Swindle, 2006) e a *GEDA Impairment Scale* (Fortes et al., 2014).

Com o intuito de melhor caracterizar os prejuízos típicos do TDAH e considerando a escassez desse tipo de recurso no Brasil, foi desenvolvida uma escala original de autorrelato para investigar os prejuízos associados ao quadro de TDAH em várias áreas da vida adulta, intitulada *Functional Impairment Scale (FIS-TDAH)*. Ela avalia nove domínios: acadêmico, profissional, afetivo-sexual, doméstico, social, financeiro, saúde, trânsito e relação com a justiça. A FIS-TDAH é estruturada em duas partes. A primeira investiga cada um dos domínios listados, sendo composta por 67 itens. A segunda parte avalia a percepção geral que o respondente tem sobre os cada um dos domínios explorados, sendo composta por nove itens.

O presente estudo foi realizado com o objetivo de examinar a dimensionalidade da FIS-TDAH. Essa avaliação da estrutura interna constitui um levantamento de evidência de validade de construto que tem implicações diretas na determinação de quais escores poderão ser gerados a partir da aplicação da escala e como poderão ser interpretados do ponto de vista dos prejuízos.

## **Método**

### **Participantes**

A amostra foi de conveniência, sendo composta por 1.597 adultos residentes em diversas regiões do Brasil. A idade média foi de 32,88 anos (10,36), encontrando-se o indivíduo mais velho com a idade de 76 anos. Na Tabela 1 podem ser observadas mais

detalhatamente as demais características da amostra. Foram excluídos três participantes que possuíam o diagnóstico de esquizofrenia.

Tabela 1

*Caracterização da amostra*

Variável	Categoria	N	%	Ausentes (n)
Sexo	Masculino	506	31,7	
	Feminino	1089	68,2	2
Ensino	Fundamental	48	3,0	
	Médio	271	16,9	2
	Superior	924	57,9	
Estado civil	Pós-graduação	352	22,0	
	Solteiro	810	50,7	
	Casado	624	39,1	
	Divorciado / separado	130	8,1	9
	Viúvo	24	1,5	

**Instrumentos**

Foi utilizado o questionário de saúde e social no qual foram solicitadas informações em relação ao sexo, idade, estado civil, qualificação acadêmica, ocupação profissional, diagnóstico de algum transtorno mental e/ou doença crônica, quando fosse o caso, a fase em que foi diagnosticado com TDAH, uso regular de medicamento, acometimento de trauma cerebral, acompanhamento psiquiátrico e psicológico.

A *Adult Self-Report Scale* - versão 1.1 (ASRS 1.1). A ASRS 1.1 é uma escala de autorrelato, composta por 18 itens que exploram os sintomas do TDAH, porém adaptados para a vida adulta. São apresentadas cinco opções de respostas baseadas no critério de frequência a saber, nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente e muito frequentemente. No Brasil, o estudo de adaptação transcultural para o português da ASRS 1.1 foi realizado por Mattos et al. (2006) obtendo uma equivalência satisfatória entre as duas versões.

Terminada essa etapa inicial, forneceram-se as instruções quanto ao preenchimento da FIS-TDAH que avalia os prejuízos em adultos com TDAH nos domínios acadêmico, profissional, afetivo-sexual, doméstico, social, financeiro, saúde, trânsito e relação com a justiça. A escala é estruturada em duas partes. A primeira explora de forma mais específica dificuldades que adultos com TDAH costumam vivenciar em vários domínios do seu funcionamento, sendo composta por 67 itens. Cada item pode ser respondido numa escala do tipo likert (nunca/não se aplica, raramente, algumas vezes, muitas vezes e sempre). A segunda parte investiga a percepção geral que o respondente tem sobre os nove domínios explorados, sendo composta por nove itens. A escala foi organizada nesse formato para que o testando tivesse a oportunidade de se familiarizar com os prejuízos típicos de cada área avaliada e dessa forma, ter uma referência, além da pessoal, para avaliar num segundo momento o quanto cada área é impactada de forma global. Para a elaboração das opções de resposta foi adotado o critério de intensidade com o objetivo de dimensionar o grau de dificuldade experimentado em cada um dos domínios. Foram propostas as seguintes alternativas de resposta: nenhuma, pouca, moderada, bastante.

A *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview* (MINI 5.0.0/versão brasileira) é uma entrevista diagnóstica breve padronizada utilizada em contextos clínicos e de pesquisa em atenção primária e em psiquiatria. O instrumento é estruturado em 19 módulos diagnósticos independentes que exploram 17 transtornos do eixo I do DSM-IV, o risco de suicídio e o transtorno da personalidade antissocial (Amorim, 2000). Esse instrumento foi utilizado com o objetivo de rastrear possíveis comorbidades tendo sido aplicado no grupo clínico com diagnóstico de TDAH.

## **Procedimentos**

### ***Coleta de dados***

Os participantes foram recrutados por meio de convite individual, convite realizado nas redes sociais da Associação Brasileira do Déficit de Atenção e de encaminhamento por médicos especialistas na área mediante solicitação da equipe. A coleta de dados foi realizada, entre os anos de 2014 e 2015, individualmente por meio *online* ou presencial bem como coletivamente de forma presencial. Em todos os casos, inicialmente, os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo da pesquisa, o sigilo das respostas e o caráter voluntário da participação. Após as informações, o consentimento foi obtido seja por assinatura manual ou eletrônica.

### ***Análise de dados***

Após a organização e limpeza dos dados, o banco foi subdividido aleatoriamente para condução das análises fatoriais exploratórias (AFE) e confirmatórias (AFC). Com o primeiro banco (n = 830) foram conduzidas AFE para a exploração da estrutura interna da primeira parte da FIS-TDAH. Investigou-se qual a melhor solução fatorial entre um e nove fatores. Para essa análise adotou-se o estimador GEOMIN com rotação oblíqua.

Após a decisão do melhor modelo alcançado com a AFE, foram realizadas AFC com o intuito de comparar o modelo de primeira ordem com o de segunda ordem, utilizando-se para tal o segundo banco de dados (n = 767). A segunda parte da EP-TDAH foi submetida exclusivamente a AFC. O estimador utilizado para essa análise foi o MLR (*Robust Maximum Likelihood*). Os índices de ajuste considerados foram:  $\chi^2 / gl$ , *Comparative Fit Index* (CFI), *Tucker-Lewis Index* (TLI), *Standardized Root Mean Square Residual* (SRSM) e *Root-Mean-Square Error of Approximation* (RMSEA). Para interpretação dos índices adotou-se como referência que CFI e TLI com valores acima de 0,95 indicam ajuste excelente e entre 0,90 e 0,95 aceitável (Hu & Bentler, 1998; Morin, Arens, & Marsh, 2014); enquanto para SRMR e RMSEA valores menores que

0,05 indicam um bom ajuste e entre 0,06 e 0,08 ajuste razoável (Marsh, Hau, Balla, & Grayson, 1998).

As análises fatoriais exploratórias e confirmatórias foram realizadas no programa Mplus 7.0. A precisão foi calculada no SPSS (versão 21) por meio do coeficiente Alfa de Cronbach.

### **Considerações Éticas**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (processo nº 02011712.0.0000.5149). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### **Resultados**

Com base nos índices apresentados na Tabela 2 concluiu-se que o modelo de nove fatores foi o que apresentou excelentes níveis de ajuste. A inspeção das cargas fatoriais em cada fator permitiu visualizar que a maioria dos itens representam fortemente e especificamente cada fator. Apenas quatro itens apresentaram carga fatorial cruzada em dois fatores ou cargas fatoriais fracas e não significativas no fator alvo (SOC2 "Me sinto inseguro", SAU7 "Tive problemas com álcool, cigarros e/ou drogas", JUS6 "Tive meu nome incluído em algum cadastro (SERASA, SPC) em função de dívidas" e JUS5 "Recebi a ameaça de uma denúncia legal pela forma como abordei sexualmente uma outra pessoa").

Tabela 2

*Análise fatorial exploratória*

Ajuste do modelo						
Modelo	$\chi^2$ (gl)	<i>P</i>	SRMR	TLI	CFI	RMSEA (IC90)
Unifatorial	17544.235 (2144)	<0,001	0,121	0,767	0,774	0,093 (0,092-0,094)
9 fatores	3220.331 (1644)	<0,001	0,034	0,969	0,977	0,034 (0,032-0,036)

*Análise fatorial confirmatória*

As AFC realizadas auxiliaram na tomada de decisão sobre os quatro itens que apresentaram algum tipo de problema na AFE (SOC2, SAU7, JUS5 e JUS6). Com base na inspeção dos índices de ajuste, das cargas fatoriais e as variâncias residuais, decidiu-se pela manutenção dos dois itens da área de saúde nessa área, pela exclusão do item JUS5 e pela realocação do item JUS6 na área financeira.

Após tais decisões, os dois modelos, nove fatores de primeira ordem e o de segunda ordem, incluindo-se o fator geral foram testados. Os valores dos índices de ajuste dos dois modelos (Tabela 3) foram muito próximos. A Figura 1 apresenta o modelo final da FIS-TDAH.

Tabela 3

*Comparação de diferentes modelos fatoriais da FIS-TDAH*

Ajuste do modelo					
Modelo	$\chi^2$ (gl)	<i>P</i>	TLI	CFI	RMSEA (IC90)
9 fatores	6170.117 (2043)	<0,001	0,935	0,938	0,051 (0,050-0,053)
2ª ordem	6321.631 (2070)	<0,001	0,934	0,936	0,052 (0,050-0,053)

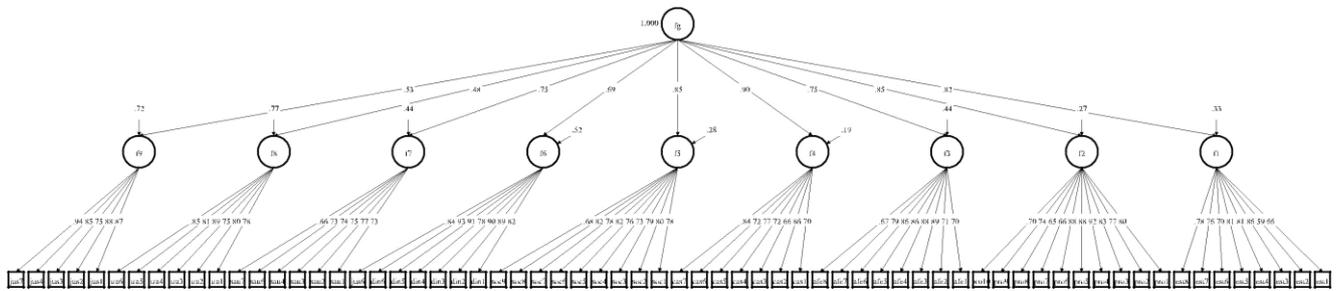


Figura 1 Modelo final da FIS-TDAH

A estrutura interna da segunda parte da FIS-TDAH, composta por nove itens também foi analisada em caráter confirmatório. Os valores dos índices de ajuste foram satisfatórios ( $\chi^2 / gl = 233.815/26$ ; TLI = 0,965; CFI = 0,974; RMSEA = 0,071; IC90 = 0,063-0,079).

Estabelecidas tais evidências de validade de construto, os índices de precisão foram estimados. O coeficiente de precisão para o conjunto total de itens foi igual a 0,97. Para cada uma das áreas os coeficientes variaram entre 0,78 (saúde) e 0,92 (financeira). A segunda parte da escala obteve valor de 0,83.

## Discussão

Conforme apresentado, o objetivo desse estudo foi examinar a dimensionalidade da FIS-TDAH através da AFE e da AFC. Os resultados indicaram o modelo de nove fatores como o de melhor adequação com cargas fatoriais satisfatórias.

Sobre os itens que apresentaram algum problema na AFE: embora possa haver alguma pertinência em o item SOC2 estar associado com a área da saúde quando se cogita que a frequência e a intensidade da sensação de insegurança possa ser um

indicador de comprometimento da saúde emocional, todos os itens da área da saúde contemplam a saúde física. Deste modo a decisão foi por mantê-lo no fator alvo, ou seja, área social. O item SAU7 aborda comportamento de uso de substância química que pode acarretar tanto em problemas de saúde quanto com a justiça. Pode ter aqui ocorrido um viés metodológico comum em AFE quando itens com palavras semelhantes tendem a se agrupar em um mesmo fator (Morin, Arens, & Marsh, 2014). A decisão foi por mantê-lo no fator alvo, pois embora a carga fatorial tenha sido baixa, constitui um comportamento associado a prejuízo em estudos internacionais. Talvez tenha havido pouca aderência ao item por desejabilidade social ou a amostra alcançada não manifeste de fato tal comportamento. O item JUS6 foi realocado no fator financeiro, pois parece ter prevalecido o aspecto financeiro e não problemas com a justiça. Finalmente, o item JUS5 foi mantido deixando a decisão a ser tomada com base nos resultados da AFC. Tais decisões foram acertadas tendo em vista que os resultados da AFC apontaram em favor da manutenção dos itens SOC2 e SAU7, da realocação do item JUS6 e da exclusão do item JUS5.

Após esses pequenos ajustes em relação aos itens, foram testados dois modelos por meio da AFC. O primeiro resultante da AFE que indicou a presença de 9 fatores e o segundo de acordo com o modelo proposto para a escala de uma concepção hierárquica contemplando os domínios específicos no primeiro nível e o fator geral no segundo nível. Os valores dos índices de ajuste dos dois modelos foram muito próximos atendendo plenamente as exigências desse tipo de análise. Desse modo, a comprovação apresentada, por meio dos índices de ajuste, forneceu indícios empíricos da adequação do modelo concebido para a escala. Tal solução fatorial justifica tanto a geração de um escore global quanto de escores por áreas. Em relação à consistência interna identificou-se graus de precisão satisfatórios.

Apoiando-se nas análises dos dados levantados neste estudo, verifica-se que a FIS-TDAH apresenta propriedades psicométricas satisfatórias. A versão final ficou composta por 75 itens no total, sendo 66 deles pertencentes à primeira parte da escala. Os itens foram distribuídos da seguinte maneira por área: acadêmica (8), profissional (10), afetivo-sexual (8), doméstica (7), social (9), financeira (7), saúde (6), trânsito (6) e justiça (5). Esse novo instrumento pode ser utilizado por pesquisadores e clínicos interessados em tornar os seus estudos e tomadas de decisões mais acurados e pertinentes.

### **Considerações Finais**

Em se tratando da FIS-TDAH, a sua construção foi baseada num modelo de elaboração de instrumento de medida psicológica baseada em construto (Pasquali, 2010) que propõe uma sequência sistematizada de procedimentos. Dessa forma, adotou-se um padrão rigoroso visando obter um instrumento de qualidade. O desenvolvimento dos itens que a compõe levou em consideração três fontes: a experiência clínica, a literatura/especialista e, principalmente, o relato de adultos com TDAH. Tal procedimento, possibilitou itens representativos do transtorno e próximos da realidade da população alvo. A maneira como a FIS-TDAH foi estruturada se apresenta como um diferencial em relação às outras escalas. Geralmente, os prejuízos são investigados de forma geral. A FIS-TDAH avança acrescentando uma avaliação específica por área. Cada uma delas é constituída, no mínimo, por cinco itens que retratam os prejuízos experienciados. Foram selecionadas nove áreas consideradas relevantes no quadro do TDAH e na vida adulta. Essa diversidade tende a capturar de maneira mais refinada o funcionamento da pessoa proporcionando uma caracterização mais ampla e rica. Tais aspectos, contribuem para a força do instrumento.

Algumas limitações desse estudo devem ser consideradas. A primeira envolve o formato da amostra, não probabilística por conveniência, o que restringe o poder de generalização dos dados. Outra limitação é a predominância do sexo feminino na amostra, o que pode gerar um viés na caracterização dos prejuízos. No entanto, quando se realizou a comparação dos resultados por sexo não foram encontradas diferenças significativas.

Quando um novo instrumento é apresentado à comunidade científica, ele não se encontra definitivamente pronto. São apresentadas evidências iniciais de validade e precisão. Portanto, novos estudos devem ser conduzidos com o intuito de produzir uma variedade de provas empíricas que irão corroborar, ampliar ou descartar o seu uso. Nesse sentido, direções futuras implicam no desenvolvimento da versão heterorrelato da FIS-TDAH uma vez que a informação de colaterais é importante no processo de avaliação; estudos envolvendo a comparação com outros instrumentos para levantar evidências de validade convergente e discriminante a fim de robustecer o uso da escala e a ampliação da amostra do grupo clínico com comprovação clínica para fortalecer a sua validade de critério.

Em suma, um diagnóstico preciso é o primeiro passo para a eficácia do tratamento e conseqüentemente, uma melhora no bem estar do paciente. Primich e Jennaco (2012) pontuam que o diagnóstico do TDAH em adultos é complexo, uma vez que existe uma elevada presença de comorbidades e de sintomas comuns com outros transtornos o que tende a levar a erros de diagnósticos e subsequente tratamento. Portanto, eles destacam a importância de se aprimorar a investigação da expressão dos sintomas e dos prejuízos a fim de garantir uma abordagem clínica mais acurada. A FIS-TDAH se apresenta como um recurso útil a ser empregado na avaliação diagnóstica bem como no planejamento do tratamento ao proporcionar informações sobre o

funcionamento de uma maneira geral, quais áreas se encontram impactadas e que tipo de prejuízos são vivenciados.

### Referências

Amorim, P. (2000). Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (3), 106-115.

Barkley, R. A. (2011). *Barkley Functional Impairment Scale (BFIS)*. New York, The Guilford Press.

Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2013). *TDAH em adultos. O que a ciência diz*. (L. Riguetto, Trans.). São Paulo: Roca. (Obra original publicada, 2008).

Brod M, Johnston J, Able S, Swindle R. (2006). Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life scale (AAQoL): a disease-specific quality-of-life measure. *Quality of Life Research*, 15(1), 117-129.

Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry*, 2(2), 104-113.

Fortes, D., Serra-Pinheiro, M. A., Coutinho, G., Bernardes, C., Regalla, M. A., Srgent, J. & Mattos, P. (2014). Quantitative measurement of impairment in ADHD: perspectives for research and clinical practice. *Archives of Clinical Psychiatry*, 41(5), 124-130.

Gathje, R. A., Lewandowski, L. J., & Gordon, M. (2008). The role of impairment in the diagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders, 11*(5), 529-537.

Gordon, M., Antshel, K., Faraone, S., Barkley, R., Lewandowski, L., Hudziak, J. J., Biederman, J. & Cunningham, C. (2006). Symptoms Versus Impairment -The Case for Respecting DSM-IV's Criterion D. *Journal of Attention Disorders, 9*(3), 465-475.

Hu, L.T., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods, 3*(4), 424-453.

Mannuzza, S., Castellanos, F. X., Roizen, E. R., Hutchison, J. A., Lashua, E. C. & Klein, R. G. (2011). Impact of the impairment criterion in the diagnosis of adult ADHD: 33-year follow-up study of boys with ADHD. *Journal of Attention Disorders 15*(2), 122-129.

Marsh, H. W., Hau, K.-T., Balla, J. R., & Grayson, D. (1998). Is more ever too much? The number of indicators per factor in confirmatory factor analysis. *Multivariate Behavioral Research, 33*, 181–220.

Mattos, P., Segenreich, D., Saboya, E., Louzã, M., Dias, G., & Romano, M. (2006). Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em adultos. *Revista de Psiquiatria Clínica, 33*(4), 188-194.

Morin, A. J. S., Arens, A. K., & Marsh, H. W. (Accepted, 22 August 2014). A Bifactor Exploratory Structural Equation Modeling Framework for the Identification of Distinct Sources of Construct-Relevant Psychometric Multidimensionality. *Structural Equation Modeling*.

O'Connor, B. C., Garner, A. A., Peugh, J. L., Simon, J., & Epstein, J. N. (2015). Improved but still impaired: symptom-impairment correspondence among youth with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder receiving community-based care. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 36(2), 106–114.

Pasquali, L. (2010). Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In L. Pasquali & cols. *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas* (pp. 165-198). Porto Alegre: Artmed.

Primich, C. & Jennaco, J. (2012). Diagnosing adult attention-deficit hyperactivity disorder: the importance of establishing daily life context for symptoms and impairments. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 362-373.

#### 4.4 Manuscrito 4

### PREJUÍZOS FUNCIONAIS EM MÚLTIPLOS DOMÍNIOS DA VIDA EM ADULTOS COM E SEM TDAH NA FUNCTIONAL IMPAIRMENT SCALE-TDAH

#### **Resumo**

Prejuízos funcionais se apresentam como um construto independente e imprescindível na compreensão do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. O presente estudo objetivou, através da Functional Impairment Scale-TDAH, investigar os prejuízos em adultos com e sem o diagnóstico em questão. Participaram da pesquisa 1589 adultos com e sem a condição de interesse, de ambos os sexos, com diferentes níveis de escolaridade, residentes em diversas regiões brasileiras, com idade entre 18 e 76 anos. A comparação entre os grupos foi estabelecida por meio do Test t e Anova. Houve diferença significativa entre as médias dos grupos em todas as áreas e partes da escala (1ª parte, 16,40 vs. 7,26; 2ª parte, 15,30 vs. 7,27). Os resultados indicam que adultos com a condição de interesse vivenciam prejuízos significativos em diversas áreas importantes da vida. A Functional Impairment Scale-TDAH parece ser uma medida válida e pode ser utilizada em contextos de clínica e pesquisa.

**Palavras-chave:** TDAH, adultos, perfil de impacto da doença

## Introdução

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento que apresenta como característica fundamental um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade que impacta o funcionamento ou desenvolvimento (American Psychiatric Association, 2013). Por trás dessa definição aparentemente simples, encontra-se um quadro extremamente complexo no qual uma significativa variabilidade tanto na sua apresentação clínica quanto em seu curso desenvolvimental é observada. As diferenças ocorrem em termos de qualidade, quantidade e severidade dos sintomas bem como dos prejuízos vivenciados, os quais podem sofrer modificações ao longo do tempo, amenizando ou piorando o desfecho.

A prevalência mundial do TDAH na fase adulta de acordo com a APA (2013) é estimada em 2,5%. O reconhecimento da presença do TDAH nessa fase do desenvolvimento levantou questões importantes, dentre elas, o seu impacto ao longo da vida (Hodgkins et al., 2012). Prejuízos funcionais, recentemente, vêm conquistando no meio científico o status de construto independente e imprescindível na compreensão do TDAH. Estudiosos vêm discutindo sobre a relevância da sua investigação em várias circunstâncias, como nas decisões sobre o processo de diagnóstico, critérios de inclusão dos participantes em pesquisa, estimativas de prevalência, avaliação dos efeitos do tratamento e prestação de serviços (Gordon et al., 2006; Mannuza et al., 2011). Na tomada de decisão clínica, quando a avaliação dos prejuízos é negligenciada, há maior probabilidade de se diagnosticar falsos positivos (Gathje, Lewandowski, & Gordon, 2008). A prevalência do TDAH tende a ser superestimada quando somente os sintomas são considerados (Faraone, Sergeant, Gillberg, & Biederman, 2003). Nem sempre a melhora nos sintomas implica na melhora dos prejuízos (O'Connor, Garner, Peugh, Simon, & Epstein, 2015). Tais resultados contribuem para o avanço na área, pois os

sintomas começam a dividir o seu espaço com os prejuízos no palco das pesquisas científicas e este último sai do papel secundário para assumir o seu devido lugar na abordagem do TDAH.

Hodgkins et al. (2012) por meio de uma revisão sistemática avaliaram os efeitos mais comuns do TDAH a longo prazo. Os prejuízos encontrados foram categorizados em nove grupos: acadêmico, comportamento antissocial, direção, comportamento aditivo/uso de droga não medicinal, obesidade, ocupação, uso de serviço público, autoestima e função social. Avaliando-os por regiões mundiais, a consequência adversa mais considerada nos estudos da Europa foi o comportamento antissocial (28%), na América do Norte foi comportamento aditivo/uso de drogas (27%), Ásia Oriental foram a autoestima (21%), comportamento aditivo/uso de drogas não medicinal (21%) e o comportamento antissocial (21%) e todas as demais regiões juntas foram o acadêmico. Os autores também verificaram que o número de estudos envolvendo adolescentes e adultos cresceram ao longo do tempo, enquanto os de criança permaneceram relativamente estáveis. Eles consideram que tal fato se deve ao impacto do TDAH no trabalho, na vida diária, na vida familiar e nos relacionamentos. De acordo com os autores, nas últimas três décadas constata-se um aumento de estudos sobre esse tema em todas as regiões geográficas, com o pico de 42 publicações em 2008.

Abordando os prejuízos de uma forma mais específica, verifica-se que os adultos com TDAH estão sujeitos, dentre outros, a maior probabilidade de atingirem níveis educacionais inferiores, de serem demitidos, de vivenciarem conflitos sociais e rompimentos de amizade, de descontentamento conjugal, de disfunção familiar, de se envolverem em um maior número de acidentes de trânsito, de se endividarem, de sofrerem ferimentos e hospitalizações, de se engajarem em atividades antissociais como furtos em lojas, roubos, invasão de propriedades, agressão física, porte ilegal de armas e porte e/ou venda de drogas ilegais e sofrerem suas consequências legais Barkley,

Murphy, & Fischer, 2013; Biederman et al., 2006; Brod et al., 2012; Mannuzza, Klein, & Moulton, 2008; Matheson et al., 2013).

O reconhecimento da presença e importância dos prejuízos no TDAH implica no desenvolvimento e determinação de diferentes fontes para obtenção de informações a respeito e de estratégias de manejo. Em se tratando da avaliação, o teste enquanto um procedimento sistematizado para coleta de dados de forma objetiva constitui em recurso extremamente útil.

Escalas foram construídas para a investigação dos prejuízos de forma geral, ou seja, podem ser utilizadas nos vários transtornos mentais (*Occupational Functioning Assessment Scale* (APA, 1995), a *Barkley Functional Impairment Scale* (Barkley, 2011), a *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (APA, 2013)) e de forma específica para o TDAH (*Adult ADHD Quality of Life Measure [AAQoL]* (Brod, Perwien, Adler & Spencer, 2005), a *GEDA Impairment Scale* (Fortes et al., 2014) e a *Functional Impairment Scale- TDAH (FIS-TDAH)*).

A AAQoL foi construída como uma medida específica para uso clínico na avaliação do impacto do TDAH nos prejuízos funcionais e na qualidade de vida. A versão atual é composta por 29 itens distribuídos em quatro domínios: Produtividade (11 itens), Saúde Psicológica (6 itens), Perspectivas de Vida (7 itens) e Relacionamentos (5 itens) (Broad, Johnston, Able, & Swindle, 2006). No seu estudo de validação, a amostra composta por participantes previamente diagnosticados com o TDAH (n=352) e com o screener positivo de sintomas através da ASRS (n=637) apresentaram diferenças estatisticamente significativa no escore médio de algumas áreas como saúde psicológica (56,7 vs. 52,4) e perspectiva de vida (62,2 vs. 59,8). Não houve diferenças significativas no escore total (61,0 vs. 59,4), produtividade (61,7 vs. 62,0) e relacionamentos (62,8 vs. 61,4). Estudos demonstram a responsividade às mudanças da AAQoL, ou seja, ela se mostrou capaz de capturar as mudanças na condição do paciente

sobre o tempo, um dado importante em estudos sobre o efeito do tratamento (Mattos, Louzã, Palmini, Oliveira, & Rocha, 2013; Matza, Johnston, Faries, Malley, & Brod, 2007).

A *GEDA Impairment Scale* avalia os prejuízos associados ao TDAH em duas versões: uma para adulto e outra para criança/adolescente. Ambas apresentam a mesma estrutura geral, consistindo de 12 itens distribuídos da seguinte forma: duas questões para o desempenho acadêmico ou profissional (no caso de adultos), três questões relacionadas à vida familiar e três questões sobre a vida social e três questões sobre auto-percepção (Fortes et al., 2014).

A FIS-TDAH avalia os prejuízos em adultos com TDAH nos domínios acadêmico, profissional, afetivo-sexual, doméstico, social, financeiro, saúde, trânsito e relação com a justiça. A escala é estruturada em duas partes. A primeira explora de forma específica dificuldades que adultos com TDAH costumam vivenciar em vários domínios do seu funcionamento, sendo composta por 66 itens. Na segunda parte, investiga-se a percepção geral que o respondente tem sobre os nove domínios explorados, sendo composta por nove itens.

Considerando as escalas supracitadas, verifica-se que mesmo pretendendo medir um construto “idêntico”, elas se diferenciam em termos de delimitação dos aspectos que se pretende avaliar (abrangência); da estrutura interna e das informações geradas pela interpretação dos resultados. Nesse sentido, elas podem se sobrepor em alguns aspectos, distinguirem-se em outros e ainda se complementarem. No campo da testagem, as diversidades bem como a qualidade são almejadas. Tendo em mente a importância do critério prejuízo para o estabelecimento do diagnóstico e manejo do quadro, o presente estudo objetivou por meio da FIS-TDAH investigar os prejuízos em adultos com e sem o diagnóstico de TDAH.

## Método

### Participantes

Os participantes foram distribuídos em 4 grupos conforme a presença de sintomas/diagnóstico do TDAH. O grupo controle (1) foi formado por pessoas da comunidade que nunca receberam o diagnóstico de TDAH e na *Adult Self-Report Scale* - versão 1.1 (ASRS 1.1) não positivaram em nenhuma das dimensões (desatenção e hiperatividade/impulsividade) o número mínimo de sintomas requeridos para o diagnóstico. O grupo sintomático (2), mas sem diagnóstico foi composto por adultos da comunidade que não receberam o diagnóstico de TDAH e positivaram no mínimo 4 sintomas em uma ou nas duas dimensões da ASRS 1.1. O grupo clínico da comunidade (3) foi constituído por adultos da comunidade que declararam ter recebido o diagnóstico de TDAH de um profissional da área da saúde. O grupo clínico comprovado (4) por adultos que tiveram o diagnóstico de TDAH estabelecido por um médico e uma psicóloga com experiência na área através de anamnese, entrevistas clínicas e escalas. Todos os grupos foram constituídos por adultos residentes em diversas regiões do Brasil, com exceção do grupo 4, em que 97% dos participantes moram em Minas Gerais. O grupo 3 foi composto por participantes de 25 estados brasileiros. Seguindo o critério adotado pelo Barkley (2011) no desenvolvimento da BFIS, não foram excluídos do grupo controle indivíduos com outros transtornos psiquiátricos (exceto esquizofrenia, n=3), uso de psicofármacos, transtornos neurológicos ou outras condições clínicas. A criação de um grupo de comparação “supernormal” poderia minimizar os níveis de prejuízos e não representar a população geral. Na Tabela 1 pode ser observada mais detalhadamente a caracterização da amostra.

Tabela 1

*Características demográficas da amostra*

	Controle (n =380 )	Sintomático sem diagnóstico (n =297 )	TDAH declarado (n =879 )	TDAH comprovado (n =33 )
Sexo (%)				
Masculino	34,29	30,54	29,35	24,24
Feminino	65,40	69,54	70,65	75,76
Idade (média, DP)	31,15 (12,04)	31,91 (10,72)	34,00 (9,41)	32,88 (13,37)
Escolaridade (%)				
Fund. completo	6,22	3,37	1,59	---
Médio incompleto	3,63	6,40	1,59	---
Médio completo	17,62	18,52	11,15	9,09
Superior incompleto	42,49	36,03	33,11	18,18
Superior completo	18,39	19,19	24,91	27,27
Pós-graduação	11,66	16,50	27,65	45,45
Estado Civil (%)				
Solteiro	61,82	53,20	45,01	66,67
Casado	31,43	37,71	43,63	27,27
Divorciado	4,94	6,06	10,45	6,06
Viúvo	1,82	3,03	0,92	---

**Instrumentos**

Foi utilizado o questionário de saúde e social no qual foram solicitadas informações em relação ao sexo, idade, estado civil, qualificação acadêmica, ocupação profissional, diagnóstico de algum transtorno mental e/ou doença crônica, quando fosse o caso, a fase em que foi diagnosticado com TDAH, uso regular de medicamento, acometimento de trauma cerebral, acompanhamento psiquiátrico e psicológico.

A *Adult Self-Report Scale* - versão 1.1 (ASRS 1.1). A ASRS 1.1 é uma escala de autorrelato, composta por 18 itens que exploram os sintomas do TDAH, porém adaptados para a vida adulta. São apresentadas cinco opções de respostas baseadas no critério de frequência a saber, nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente e muito frequentemente. No Brasil, o estudo de adaptação transcultural para o português da ASRS 1.1 foi realizado por Mattos et al. (2006) obtendo uma equivalência satisfatória entre as duas versões.

Terminada essa etapa inicial, forneceram-se as instruções quanto ao preenchimento da A FIS-TDAH que avalia os prejuízos em adultos com TDAH nos domínios acadêmico, profissional, afetivo-sexual, doméstico, social, financeiro, saúde, trânsito e relação com a justiça. A escala é estruturada em duas partes. A primeira explora de forma mais específica dificuldades que adultos com TDAH costumam vivenciar em vários domínios do seu funcionamento, sendo composta por 68 itens. Cada item pode ser respondido numa escala do tipo likert (nunca/não se aplica, raramente, algumas vezes, muitas vezes e sempre). A segunda parte investiga a percepção geral que o respondente tem sobre os nove domínios explorados, sendo composta por nove itens. A escala foi organizada nesse formato para que o testando tivesse a oportunidade de se familiarizar com os prejuízos típicos de cada área avaliada e dessa forma, ter uma referência, além da pessoal, para avaliar num segundo momento o quanto cada área é impactada de forma global. Para a elaboração das opções de resposta foi adotado o critério de intensidade com o objetivo de dimensionar o grau de dificuldade experimentado em cada um dos domínios. Foram propostas as seguintes alternativas de resposta: nenhuma, pouca, moderada, bastante.

A *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview* (MINI 5.0.0/versão brasileira) é uma entrevista diagnóstica breve padronizada utilizada em contextos clínicos e de pesquisa em atenção primária e em psiquiatria. O instrumento é estruturado em 19 módulos diagnósticos independentes que exploram 17 transtornos do eixo I do DSM-IV, o risco de suicídio e o transtorno da personalidade antissocial (Amorim, 2000). Esse instrumento foi utilizado com o objetivo de rastrear possíveis comorbidades tendo sido aplicado somente no grupo clínico com diagnóstico de TDAH.

## **Procedimentos**

### ***Coleta de dados***

Os participantes foram recrutados por meio de convite individual, convites enviados para comunidades de TDAH presentes nas redes sociais e de encaminhamento por médicos especialistas na área mediante solicitação da equipe. A coleta de dados foi realizada, entre os anos de 2014 e 2015, individualmente por meio *online* ou presencial bem como coletivamente de forma presencial. Em todos os casos, inicialmente, os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo da pesquisa, o sigilo das respostas e o caráter voluntário da participação. Após as informações, o consentimento foi obtido seja por assinatura manual ou eletrônica.

### ***Análise de dados***

Para análises dos dados foram utilizadas estatísticas paramétricas. A comparação entre os grupos foi estabelecida por meio do Test t e Anova. Para garantir que os dados retratassem níveis de prejuízos clinicamente significativos, efetuou-se a divisão das respostas em quartis, quer dizer, em quatro partes iguais. O quartil 1 ou inferior reflete os 25% menores valores da amostra, no caso, os menores níveis de prejuízos. O quartil 4 ou superior reflete os 25% maiores valores, no caso, os maiores níveis de prejuízo. Sendo assim, só foram considerados prejuízos os valores situados na categoria extrema, ou seja, no quartil 4.

## **Resultados**

Na Tabela 2 podem ser observadas, por grupo, informações sobre a saúde. Quase metade do grupo clínico declarado e 2/3 do grupo clínico comprovado fazem uso de medicamento específico para o tratamento do TDAH. A maioria absoluta do grupo clínico declarado relatou ter recebido o diagnóstico da condição de interesse na fase

adulta. Verifica-se presença elevada de comorbidade nos dois grupos clínicos bem como um percentual considerável de sujeitos em tratamento psicológico e psiquiátrico. Contudo, o grupo clínico comprovado se distancia do declarado por apresentar um índice próximo da totalidade em relação aos tratamentos. O grupo controle se diferencia dos demais grupos em todos os itens avaliados enquanto o grupo sintomático se encontra num ponto entre o grupo controle e os grupos clínicos.

Tabela 2

*Informações relacionadas à saúde*

	Controle (n =380 )	Sintomas ASRS (n =297 )	TDAH declarado (n =879 )	TDAH comprovado (n =33 )
Uso de medicamentos	24,81	30,64	61,89	78,79
Medicamento TDAH	---		44,4	63,6
Fase diagnósticoTDAH				
Infância	---		7,7	3
Adolescência	---		10,8	-
Adulta	---	---	81,5	97
Outro transtorno mental	14,5	40,6	71,1	79,4
Transtorno Neurológico	0,78	3,02	4,44	3,03
Tratamento psiquiátrico	7,81	26,01	63,48	87,50
Tratamento psicológico	28,68	39,93	61,55	93,94

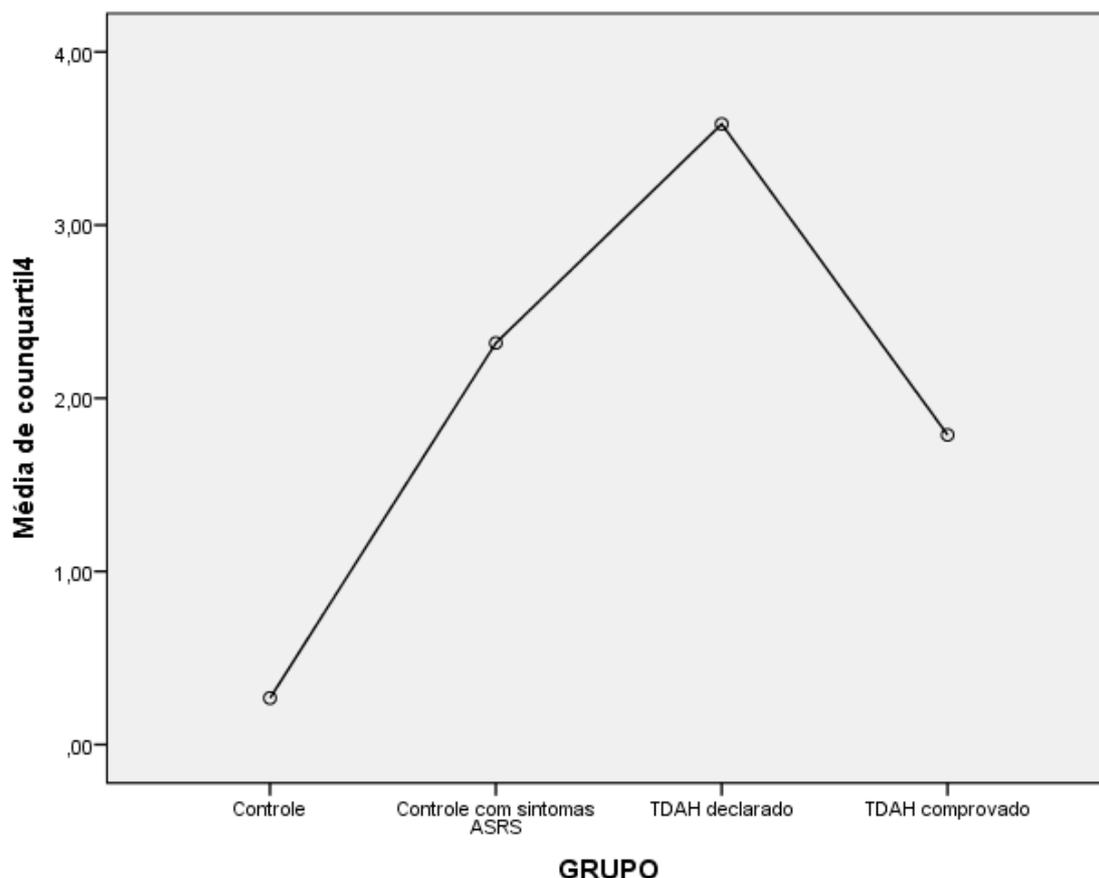
O grupo controle apresentou baixo comprometimento nas áreas avaliadas pela FIS-TDAH. Na maioria delas, somente uma pequena parcela (0,0%-justiça a 3,9%-afetivo-sexual) se encontra no quartil 4 que indica a presença de prejuízos. A única área que fugiu desse intervalo, mas que ainda se mostra reduzida foi a relacionada ao trânsito (8,3%). O grupo clínico declarado foi o que apresentou o maior índice de prejuízos com uma variação de 36,1% (acadêmica) a 43,6% doméstica (exceção da área justiça – 0,0%). O grupo sintomático apresentou índices de prejuízos abaixo do grupo clínico declarado, mas ainda sim significativos (21,8% - doméstica a 32,9 – saúde). E por fim, o grupo clínico comprovado apresentou maiores níveis de prejuízos em relação ao grupo controle, menores percentuais em comparação com o grupo clínico declarado e uma variação em relação ao grupo sintomático (Tabela 3).

Tabela.3

*Percentuais nos quartis extremos*

FIS-TDAH	Controle (n =387 )	TDAH ASRS (n =298 )	TDAH declarado (n =879 )	TDAH diagnosticado (n =33 )
Acadêmica %				
Quartil 1	70,0	24,8	10,9	21,2
Quartil 4	1,8	22,8	36,1	33,3
Profissional %				
Quartil 1	68,7	21,8	10,2	15,2
Quartil 4	3,0	24,8	38,0	21,2
Afetivo/sexual %				
Quartil 1	63,6	24,5	13,9	12,1
Quartil 4	3,9	25,5	41,0	9,1
Doméstica %				
Quartil 1	79,1	23,8	9,8	24,2
Quartil 4	0,3	21,8	43,6	9,1
Social %				
Quartil 1	62,0	19,8	10,8	27,3
Quartil 4	2,1	21,8	38,8	9,1
Financeira %				
Quartil 1	48,3	24,2	13,1	18,2
Quartil 4	3,4	26,5	39,5	21,2
Saúde %				
Quartil 1	63,8	20,1	15,5	27,3
Quartil 4	3,6	32,9	38,7	15,2
Trânsito %				
Quartil 1	48,1	36,2	27,4	18,2
Quartil 4	8,3	26,8	40,8	33,3
Justiça %				
Quartil 1	0,0	0,0	0,0	0,0
Quartil 4	0,0	0,0	0,0	0,0
Total 1ª parte Escore %				
Quartil 1	74,4	16,4	5,0	18,2
Quartil 4	0,3	21,5	36,5	12,1
2ª parte Escore %				
Quartil 1	70,5	24,5	9,8	27,3
Quartil 4	2,8	28,9	42,0	27,3

Na Figura 1, a média do número de áreas impactadas por grupo é apresentada. Novamente, observa-se uma nítida distinção entre o grupo controle que, praticamente, não apresenta prejuízos e os demais grupos. O grupo clínico declarado é o que apresenta a maior média de áreas com prejuízos significativos. Os grupos clínico comprovado e sintomático apresentam valores próximos.



*Figura.1* Média de áreas prejudicadas

Nota: counquarti4= número de áreas prejudicadas. Prejudicadas foi definida por o escore bruto em cada área situar no percentil maior/igual a 75 ou quartil 4.

Para realizar a comparação entre as médias por área e pela 1ª e 2ª parte da escala, os grupos foram reorganizados. Foram estabelecidos dois grupos: controle e clínico. No segundo grupo foram incorporados os grupos clínico declarado e comprovado. O grupo sintomático foi excluído dessa análise. Conforme observado na Tabela 4, houve diferença significativa entre os grupos em todas as áreas e partes da escala. As áreas profissional e a social foram as mais impactadas no grupo clínico. Contudo, observa-se valores bem próximos entre as áreas profissional (19,7), social (19,02), afetivo-sexual (18,35) e acadêmica (18,08). Justiça (1,38) e trânsito (5,59) foram as áreas menos impactadas.

Tabela.4

*Comparação entre as médias do grupo controle e clínico*

Área/ Grupo		Média	Desvio padrão	Valor p
Acadêmica	Controle	8,20	4,84	<0,001
	Clínico	18,08	6,09	
Profissional	Controle	7,59	5,24	<0,001
	Clínico	19,70	8,27	
Afetivo-sexual	Controle	9,11	5,86	<0,001
	Clínico	18,35	7,16	
Doméstica	Controle	6,63	3,87	<0,001
	Clínico	17,09	5,88	
Social	Controle	8,32	5,23	<0,001
	Clínico	19,02	7,67	
Financeira	Controle	5,52	4,85	<0,001
	Clínico	13,53	7,49	
Saúde	Controle	7,21	3,91	<0,001
	Clínico	13,08	4,67	
Trânsito	Controle	1,96	2,74	<0,001
	Clínico	5,59	5,28	
Justiça	Controle	0,73	0,76	<0,001
	Clínico	1,38	2,08	
Primeira parte da escala	Controle	7,26	3,26	<0,001
	Clínico	16,40	4,76	
Segunda parte da escala	Controle	7,27	4,43	<0,001
	Clínico	15,30	4,59	

### Discussão

Um percentual elevado de participantes do grupo clínico comprovado (97%) e clínico declarado (81,5%) recebeu o diagnóstico de TDAH somente na fase adulta. Dentre as possíveis explicações estão: nível de severidade mais leve; atuação de fatores moderadores que permitiram a construção de mecanismos compensatórios; baixo nível socioeconômico que pode ter dificultado o acesso ao sistema de saúde; reconhecimento recente do TDAH na fase adulta e conseqüente falta de treinamento adequado dos profissionais e visão preconceituosa e por fim, diagnóstico diferencial. Em relação ao último aspecto, é importante que o profissional seja capaz de discernir se os sintomas

são decorrentes do quadro do TDAH, de outra condição clínica ou de ambos ou outras comorbidades associadas (Romano & Louzã Neto, 2011). Muitos adultos com outros quadros psiquiátricos como transtorno do humor, de ansiedade, uso de substância e controle dos impulsos podem ter também o TDAH, porém não reconhecido. Isso se deve em parte, pela sobreposição de alguns sintomas (Barkley & Brown, 2008). Ter o diagnóstico de TDAH negligenciado interfere na adoção de intervenções específicas, influenciando negativamente no desfecho. Por isso, detectar a presença do TDAH em qualquer fase do desenvolvimento é um ganho, pois costuma proporcionar à pessoa um sentido para toda a sua história de vida e a adoção de intervenções adequadas. Contudo, a descoberta tardia do TDAH pode ter um custo. Muitos adultos já trazem consigo uma trajetória de fracassos, prejuízos ampliados e a carga de outras comorbidades o que tende a aumentar a complexidade do manejo e a impactar o prognóstico. É possível que essa característica da amostra reflita, em parte, os elevados níveis de prejuízos verificados através da FIS-TDAH.

A presença de comorbidades no TDAH mostra uma prevalência elevada (Kessler et al., 2006). No presente estudo, tanto o grupo clínico declarado quanto o comprovado apresentaram um percentual alto da presença de outros transtornos mentais (71,1 e 79,4) indo de encontro com a literatura. De acordo com Romano & Louzã Neto (2011), no TDAH as comorbidades se constituem em regra e não exceção e exercem uma influência considerável, com uma tendência da interação entre os transtornos ampliarem o impacto negativo sobre o indivíduo. Cabe ressaltar que ainda assim, o TDAH por si só é responsável por um significativo prejuízo na vida da pessoa, independente da presença de transtornos psiquiátricos comórbidos (Garcia et al., 2012). De acordo com Barkley et al. (2013), o TDAH causa mais comprometimento do que outros transtornos comuns como os de ansiedade, distímia e até mesmo do que alguns casos de depressão maior.

Um aspecto interessante em relação aos dados da saúde é que os dois grupos clínicos exibem um percentual considerável de sujeitos que estão ou já se submeteram ao tratamento medicamentoso, psiquiátrico e psicológico. Contudo, quando se compara o grupo clínico comprovado com o clínico declarado verifica-se um distanciamento entre eles (medicamento específico para o TDAH 63,6 vs. 44,4; psiquiátrico, 87,50 vs. 63,48; psicológico, 93,94 vs. 61,55). A combinação dessas intervenções atuam como fatores moderadores minimizando os prejuízos. Possivelmente, tal fato explica a diferença observada entre a quantidade de prejuízos e áreas impactadas entre os grupos clínicos na FIS-TDAH que serão discutidas a seguir. Esses dados podem indicar que a FIS-TDAH seja sensível às mudanças. Futuros estudos serão necessários para comprovar essa hipótese.

Os percentuais observados nos quartis extremos mostraram que uma parcela extremamente baixa do grupo controle, na média 3%, apresenta prejuízos nas áreas avaliadas. O mesmo ocorrendo quando se avalia de forma conjunta todas as áreas (primeira parte – 0,3%) e de uma perspectiva geral de cada área (segunda parte – 2,8%). Tais resultados eram esperados em função dos itens da FIS-TDAH retratarem prejuízos típicos da condição de interesse e conseqüentemente, serem específicos ao transtorno. Nos grupos clínicos, é possível verificar que em pelo menos duas áreas há no mínimo 33% de sujeitos com prejuízos significativos, ou seja, situados nos quartis extremos. Assim como no estudo de validação da AAQoL (Brod et al., 2006), os grupos clínico comprovado e o sintomático se aproximaram em algumas áreas e se diferenciaram em outras. O grupo com o TDAH declarado foi o que apresentou maior índice de prejuízos em todas as áreas avaliadas (exceção da área relação com a justiça), na média 40%, o que vem ao encontro da literatura sobre o assunto que aponta a dificuldade no funcionamento em vários domínios importantes da vida adulta e reforça a sua validade transcultural (Barbaresi et al., 2013; Barkley, 2008; Barkley & Murphy, 2010; Barkley

et al., 2013; Biederman et al., 2006, Brod et al., 2012; Mannuzza et al., 2011; Mannuzza, Klein, & Moulton, 2008; Matheson et al., 2013). A questão da baixa aderência relacionada à área da relação com a justiça pode ser justificada pelo fato das conseqüências legais no Brasil se diferenciarem dos países desenvolvidos; a amostra ser composta em sua maioria por indivíduos do sexo feminino, geralmente os comportamentos antissociais são mais comuns no sexo masculino e/ou a amostra alcançada não manifestar de fato tal comportamento.

A média de áreas impactadas se diferenciou entre os grupos. O do grupo controle foi próxima do zero, a do grupo clínico comprovado e sintomático próxima de duas e do clínico declarado próxima de 4. Novamente, a FIS-TDAH se mostrou capaz de diferenciar o grupo controle dos demais grupos. A relevância desse achado é que a FIS-TDAH pretendendo ter uma aplicação mais ampla a saber, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de tratamento consegue capturar as diferenças ainda no grupo sintomático, ou seja, pacientes em potencial ao TDAH.

Estabelecendo a comparação entre a média do escore bruto do grupo clínico (comprovado + declarado) com o grupo controle observa-se diferença significativa em todas as áreas e partes da escala. As áreas profissional e a social foram as mais impactadas no grupo clínico. Contudo, com valores próximos aos das áreas afetivo-sexual e acadêmica. Tais achados se aproximam, em parte, aos do Barkley et al. (2013) nos quais as áreas com maior comprometimento foram educação, responsabilidades em casa e ocupação sendo a primeira a de maior prejuízo. Além disso, atendem ao critério D do DSM 5 (APA, 2013) que estabelece a presença de clara evidência da redução da qualidade do funcionamento social, acadêmico ou ocupacional corroborando a utilidade da FIS-TDAH no contexto clínico e de pesquisa. Outro aspecto a ser considerado em relação a esses dados se refere ao estabelecimento de um parâmetro para se dizer o quanto de prejuízo é esperado para a fase adulta. De acordo com Barkley et al. (2013),

comprometimento deve ser estabelecido em relação à média da população, retratando um funcionamento significativamente abaixo dessa média e não uma disparidade intrapessoal. Dessa forma, a FIS-TDAH pode proporcionar ao profissional uma referência mais segura para o seu julgamento clínico.

Algumas limitações desse estudo devem ser consideradas. A primeira envolve o formato da amostra, não probabilística por conveniência, o que restringe o poder de generalização dos dados. Entretanto, o fato da amostra ser composta por participantes da comunidade com o número mínimo de sintomas requeridos para o diagnóstico e com o diagnóstico declarado e por participantes encaminhados com o diagnóstico comprovado faz com ela englobe um espectro mais amplo da população de TDAH expandindo a aplicabilidade dos dados. Segunda observação é que a maior parte do grupo clínico foi composta por adultos que declararam ter recebido o diagnóstico de TDAH por um profissional da área de saúde, porém sem comprovação clínica. Sendo assim, os resultados podem não representar o grupo de TDAH. Entretanto, cabem algumas ressalvas em relação a essa questão. O grupo clínico declarado foi o que apresentou maiores níveis de prejuízos na FIS-TDAH. Levando em consideração que eles positivaram o mínimo de 5 sintomas em pelo menos uma das dimensões da ASRS 1.1, tem-se que além do relato do diagnóstico de TDAH, eles atendem a dois critérios diagnósticos estabelecidos no DSM 5 (APA, 2013), sintomas e prejuízos. Além disso, uma pesquisa realizada por Biederman et al. (2006) utilizando-se de 1001 participantes encontrou que o padrão de prejuízos funcionais entre adultos que relataram terem sido diagnosticados por um profissional da comunidade e adultos diagnosticados em centros especializados no diagnóstico de TDAH é similar. Uma terceira limitação é a predominância do sexo feminino na amostra, o que pode gerar um viés na caracterização dos prejuízos. No entanto, quando se realizou a comparação dos resultados por sexo não foram encontradas diferenças significativas.

Os resultados indicam que adultos com TDAH vivenciam prejuízos significativos em diversas áreas importantes da vida. Gordon et al. (2006) apontam que pesquisadores e clínicos devem dar maior importância aos prejuízos e considerá-los até mesmo acima da avaliação dos sintomas, pois, frequentemente, são os prejuízos funcionais e não os sintomas que ditam a procura do tratamento e estabelecem o seu objetivo. Segundo Pasquali (2010), os testes nos permitem de uma maneira sistematizada avaliar situações a fim de tomar decisões que garantam a sobrevivência e o desenvolvimento do organismo. Sendo assim, uma escala construída para avaliar prejuízos deve se apresentar como uma ferramenta importante na prática profissional proporcionando informações que contribuirão para o estabelecimento do diagnóstico e tratamento e, conseqüentemente auxiliarão na promoção de bem estar e melhora na qualidade de vida do paciente.

### **Referências**

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association [APA]. (1995). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (4ª edição). (D. Batista, trad). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1994).

Amorim, P. (2000). Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (3), 106-115.

Barbarese, W. J., Colligan, R. C., Weaver, A. L., Voigt, R. G., Killian, J. M., & Katusic, S. K. (2013). Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: a prospective study. *Pediatrics*, *134*(4), 637-644.

Barkley, R. A. (2008). Uma teoria para o TDAH. In R. Barkley & cols. *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento* (3 edição). (R.Costa, trad). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2006).

Barkley, R. A. (2011). *Barkley Functional Impairment Scale (BFIS)*. New York, The Guilford Press.

Barkley, R. A. & Brown, T. E. (2008). Unrecognized Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults Presenting with Other Psychiatric Disorders. *CNS Spectrums*, *13*(11), 977-984.

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.

Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2013). *TDAH em adultos. O que a ciência diz*. (L. Riguetto, Trans.). São Paulo: Roca. (Obra original publicada, 2008).

Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Aleardi, M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: a controlled study of 1001 adults in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*(4), 524-540.

Brod M, Johnston J, Able S, Swindle R. (2006). Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life scale (AAQoL): a disease-specific quality-of-life measure. *Quality of Life Research*, 15(1), 117-129.

Brod, M., Perwien, A., Adler, L., Spencer, T., & Johnston, J. (2005). Conceptualization and assessment of Quality of Life for adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Primary Psychiatry*, 12(6), 58–64.

Brod, M., Pohlman, B., Lasser, R., & Hodgkins, P. (2012). Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 2-17.

Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry*, 2(2), 104-113.

Fortes, D., Serra-Pinheiro, M. A., Coutinho, G., Bernardes, C., Regalla, M. A., Srgent, J. & Mattos, P. (2014). Quantitative measurement of impairment in ADHD: perspectives for research and clinical practice. *Archives of Clinical Psychiatry*, 41(5), 124-130.

Garcia, C. R., Bau, C. H. D., Silva, K. L., Callegari-Jacques, S. M., Salgado, C. A. I., Fischer, A. G., Victor, M. M., Sousa, N. O., Karam, R. G., Rohde, L. A., Belmonte-de-Abreu, P., & Grevet, E. H. (2012). The burdened life of adults with ADHD: impairment beyond comorbidity. *European Psychiatry*, 27(5), 309-313.

Gathje, R. A., Lewandowski, L. J., & Gordon, M. (2008). The role of impairment in the diagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders, 11*(5), 529-537.

Gordon, M., Antshel, K., Faraone, S., Barkley, R., Lewandowski, L., Hudziak, J. J., Biederman, J. & Cunningham, C. (2006). Symptoms Versus Impairment -The Case for Respecting DSM-IV's Criterion D. *Journal of Attention Disorders, 9*(3), 465-475.

Hodgkins, P., Montejano, L., Sasané, R., & Hune, D. (2011). Cost of illness and comorbidities in adults diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder: a retrospective analysis. *The primary care companion to CNS disorders, 13*(2).

Kessler, R. C.; Adler, L.; Barkley, R.; Biederman, J.; Conners, C. K.; Demler, O.; Faraone, S. V.; Greenhill, L. L.; Howes, M. J.; Secnik, K.; Spencer, T.; Ustun, T. B.; Walters, E.E. & Zaslavsk, A. M. (2006) The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal Psychiatry, 163*, 716-723.

Mannuzza, S., Castellanos, F. X., Roizen, E. R., Hutchison, J. A., Lashua, E. C. & Klein, R. G. (2011). Impact of the impairment criterion in the diagnosis of adult ADHD: 33 year follow-up study of boys with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 15*(2), 122-129.

Mannuzza, S., Klein, R. G., & Moulton, J. L. (2008). Lifetime criminality among boys with ADHD: a prospective followup study into adulthood using official arrest records *Psychiatry Research*, *160*(3), 237–246.

Mannuzza, S., Castellanos, F. X., Roizen, E. R., Hutchison, J. A., Lashua, E. C. & Klein, R. G. (2011). Impact of the impairment criterion in the diagnosis of adult ADHD: 33-year follow-up study of boys with ADHD. *Journal of Attention Disorders* *15*(2), 122-129.

Matheson, L., Asherson, P, Wong, I. C. K., Hodgkins, P., Setyawan, J., Sasane, R., & Clifford, S. (2013). Adult ADHD patient experiences of impairment, service provision and clinical management in England: a qualitative study. *BioMed Central Health Services Research*, *13*, 1-13.

Mattos, P., Louzã, M. R., Palmmini, A. L. F., Oliveira, I. R. & Rocha, F. L. (2011). A multicenter, open-label Trial to evaluate the quality of life in adults with ADHD treated with long-acting methylphenidate (OROS MPH): Concerta Quality of Life (CONQoL) study. *Journal of Attention Disorders*, *17* (5), 444-448.

Mattos, P., Segenreich, D., Saboya, E., Louzã, M., Dias, G., & Romano, M. (2006). Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em adultos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *33*(4), 188-194.

Matza, L. S., Johnston, J.A., Faries, D.E., Malley, K. G., & Brod, M. (2007). Responsiveness of the Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Quality of Life Scale (AAQoL). *Quality of Life Research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 16(9), 1511-1520.

O'Connor, B. C., Garner, A. A., Peugh, J. L., Simon, J., & Epstein, J. N. (2015). Improved but still impaired: symptom-impairment correspondence among youth with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder receiving community-based care. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 36(2), 106–114.

Pasquali, L. (2010). Apresentação. In L. Pasquali et al. *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 165-198). Porto Alegre: Artmed.

Romano, M., & Louzã Neto, M. R. (2011). Comorbidades e diagnóstico diferencial. In M. R. L. Neto et al. *TDAH ao longo da vida* (Reprint, pp. 265-274). Porto Alegre, RS: Artmed.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A natureza dos transtornos mentais e de comportamento que acometem o ser humano é complexa. Por isso, constitui-se numa área interdisciplinar, valendo-se das contribuições de vários campos do conhecimento. A sua compreensão se amplia conforme modelos teóricos são propostos, avanços tecnológicos alcançados e evidências empíricas produzidas. A última década do século XX, considerada a década do cérebro, foi revolucionária para o entendimento das relações entre o cérebro, o comportamento e os processos mentais, tanto em condições saudáveis quanto patológicas. Estudos nessa área se expandiram significativamente e contaram com a contribuição valiosa dos recursos de avaliação neuropsicológica e de neuroimagem que vêm se aprimorando cada vez mais.

No caso do TDAH, os dados obtidos a partir de estudos científicos realizados nas últimas décadas aprofundaram o seu conhecimento e provocaram modificações até mesmo nos seus critérios diagnósticos. Um dos avanços recentes que merece destaque é o reconhecimento dos prejuízos funcionais como critério independente, relevante e imprescindível na compreensão, no estabelecimento do diagnóstico e no manejo do TDAH.

O presente estudo relatou o processo de construção de um instrumento original para avaliação dos prejuízos em adultos com TDAH. Uma escala específica para o TDAH abarca itens que são típicos e relevantes para essa população. Dessa forma, tendem a ser mais úteis para o diagnóstico, para o planejamento e acompanhamento do tratamento do que medidas genéricas. Contudo, é importante destacar que alguns prejuízos apesar de serem representativos do TDAH, não são exclusivos podendo estar presentes em outros transtornos mentais.

A versão final da FIS-TDAH apresentou propriedades psicométricas satisfatórias. A análise fatorial confirmatória indicou a adequação do modelo hierárquico que estabelece a existência de domínios específicos no primeiro nível e de um fator geral de prejuízo no segundo nível fornecendo indícios empíricos da adequação do modelo concebido para a escala. A consistência interna apresentou alto grau de precisão. A média do escore bruto apresentou diferença significativa entre o grupo clínico e o grupo controle em todas as nove áreas avaliadas de forma específica e de forma geral nas duas partes da escala. Esses dados sugerem que a FIS-TDAH pode ser considerada como um instrumento válido, de fácil aplicação e específico ao TDAH.

Quando um instrumento é lançado, espera-se que ele avance em relação aos precedentes trazendo novas contribuições. A FIS-TDAH apresenta como diferencial a abrangência e a representatividade. Em relação ao primeiro aspecto, são avaliados na primeira e segunda partes nove domínios considerados importantes no cotidiano da vida adulta e impactados no TDAH, possibilitando assim não uma visão parcial, mas sim do funcionamento global da pessoa. Dessa forma, ela proporciona informações para diagnóstico que estabelece a necessidade da presença do prejuízo nos domínios social, acadêmico ou ocupacional bem como para o tratamento que pode ser mais efetivo quando a abordagem do paciente ocorre de uma forma integrada. Quanto à representatividade, em cada domínio são explorados no mínimo cinco tipos de prejuízos específicos e típicos do quadro. Esse detalhamento traz consigo pelo menos dois benefícios. Primeiro, aumenta a probabilidade de se ter uma percepção mais realista dos prejuízos. Uma escala onde os itens são elaborados de maneira a explorar os prejuízos de forma geral, há maior risco de uma percepção equivocada por parte do respondente. Segundo, são constatados prejuízos específicos do sujeito permitindo assim a elaboração de uma proposta de tratamento que atenda à sua singularidade contribuindo para a melhora na qualidade de vida. Em síntese, acredita-se que a FIS-TDAH fornecerá

informações mais ricas sobre o funcionamento global, as áreas afetadas e os tipos de prejuízos vivenciados podendo ser utilizada como um recurso complementar por clínicos e pesquisadores.

Considerando que a validade de um instrumento não se encontra estabelecida, mas é construída ao longo do tempo conforme evidências empíricas vão sendo produzidas, estudos futuros envolvendo a comparação entre os escores de diferentes grupos clínicos, os escores de diferentes instrumentos de avaliação que investigam tanto o mesmo quanto construtos relacionados são anelados. Assim como estudos com uma versão heterorrelato em função da informação de colaterais ser importante no processo de avaliação do TDAH.

## REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association [APA]. (1995). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (4ª edição). (D. Batista, trad). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1994).

American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Barbarese, W. J., Colligan, R. C., Weaver, A. L., Voigt, R. G., Killian, J. M. & Katusic, S. K. (2013). Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: a prospective study. *Pediatrics* 131, 637-644.

Barkley, R. A. (2011). *Barkley Functional Impairment Scale (BFIS)*. New York, The Guilford Press.

Barkley, R. A., & Benton, C. M. (2011). *Vencendo o TDAH. [Taking charge of adult ADHD]* (M. F. Lopes, Trans). Porto Alegre: Artmed. (Original work published, 2010).

Barkley, R. A., & Cox, D. (2007). A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. *Journal of Safety Research*, 38(1), 113-128.

Barkley, R. A. & Fischer, M. (2011). Predicting impairment in major life activities and occupational functioning in hyperactive children as adults: self-reported executive function (EF) deficits versus EF tests. *Developmental Neuropsychology*, 36(2), 137-161.

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.

Barkley, R. A. & Murphy, K. R. (2011). The nature of executive function (EF) deficits in daily life activities in adults with ADHD and their relationship to performance on EF test. *Journal of Psychopathology Behavioral Assessment*, 33(2), 137-158.

Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2013). *TDAH em adultos. O que a ciência diz.* (L. Riguetto, Trans.). São Paulo: Roca. (Obra original publicada, 2008).

Bastos, C. L. (2005). Atenção. In Júnior, W. C., Hounie, A. G. & cols. *Manual clínico do transtorno de déficit de atenção / hiperatividade* [recurso eletrônico] (pp. 58-102).

Belo Horizonte: Editora Info Ltda.

Biederman J., & Faraone, S. (2005). *Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet*, 366, 237-248.

Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Aleardi, M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: a controlled study of 1001 adults in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(4), 524-540.

Bolte, S., Schipper, E., Holtmann, M., Karande, S., Vries, P. J., Selb, M., & Tannock, R. (2014). Development of ICF Core Sets to standardize assessment of functioning and

impairment in ADHD: the path ahead. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 1139-1148.

Brod M, Johnston J, Able S, Swindle R. (2006). Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life scale (AAQoL): a disease-specific quality-of-life measure. *Quality of Life Research*, 15(1), 117-129.

Brod, M., Perwien, A., Adler, L., Spencer, T., & Johnston, J. (2005). Conceptualization and assessment of Quality of Life for adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Primary Psychiatry*, 12(6), 58–64.

Brod, M., Pohlman, B., Lasser, R., & Hodgkins, P. (2012). Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 2-17.

Brook, J. S., Brook, D. W., Zhang, C., Seltzer, N., & Finch, S. J. (2013). Adolescent ADHD and adult physical and mental health, work performance, and financial stress. *Pediatrics*, 131(1), 5-13.

Cabalo, V. E. (2008). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. (Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales) Santos Editora, São Paulo.

Canu, W. H., Tabor, L. S., Michael, K. D., Bazzini, D. G., & Elmore, A. L. (2014). Young adult romantic couples' conflict resolution and satisfaction varies with partner's

attention-deficit/hyperactivity disorder type. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(4), 509-524.

Chiu, T-Y, Yen, C-F, Chou, C-H, Lin, J-D, Hwang, A-W, Liao, H-F, & Chi, W-C. (2014). Development of traditional Chinese version of World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 36 – item (WHODAS 2.0) in Taiwan: Validity and reliability analyses. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 2812–2820.

Coles, T., Coon, C., DeMuro, C., McLeod, L., & Gnanasakthy, A. (2014). Psychometric evaluation of the Sheehan Disability Scale in adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 887-895.

Durston, S., van Belle, J., & de Zeeuw, P. (2011). Differentiating frontostriatal and fronto-cerebellar circuits in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 69(12), 1178-1184.

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.

Ebejer, J. L., Medland, S. E., Van Der Werf, J., Gondro, C., Henders, A. K., Lynskey, M., Martin, N. G., & Duffy, D. L. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder in Australian adults: prevalence, persistence, conduct problems and disadvantage. *Plos one*, 7(10), 1-10.

Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003) The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2(2), 104-113.

Fischer, M., Barkley, R. A., Smallish, L., & Fletcher, K. (2007). Hyperactive children as young adults: driving abilities, safe driving behavior, and adverse driving outcomes. *Accident; Analysis and Prevention*, 39(1), 94-105.

Fortes, D., Serra-Pinheiro, M. A., Coutinho, G., Bernardes, C., Regalla, M. A., Srgent, J., & Mattos, P. (2014). Quantitative measurement of impairment in ADHD: Perspectives for research and clinical practice. *Archives of Clinical Psychiatry*, 41(5), 124-130.

Gathje, R. A., Lewandowski, L. J., & Gordon, M. (2008). The role of impairment in the diagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(5), 529-537.

Gordon, M., Antshel, K., Faraone, S., Barkley, R., Lewandowski, L., Hudziak, J. J., Biederman, J., & Cunningham, C. (2006). Symptoms Versus Impairment -The Case for Respecting DSM-IV's Criterion D. *Journal of Attention Disorders*, 9(3), 465-475.

Graaf, R., Kessler, R. C., Fayyad, J., Have, M., Alonso, J., Angermayer, M., ... Posada-Villa, J. (2008). The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(12), 835-842.

Guilera, G., Gómez-Benito, J., Pino, O., Rojo, E., Vieta, E., Cuesta, M. J., Purdon, S. E., Bernardo, M., Crespo-Facorro, B., Franco, M., Martínez-Arán, A., Safont, G.,

Tabarés-Seisdedos, R., & Rejas, J. (2015). Disability in bipolar I disorder: The 36-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Journal of Affective Disorders, 174*, 353–360.

Hodgkins, P., Arnold, L. E., Shaw, M., Caci, H., Kahle, J., Woods, A. G., & Young, S. (2012). A systematic review of global publication trends regarding long-term outcomes of ADHD. *Child and Neurodevelopmental in Psychiatry, 2*, 1-18.

Hodgkins, P., Montejano, L., Sasané, R., & Hune, D. (2011). Cost of illness and comorbidities in adults diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder: a retrospective analysis. *The primary care companion to CNS disorders, 13*(2).

Johnston, C., Mash, E. J., Miller, N., & Ninowski, J. E. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review, 32*(4), 215-228.

Knouse, L. E., Mitchell, J. T., Brown, L. H., Silvia, P. J., Kane, M. J., Myin-Germeys, I., Kwapil, T. R. (2008). The expression of adult ADHD symptoms in daily life – An application of experience sampling methodology. *Journal of Attention Disorders, 11* (6), 652-663.

Makris, N.; Buka, S. L.; Biederman, J.; Papadimitriou, G. M.; Hodge1, S. M.; Valera, E. M.; Brown, A. B.; Bush, G.; Monuteaux, M. C.; Caviness, V.S.; Kennedy, D. N. & Seidman, L. J. (2008). Attention and Executive Systems Abnormalities in Adults with Childhood ADHD: A DT-MRI Study of Connections. *Cerebral Cortex, 18*, 1210-1220.

Mannuzza, S., Castellanos, F. X., Roizen, E. R., Hutchison, J. A., Lashua, E. C. & Klein, R. G. (2011). Impact of the impairment criterion in the diagnosis of adult ADHD: 33 year follow-up study of boys with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 15*(2), 122-129.

Mannuzza, S., Klein, R. G., & Moulton, J. L. (2008). Lifetime criminality among boys with ADHD: a prospective followup study into adulthood using official arrest records *Psychiatry Research, 160*(3), 237–246.

Matheson, L., Asherson, P, Wong, I. C. K., Hodgkins, P., Setyawan, J., Sasane, R., & Clifford, S. (2013). Adult ADHD patient experiences of impairment, service provision and clinical management in England: a qualitative study. *BioMed Central Health Services Research, 13*, 1-13.

Mattos, P. (2011). Adulto. In Neto, M. R. L. & cols. *TDAH ao longo da vida*. (Reimpressão, pp. 265-274). Porto Alegre: Artmed.

Mattos, P., Segenreich, D., Dias, G. M., Nazar, B., Saboya, E., & Broad, M. (2011). Validade de constructo e confiabilidade da versão em língua portuguesa do Questionário de Qualidade de Vida em Adultos que apresentam TDAH (AAQoL). *Revista de Psiquiatria Clínica, 38*(3), 91-96.

Mattos, P., Segenreich, D., Dias, G. M., Saboya, E., Coutinho, G., & Brod, M. (2011). Validação semântica da versão em língua portuguesa do Questionário de Qualidade de

Vida em Adultos (AAQoL) que apresentam transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(3), 87-90.

Mattos, P., Louzã, M. R., Palmimi, A. L. F., Oliveira, I. R. & Rocha, F. L. (2011). A multicenter, open-label Trial to evaluate the quality of life in adults with ADHD treated with long-acting methylphenidate (OROS MPH): Concerta Quality of Life (CONQoL) study. *Journal of Attention Disorders*, 17 (5), 444-448.

Matza, L. S., Johnston, J.A., Faries, D.E., Malley, K. G., & Brod, M. (2007). Responsiveness of the Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Quality of Life Scale (AAQoL). *Quality of Life Research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 16(9), 1511-1520.

Nilsen, E. S., Mewhort Buist, T. A., Gillis, R., & Fugelsang, J. (2013). Communicative perspective-taking performance of adults with ADHD symptoms. *Journal of Attention Disorders*, 17(7), 589-597.

O'Connor, B. C., Garner, A. A., Peugh, J. L., Simon, J., & Epstein, J. N. (2015). Improved but still impaired: symptom-impairment correspondence among youth with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder receiving community-based care. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 36(2), 106–114.

Pasquali, L. (2010<sup>a</sup>). Apresentação. In L. Pasquali et al. *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 165-198). Porto Alegre: Artmed.

Pasquali, L. (2010b). Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In L. Pasquali & cols. *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas* (pp. 165-198). Porto Alegre: Artmed.

Raz, S., & Leykin, D. (2015). Psychological and cortisol reactivity to experimentally induced stress in adults with ADHD. *Psychoneuroendocrinology*, *60*, 7-17.

Reimer, Mehler, D'Ambrosio, & Fried. (2010). The impact of distractions on young adult drivers with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Accident; Analysis and Prevention*, *42(3)*, 842-851.

Robin, A. L. & Payson, E. (2002). The impact of ADHD on marriage. *The ADHD Report*, *10(3)*, 9-14.

Seidman, L. J., Valera, E. M., & Makris, N. (2005). Structural brain imaging of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, *57(11)*, 1263-1272.

Sucksdorff, M., Lehtone, L., Chudal, R., Suominen, A., Joelsson, P., Gissler, M., & Sourander, A. (2015). Preterm birth and poor fetal growth as risk factors of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, *136(3)*, 599-608.

Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. (C. Dornelles, trad.) Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2004).

Weyandt, L., Swentosky, A., & Gudmundsdottir, B. G. (2013). Neuroimaging and ADHD: fMRI, PET, DTI Findings, and Methodological Limitations. *Developmental Neuropsychology*, 38(4), 211–225.