

PHDA: O que Há de Novo no *DSM-5*?

Luís Oliveira¹, Marcelino Pereira², Maria Medeiros³ e Ana Serrano⁴

Resumo

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) caracteriza-se por manifestações comportamentais que afetam o normal funcionamento/desenvolvimento da criança, do adolescente e do adulto, em diferentes contextos de vida.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais⁵ (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM*), a PHDA apresenta a robustez clínica necessária para ser considerada uma perturbação específica do neurodesenvolvimento.

Neste artigo descrevemos as principais características da PHDA, valorizando aspetos relacionados com a epidemiologia, semiologia, comorbididades e avaliação, mas sobretudo debatemos as alterações operadas aos critérios de diagnóstico no *DSM-5*, nomeadamente: especificadores, idade de início, ponto de corte, e comorbilidade com Perturbação do Espectro do Autismo.

Palavras-chave: PHDA; diagnóstico; DSM IV-TR; DSM-5; neurodesenvolvimento

1 Doutorando em Estudos da Criança, especialização em Educação Especial, Instituto de Educação da Universidade do Minho. Email: id4405@alunos.uminho.pt

2 Professor Associado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Email: marc.pereira@fpce.uc.pt

3 Professora Catedrática, Departamento Ciências da Educação da Universidade dos Açores. Email: tmedeiros@uac.pt

4 Professora Associada, Instituto de Educação da Universidade do Minho. Email: serrano@ie.uminho.pt

5 Neste documento seguiremos as orientações do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* da *American Psychiatric Association (APA)*, aludindo à versão em português (DSM-IV-TR - 4.ª edição com texto revisto em 2002) em analogia à 5.ª edição, também publicada em português, em 2014.

ADHD: What's New in *DSM-5*?

Abstract

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is characterized by behavioral manifestations that affect the normal operation/development of children, adolescents and adults in different life contexts.

According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders⁶ (DSM), the ADHD presents the necessary clinical strength to be considered a specific neurodevelopmental disorder.

In this article we describe the main characteristics of ADHD, highlighting aspects related to epidemiology, symptomatology, comorbidity and evaluation, but above all we debate the amendments made to the diagnostic criteria in the *DSM-5*, namely: specifiers, age of onset, cutoff, and comorbidity with Autism Spectrum Disorder.

Keywords: ADHD; diagnostics; *DSM-IV-TR*; *DSM-5*; neurodevelopmental

TDAH: qué hay de nuevo en el *DSM-5*?

Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) se caracteriza por manifestaciones conductuales que afectan el funcionamiento/desarrollo normal del niño, del adolescente y del adulto en diferentes contextos de la vida.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales⁷ (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM*), el TDAH presenta la fuerza clínica necesaria para ser considerado un trastorno específico del desarrollo neurológico.

En este artículo se describen las principales características del TDAH, destacando los aspectos relacionados con la epidemiología, sintomatología, la comorbilidad y la evaluación, sino que debatimos las modificaciones introducidas en los criterios diagnósticos en el *DSM-5*, a saber: especificadores, edad de inicio, punto de corte, y comorbilidad con Trastorno del Espectro Autista.

Palabras clave: TDAH; diagnóstico; *DSM-IV-TR*; *DSM-5*; neurodesarrollo

6 In this document we will follow the guidelines of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) of the American Psychiatric Association (APA), alluding to the version in Portuguese (*DSM-IV-TR* - 4th edition with text revised in 2002) in analogy to the 5th edition, also published in Portuguese, in 2014.

7 En este documento vamos a seguir las directrices del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*DSM*) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en alusión a la versión en Portugués (*DSM-IV-TR* - cuarta edición con texto revisado en 2002) en analogía con la quinta edición, también publicado en portugués en 2014.

Introdução

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (adiante designada por PHDA)⁸, do inglês *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, comumente apelidada entre nós de hiperatividade, é uma entidade clínica descrita pela primeira vez na 2.^a edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (adiante designado por *DSM*), da *American Psychiatric Association* (adiante designada por *APA*) e que sucessivamente tem vindo a ser alterada. Neste artigo procede-se à análise comparativa das 4.^a e 5.^a edições.

É consensual que a PHDA se manifesta nas diferentes culturas, em aproximadamente 5% das crianças e 2.5% dos adultos, sendo mais comum no sexo masculino; com uma proporção de 2:1 nas crianças e de 1.6:1 nos adultos (American Psychiatric Association [APA], 2014; Erskine et al., 2013; Pastor & Reuben, 2008). Falamos, indubitavelmente, de uma das condições neurodesenvolvimentais mais comuns e investigadas da infância (Skounti, Philalithis, & Galanakis, 2007), cujos sintomas têm peculiar impacto nas crianças em idade escolar (Daley, Jones, Hutchings, & Thompson, 2009). Não obstante, as estimativas da prevalência da PHDA a nível mundial são verdadeiramente heterogêneas, sendo que tal parece estar associado às características metodológicas adotadas nos diferentes estudos. Objetivamente, estes valores dependem da população em análise, dos critérios de diagnóstico utilizados, bem como das fontes informativas (e.g., pais, professores) (Skounti et al., 2007). Com efeito, as taxas de prevalência alteram-se significativamente em função daquilo que é perguntado e das técnicas de recolha de dados empregadas, chegando a atingir variações na ordem dos 2% e 18% (Rowland, Lesesne, & Abramowitz, 2002). Porém, e apesar das diferenças já anunciadas, Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman e Rohde (2007) efetuaram uma revisão exaustiva de artigos relevantes neste domínio, apontando para uma prevalência total da PHDA na população, na ordem dos 5%. Por sua vez, as pesquisas de Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling e Rohde (2014) aludem a uma constância deste valor, pois nas últimas três décadas não tem havido nenhuma evidência para um aumento do número de crianças na comunidade que satisfaçam os critérios para a PHDA, quando estabelecidos procedimentos padronizados de diagnóstico. Em Portugal, ainda não foram conduzidos verdadeiros estudos epidemiológicos, mas temos alguns indicadores que convergem com os dados definidos a nível internacional. Assim, alguns trabalhos realizados na

8 Em Portugal as designações para esta perturbação variam de livro para livro. Uma das terminologias usualmente referida é a *Desordem ou Distúrbio de Hiperatividade por Défice de Atenção*. Não obstante, o termo mais utilizado na literatura, e o descrito no *DSM-5* (APA, 2014), é a *Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção* (com a sigla que passaremos a utilizar adiante - PHDA).

Universidade de Coimbra em 1990 e na Universidade de Lisboa em 2000 apontam para uma prevalência entre os 4% e os 5% em crianças em idade escolar (Rodrigues & Antunes, 2014).

A etiologia da PHDA não é completamente conhecida, embora se reconheça que é de natureza multifatorial. A investigação efetuada neste âmbito declara disfunções neurológicas evidentes, assim como uma forte carga genética e hereditária para a sua ocorrência. Deste modo, a PHDA tem sido descrita como uma perturbação cujas principais causas derivam de problemas neuroquímicos, anátomofisiológicos e neuroanatómicos, em concreto referem-se disfunções dos neurotransmissores dopamina e norepinefrina (Gizer, Ficks, & Waldman, 2009; Spencer et al., 2005); diferenças volumétricas ao nível do córtex pré-frontal, dos gânglios de base, corpo caloso e do cerebelo (Casey, Nigg, & Durston, 2007; Castellanos et al., 2002; Giedd & Rapoport, 2010); mais ainda, os estudos de neuroimagem funcional revelam circulação sanguínea, atividade metabólica e elétrica reduzidas, sobretudo nas regiões pré-frontais (Durston, Mulder, Casey, Ziermans, & van Engeland, 2006). Por outro lado, também são referidos fatores de ordem genética e indicam-se resultados que revelam uma maior incidência familiar da problemática nos membros da família imediata e um risco 2 a 8 vezes maior em familiares de 1º grau (Faraone et al., 2005). Com efeito, estudos de genética molecular, envolvendo familiares, casos de gémeos e de adoção fornecem evidência de que os genes desempenham um papel importante na suscetibilidade à PHDA. Tal constatação é mais proeminente nos estudos com gémeos monozigóticos, pois de uma análise de 20 estudos diferentes com esta população, obteve-se uma estimativa de 76% de casos coincidentes, fazendo da PHDA uma das perturbações do neurodesenvolvimento com maior carga hereditária (Faraone et al., 2005).

As crianças com PHDA apresentam sérios riscos de experimentarem dificuldades académicas, comportamentais e sociais, que poderão manter-se na idade adulta (Barkley, 2006/2008). Entre as diversas dificuldades que exibem, destacam-se os problemas nucleares desta perturbação (hiperatividade, impulsividade e falta de atenção), mas também um conjunto vasto de problemas associados (e.g., funcionamento social/pares; funcionamento académico; funcionamento emocional) e outras comorbilidades (e.g., dificuldades de aprendizagem específicas; distúrbios psiquiátricos e comportamentais), sendo o contexto escolar um meio onde este tipo de complicações se manifesta com particular agudeza (Lopes, 2004).

Na realidade, além dos sintomas considerados centrais, as pessoas com PHDA apresentam com frequência comorbilidade associada, o que concorre, não só para o agravamento do quadro clínico inicial, mas também para a necessidade da realização de um diagnóstico diferencial. Estima-se que 2 em cada 3 casos da população geral

de sujeitos diagnosticados com PHDA reúnem condições que satisfazem, pelo menos, mais dois diagnósticos contemplados no DSM (Gillberg et al., 2004). Torna-se assim evidente que, no estabelecimento deste diagnóstico, seja numa criança, adolescente ou adulto, o clínico responsável deverá sempre considerar a possibilidade da coexistência de outras perturbações. Entre as mais comuns, destaca-se a Perturbação do Comportamento e/ou Perturbação Desafiante de Oposição, que está presente em cerca de 50% a 60% dos casos diagnosticados com PHDA (Faraone, Biederman, & Monuteaux, 2002; Gillberg et al., 2004). As crianças com PHDA, associada à Perturbação Desafiante de Oposição, denotam um risco mais elevado para apresentarem comportamentos antissociais e abuso de substâncias psicoativas em adultos (Pliszka, 2003). Na idade adulta, 65% a 89% dos casos clínicos de PHDA padecem de um ou mais distúrbios psiquiátricos, entre os quais sobressaem as perturbações de humor, a perturbação bipolar, as perturbações de ansiedade/depressão e as perturbações de personalidade (Cumyn, French, & Hechtman, 2009; Sobanski, 2006) e esta combinação pode estar na origem do maior risco de tentativas de suicídio (APA, 2014). Do conjunto de investigações consideradas neste domínio ressalta também a elevada associação entre a PHDA e as Dificuldades de Aprendizagem Específicas (DAE) (Hallahan, Lloyd, Kauffman, Weiss, & Martinez, 2005). Neste contexto, uma revisão efetuada por DuPaul, Gormley e Laracy (2013) de 17 estudos independentes, realizados entre 2000 e 2011, revela uma percentagem de comorbilidade média entre estas duas problemáticas de 45.1%, abarcando alunos com dificuldades ao nível da escrita, matemática e leitura. Independentemente das *nuances*, mais ou menos evidentes, quanto às taxas de prevalência deste tipo de comorbilidade, referimo-nos a duas entidades nosográficas distintas (Pliszka, 2000). Por este facto, os especialistas alertam para a necessidade de se adotarem medidas de diagnóstico e estratégias de intervenção divergentes, que atendam às especificidades de ambas as perturbações neurodesenvolvimentais (DuPaul, Gormley, & Laracy, 2013).

Com efeito, tanto a PHDA, como as DAE exercem uma influência negativa nas aquisições académicas (Taanila et al., 2014). Na verdade, o insucesso académico é uma característica comum nas crianças com PHDA e manifesta-se desde o início escolar (DuPaul, McGoey, Eckert, & VanBrakle, 2001), fazendo parte da “ementa” académica ao longo do restante trajeto (Frazier, Youngstrom, Glutting, & Watkins, 2007). Efetivamente, a literatura revela que a PHDA está associada a resultados escolares baixos, a competências pobres de leitura e matemática medidas em testes padronizados, ao aumento da retenção escolar, bem como a uma maior referência de crianças para a educação especial (Loe & Feldman, 2007), factos estes que permanecem até à idade adulta (Marks, Newcorn, & Halperin, 2001; Murphy, Barkley, & Bush, 2002).

As crianças com este diagnóstico revelam também muitas dificuldades a nível emocional e de relacionamento social, que se traduzem de variadas formas (Classi et al., 2012). Segundo Anastopoulos et al. (2011), são reportados pelos pais níveis elevados de raiva e frustração. Por outro lado, a agressividade e a reduzida empatia (Barkley, 2006/2008), assim como a manifesta dificuldade em reconhecer e interpretar sinais sociais e contextuais relacionados com a emoção (e.g., movimentos faciais, tom de voz e gestos) (Ludlow, Garrood, Lawrence, & Gutierrez, 2014) poderão originar problemas de relacionamento com a família e com o grupo de pares (Greene et al., 2001). Para muitas destas crianças revela-se difícil iniciar e manter relações com os colegas de escola e o tipo de comportamento que apresentam (e.g., perturbadoras, dominadoras, intrusivas) faz com que sejam pouco populares (Barkley, 2006/2008).

No que se reporta ao impacto desta perturbação na trajetória de desenvolvimento, os estudos longitudinais têm evidenciado que, normalmente, a existência de PHDA na infância constitui um fator de risco para um desenvolvimento desajustado a nível familiar, académico, social, ocupacional e até mesmo legal (McCann & Roy-Byrne, 2000). De um modo geral, a investigação revela que em aproximadamente 80% das crianças com PHDA, os sintomas persistem na adolescência e idade adulta (Faraone, Sergeant, Gillberg, & Biederman, 2003).

Dado o prognóstico menos favorável da PHDA, torna-se crucial avaliar/diagnosticar precocemente, com vista ao planeamento de uma intervenção ajustada às necessidades de cada indivíduo, que vise minimizar a severidade e intensidade da manifestação dos sintomas, contribuindo assim para a melhoria do rendimento académico e laboral, para um melhor ajustamento familiar/social, bem como para a prevenção e redução de problemas associados a esta perturbação. O momento do diagnóstico e início da intervenção são identificados como fatores determinantes, que podem contribuir para um prognóstico menos adverso a longo prazo (Fernandes & António, 2004).

Avaliação e diagnóstico

É fundamental uma avaliação rigorosa para um diagnóstico preciso e consequente tratamento eficaz. Como afirma Selikowitz (2009/2010, p. 147) “O primeiro passo para o tratamento da PHDA é a realização de um diagnóstico correto”. Porém, a complexidade de uma tarefa desta natureza exige uma avaliação detalhada, em função do caráter idiossincrático de cada caso (Barkley & Edwards, 2006/2008).

Diversos profissionais podem contribuir para a avaliação e consequente diagnóstico da PHDA, incluindo pediatras, psicólogos, psiquiatras e outras especialidades médicas. É extremamente importante a realização de uma avaliação compreensiva realizada por uma equipa multidisciplinar (Cordinhã & Boavida, 2008).

Avaliação médica

Na suspeita de um possível caso de PHDA, é frequentemente ao médico de família ou ao pediatra que os pais recorrem em primeiro lugar. No entanto, sublinha-se a importância da avaliação inicial ser efetuada por um médico com formação especializada, nomeadamente um pediatra do desenvolvimento (especialista em problemas de aprendizagem); um neuropediatra (com formação em desenvolvimento infantil, capaz de reconhecer sintomas como resultado de disfunções neurológicas e não como meros problemas do comportamento); ou um pedopsiquiatra (na existência de outros sintomas associados, como por exemplo comportamentos bizarros, agressividade excessiva, etc.) (Selikowitz, 2009/2010).

A American Academy Pediatrics (Associação Americana de Pediatria) (AAP, 2011) estabeleceu um manual para Avaliação, Diagnóstico e Tratamento na PHDA⁹, com vista à uniformização das práticas clínicas neste campo. As suas ideias chave serão diluídas ao longo da análise a este tópico, e sempre que esta ação se configure pertinente.

A primeira regra é dirigida à atenção que todos os clínicos dos serviços de saúde primários devem manifestar a qualquer criança (entre os 4 e os 18 anos) que manifeste problemas assinaláveis ao nível académico, comportamental, de atenção, hiperatividade ou impulsividade (AAP, 2011).

A avaliação médica inicia-se após os critérios do DSM-IV (agora DSM-5) serem cumpridos. Esta fase contempla um levantamento detalhado da história clínica e social da criança, através de uma entrevista semiestruturada¹⁰ administrada aos pais (nos adultos considera-se que a informação recolhida é mais fiável pois é dada na primeira pessoa). A entrevista, apesar das suas limitações, nomeadamente o

9 Note-se que este guia teve como base o DSM-IV-TR, no que respeita ao manual de classificação adotado. No entanto, os seus autores antecipam algumas medidas condizentes com as preocupações tidas no DSM-5, nomeadamente a sensibilização para os clínicos considerarem a PHDA uma condição permanente e, por isso, também passível de ser diagnosticada na idade adulta.

10 A entrevista semiestruturada desenhada por Taylor et al. (1986, 1991, citados por Fonseca et al., 1998) para pais, *Parental Account of Children's Symptoms-PACS*, e a proposta por Barkley e Murphy (2006a), *Parent Report Form*, são as que apresentam um cariz mais específico. A PACS foi traduzida para português no âmbito da investigação desenvolvida por Fonseca et al. (1998).

grau de incerteza ou subjetividade das informações facultadas, é uma fonte rica de informação em relação a aspetos cruciais (e.g., quando os sintomas apareceram pela primeira vez, em que circunstâncias e com que gravidade). O médico dedicar-se-á também a rever os antecedentes genéticos da criança, a história do seu nascimento (e.g., complicações durante a gravidez, parto), assim como a anamnese. Nesta fase é importante solicitar aos pais e professores o preenchimento de escalas de avaliação¹¹, a fim de coletar dados abrangentes que garantam um rigor adicional para o diagnóstico final (Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues, 2007). Os procedimentos descritos anteriormente correspondem à segunda máxima definida pela AAP (2011) e servem para auxiliar o clínico a determinar o subtipo (no *DSM-5*, “apresentação”) específico da PHDA.

Simultaneamente é valorizada a realização de exames laboratoriais específicos (e.g., eletroencefalograma, quando há indícios claros de doença genética). Um aspeto fulcral é a consulta de outros especialistas para elaboração de um diagnóstico diferencial. Este constitui o terceiro axioma do protocolo estipulado, a avaliação de outras condições e problemas que possam coexistir com a PHDA.

A quarta, e última recomendação, é a constatação, pelos clínicos, da PHDA como doença crónica, e, por conseguinte, integrar as crianças e jovens com PHDA na população com necessidades especiais de saúde (AAP, 2011).

A avaliação psicológica

A avaliação psicológica, efetuada por psicólogos, consiste na aplicação de provas e instrumentos devidamente aferidos para a população a que se destinam. Neste âmbito, existem diferentes testes que podem integrar o protocolo de avaliação, com destaque para a *Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças* (WISC – WISC-III). A importância das medidas de inteligência na avaliação neuropsicológica tem sido destacada, e os resultados alcançados na WISC-III permitem detetar as funções neurocognitivas afetadas (Simões, 2002). Por outro lado, a análise do perfil de resultados obtidos apresenta alguma validade discriminante para efetuar o diagnóstico

11 As mais citadas são a *BASC-2*, a *CBCL*, versões para pais e professores (Reynolds & Kamphaus, 2004; Achenbach, 2001, citados por Barkley & Edwards, 2006/2008) e a escala *Vanderbilt* para pais e professores (Wolraich et al. 2003; Wolraich, Feurer, Hannah, Baumgaertel, & Pinnock, 1998), cujas qualidades psicométricas são reconhecidas. Mais especificamente vocacionadas para a avaliação dos sintomas nucleares da PHDA, surge a *Conners Rating Scale-Revised*, para pais e professores (Conners, 2001, citado por Barkley & Edwards, 2006/2008). As duas versões (pais e professores) das Escalas de Conners – Versões Revistas: Forma Reduzida - *Conners Rating Scale-Revised: Short Form*, datadas de 1997, foram aferidas para a população portuguesa (Rodrigues, 2007).

e assume preponderância na planificação de uma intervenção ajustada (Pereira & Simões, 2005). Neste contexto, têm sido testados diferentes conjuntos de subtestes, como eventuais marcadores da PHDA, sendo o perfil ACID (Aritmética, Código, Informação e Memória de Dígitos), o SCAD (Símbolos, Compreensão, Aritmética e Dígitos) e o FDI¹² (Freedom from Distractibility Index, que integra os subtestes de Código, Aritmética e Dígitos na WISC-R e apenas os dois últimos na WISC-III) os mais referenciados na literatura. Não obstante, não é fácil determinar qual destes perfis apresenta maior validade discriminante, pois há uma grande variabilidade nos resultados obtidos, em função das características das amostras e dos instrumentos utilizados. Assim, enquanto algumas investigações suportam a utilidade dos perfis ACID, SCAD e FDI como elementos de diagnóstico (Coutinho, Mattos, & Malloy-Diniz, 2009; Ek et al., 2007; Mayes & Calhoun, 2004; Snow & Sapp, 2000), outros estudos revelam o seu fraco contributo neste âmbito (Shayer et al., 2010; Watkins, Kush, & Glutting, 1997).

Simultaneamente deve ser feita uma avaliação do desempenho neuropsicológico¹³, nomeadamente a avaliação das três dimensões da atenção (sustentada, seletiva e dividida), da memória e das funções executivas. Na realidade, uma das principais teorias neuropsicológicas da PHDA sugere que os seus principais sintomas se manifestam a partir de um défice primário nas funções executivas, que são responsáveis por um conjunto de processos neurocognitivos (e.g., planeamento e organização das tarefas, resolução de problemas, memória de trabalho, inibição da resposta, vigilância) (Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone, & Pennington, 2005). Esta tese é alicerçada em dados que apontam manifestas fragilidades em algumas funções executivas nas crianças com PHDA, especialmente na capacidade de inibição da resposta e na memória de trabalho (Schoemaker et al., 2012; Weyandt et al., 2013).

Classificação da PHDA: o que muda com o *DSM-5*?

O DSM constitui uma das principais referências internacionais em relação ao diagnóstico e classificação das perturbações do neurodesenvolvimento.

O DSM-IV foi publicado em 1994 e revisto em 2000 – DSM-IV-TR, sendo que uma versão traduzida em português deste último manual foi apresentada em 2002.

¹² Em português IRD (Índice de resistência à distração).

¹³ Segundo Alfaiate (2009), a Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (BANC; Simões et al., 2008, citados por Alfaiate, 2009) constitui um instrumento profícuo para este tipo de avaliação nas crianças com PHDA.

Em maio de 2013 foi publicada a sua quinta edição, tendo a versão portuguesa sido publicada em outubro de 2014.

A descrição da PHDA foi atualizada no *DSM-5* (APA, 2014) para melhor caracterizar e diagnosticar os adultos com PHDA. A revisão efetuada é baseada em quase duas décadas de pesquisas que mostram que a PHDA, embora seja uma perturbação que se inicia na infância, pode continuar até a idade adulta.

Esta foi, indiscutivelmente, a alteração mais notória e com implicações no paradigma de referência a esta condição. Referimo-nos ao facto de a PHDA no *DSM-IV-TR* (APA, 2002) ser incluída na secção referente às “Perturbações que aparecem Habitualmente na Primeira e na Segunda infância ou na Adolescência”, enquanto no *DSM-5* é integrada nas “Perturbações do Neurodesenvolvimento”, assumindo-se inequivocamente que a sua etiologia é neurobiológica. Esta mudança de paradigma é por nós salientada, pois, após muitos anos de pesquisa, foram-se acumulando evidências sobre o carácter permanente da PHDA ao longo da trajetória desenvolvimental.

Em seguida, analisamos criticamente as principais semelhanças e diferenças em relação ao *DSM-IV-TR*:

- i. Os três tipos de PHDA continuam a ser reconhecidos, porém, em vez de se denominarem subtipos designam-se por “apresentações” e contemplam três níveis em cada um deles, consoante o número e gravidade de sintomas que o indivíduo apresenta (ligeira, moderada ou grave).

A alteração da terminologia para “apresentações” descreve de forma mais fidedigna como a perturbação pode afetar as pessoas com PHDA nas diferentes fases da sua vida, reconhecendo a instabilidade e fluidez semiológica ao longo do tempo (Lahey, Pelham, Loney, Lee, & Willcutt, 2005). Uma meta-análise desenvolvida por Willcutt et al. (2012), que abarcou 431 estudos, salientou os seguintes aspetos: a) a esmagadora evidência dos dados suporta a distinção entre as dimensões de falta de atenção e hiperatividade/impulsividade; b) os subtipos considerados no *DSM-IV-TR* constituem uma forma clínica abreviada profícua para descrever os sintomas de uma pessoa no momento da avaliação, mas não identificam subgrupos com estabilidade a longo prazo; e c) em função da premissa anterior, os subtipos do *DSM-IV-TR* não representam a abordagem ideal para traduzir a heterogeneidade da PHDA. Como tal, e atendendo a que os sintomas se apresentam com diferente intensidade nas pessoas, foram incluídos no *DSM-5* os três especificadores (ligeira, moderada e grave) para melhor traduzir esta diversidade (Ramsay & Rostain, 2006).

ii. São utilizados os mesmos dezoito sintomas, sendo que, para a realização do diagnóstico nos adolescentes (acima dos 17 anos) e adultos, em vez de se impor a presença de seis ou mais sintomas reduzem-se para cinco. Nas crianças este critério não sofre alteração.

A lista de sintomas do DSM-IV-TR foi testada apenas em crianças e nos seus ambientes (e.g., Applegate et al., 1997), por este motivo há muito que os estudiosos defendem a necessidade de ajustamentos (Barkley & Murphy, 2006b). As investigações conduzidas neste campo mostram que os sintomas que os adultos com PHDA mais evidenciam relacionam-se com as exigências laborais (Faraone et al., 2006a), aspetos que não estão devidamente identificados no DSM-IV-TR.

De facto, os sintomas no *DSM-5* permanecem os mesmos, havendo, no entanto, algumas descrições adicionais que operacionalizam as dificuldades que adolescentes mais velhos e adultos podem manifestar e que poderão ajudar os médicos especialistas e outros profissionais a identificar os sintomas da PHDA, nas diferentes fases da vida.

Adicionalmente, um ponto de corte de cinco sintomas para os adultos foi definido, pois traduz com maior rigor o grau de disfunção que a PHDA provoca nesta fase de desenvolvimento, sendo o suficiente para um diagnóstico confiável. Esta medida corrobora a tese de que os sintomas da PHDA persistem ao longo da vida, embora declinem em número (Solanto, Wasserstein, Marks, & Mitchell, 2012), e contribui para melhorar indicadores que apontam para um subdiagnóstico e consequente falta de tratamento na idade adulta (Hechtman, 2011).

iii. O início do aparecimento dos sintomas foi alargado para os doze anos de idade.

Esta é a alteração mais relevante e consubstancia-se em dados empíricos que demonstram não existirem diferenças clínicas significativas entre pessoas diagnosticadas com PHDA antes dos sete anos e outras identificadas num período de desenvolvimento mais tardio, no que se reporta à intensidade do problema, à sua manifestação semiológica e, ainda, na resposta à intervenção (Faraone et al., 2006b; Todd, Huang, & Henderson, 2008). Em paralelo, a dificuldade por parte das pessoas mais velhas em estabelecer retrospectivamente o início do aparecimento dos sintomas na infância concorreu para a necessidade desta alteração (McGough & Barkley, 2004). Um estudo com população adulta mostrou que apenas 50% dos participantes com PHDA mencionou a presença de sintomas antes dos 7 anos, ao

passo que 95% reportaram o aparecimento destes sintomas antes dos 12 anos (Kessler et al., 2005). Por outro lado, o estudo longitudinal de Polanczyk et al. (2010) demonstrou não existir um aumento significativo da prevalência de casos de PHDA, quando utilizado o critério dos 12 anos de idade.

Sendo assim, e particularmente no diagnóstico aos adultos, os especialistas podem concentrar-se na documentação dos sintomas que têm início na média infância ou início da adolescência, sem terem de analisar todo o percurso do paciente antes dos sete anos de idade. Não obstante, a exigência de que vários sintomas se manifestem antes dos 12 anos reforça a importância clínica evidente nesta etapa do desenvolvimento (APA, 2014).

iv. No *DSM-5* já se pode fazer um diagnóstico conjunto entre a PHDA e a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), desde que os critérios de diagnóstico sejam cumpridos para ambas as problemáticas.

Apesar de o *DSM-IV-TR* não assumir a concomitância das duas perturbações, reconhece-se que a presença de sintomas da PHDA em pessoas com PEA é bastante elevada (Tureck, Matson, May, Davis III, & Whiting, 2013). Simultaneamente, as crianças com PHDA podem também apresentar algumas dificuldades e comportamentos que são tipicamente observadas nas crianças com PEA, nomeadamente dificuldades sociais e de comunicação (Miranda-Casas, Baixauli-Fortea, Colomer-Diago, & Roselló-Miranda, 2013). A análise de determinadas funções neuropsicológicas (e.g., inibição, memória de trabalho, variabilidade do tempo de reação, planeamento) poderá explicar a sobreposição e diferenciação entre as duas problemáticas (Miranda-Casas et al., 2013; Truedsson, Bohlin, Wåhlstedt, 2015).

Do ponto de vista clínico, alguns estudos demonstraram que o metilfenidato também pode ser eficaz no tratamento para a PEA (Handen, Johnson, & Lubetsky, 2000; Santosh, Baird, Pityaratstian, Tavaré, & Gringras, 2006). No entanto, os benefícios não foram tão robustos como os observados no tratamento isolado da PHDA e provocaram maiores efeitos secundários na população com PEA (Murray, 2010).

Como se realça, no plano neurobiológico é possível, e até bastante provável, a coexistência clínica entre a PHDA e a PEA, por isso a APA admite no *DSM-5* um diagnóstico comórbido desta natureza. Esta é a alteração que mais carece de investigação, pelo que surge aqui uma boa oportunidade para aprofundar esta matéria, principalmente no que concerne à eficácia da medicação para a PHDA no tratamento da PEA.

Conclusão

A PHDA é uma das problemáticas do desenvolvimento infantil mais investigadas, que tem suscitado interesse ímpar nos últimos anos por parte de médicos, psicólogos, professores, educadores. Sabe-se hoje que se trata de uma perturbação de etiologia neurobiológica, de caráter permanente, com particular incidência na infância, mas que se manifesta igualmente na idade adulta. A despeito de avanços científicos significativos nesta matéria, e da sua ampla difusão em diferentes quadrantes da comunidade (e.g., famílias, escolas, universidades, serviços de saúde), referimo-nos ainda a uma temática inundada de mitos e mal entendidos, que urge serem dissipados, para que a pessoa com PHDA seja mais bem compreendida, mas também tratada. Neste âmbito, a escola assume particular relevância e uma posição decisiva na vida das pessoas com PHDA, pois reconhece-se que uma sinalização e intervenção precoce são fundamentais para o seu prognóstico. O desenvolvimento de conhecimentos e competências acerca desta temática em psicólogos, professores, técnicos de educação especial e outros agentes educativos, reveste-se de primordial importância, na medida em que o espaço escolar, principalmente a sala de aula, é um ambiente especialmente comprometedor para estes alunos, onde os sintomas da PHDA se manifestam com maior intensidade. Importa, por isso, dotar os profissionais da educação de um conjunto de ferramentas que permitam uma sinalização eficiente e atempada, e capacitá-los, simultaneamente, para o exercício de uma prática pedagógica eficaz.

Como se descreveu anteriormente, o diagnóstico da PHDA é essencialmente clínico e sustentado em critérios comportamentais (sintomas específicos e bem definidos), cuja gravidade, frequência e duração causam prejuízo significativo no funcionamento familiar, académico, laboral e social nas diferentes fases da vida das pessoas. A utilização dos critérios diagnósticos mais atuais, de acordo com as normas profissionais estabelecidas de diagnóstico, é essencial. Numa análise retrospectiva verificamos que o *DSM-IV-TR* está “formatado” para o diagnóstico da PHDA nas crianças, não facultando diretrizes objetivas para o diagnóstico dos adolescentes e adultos. Por sua vez, o *DSM-5* vem dar resposta a esta última questão, reconhecendo a legitimidade do diagnóstico da PHDA na idade adulta e operacionalizando os seus critérios.

As alterações efetuadas no *DSM-5*, principalmente em relação ao critério da idade, suscitaram alguma apreensão, nomeadamente a possibilidade de conduzirem a um sobrediagnóstico da PHDA. Uma vez que os critérios para o diagnóstico aos adultos são menos exigentes no *DSM-5*, é legítimo supor um aumento significativo da prevalência nesta população e a possibilidade da ocorrência de falsos positivos.

Na nossa perspetiva, o mais importante é sensibilizar os profissionais acima referenciados, que têm responsabilidade na avaliação/diagnóstico da PHDA, independentemente da etapa do desenvolvimento em que é realizada, para o rigor que uma tarefa desta natureza acarreta, adotando todos os procedimentos necessários supramencionados e que são coadjuvantes aos critérios de diagnóstico estabelecidos no *DSM-5*.

Referências bibliográficas

- Alfaiate, C. (2009). *Impacto da perturbação de hiperactividade com défice de atenção (subtipo combinado) no funcionamento neuropsicológico: Estudos de validade com a bateria de avaliação neuropsicológica de Coimbra (BANC)* (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). Consultado em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/12153>
- American Academy Pediatrics. (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1007-1022. doi: 10.1542/peds.2011.2654
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.ª ed., Texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anastopoulos, A., Smith, T., Garrett, M., Morrissey-Kane, E., Schatz, N., Sommer, J., ... Ashley-Koch, A. (2011). Self-regulation of emotion, functional impairment, and comorbidity among children with AD/HD. *Journal of Attention Disorders*, 15(7), 583-592. doi: 10.87054710370567v1
- Applegate, B., Lahey, B., Hart, E., Biederman, J., Hynd, G., Barkley, R., ... Shaffer, D. (1997). Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: A report from the DSM-IV field trials. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1211-1221. doi: 10.1097/00004583-199709000-00013
- Barkley, R. A. (2008). Transtornos comórbidos, adaptação social e familiar e subtipos. In R. A. Barkley et al. (Eds.), *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade* (3.ª ed., pp. 196-230). (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2006).
- Barkley, R. A., & Edwards, G. (2008). Entrevista diagnóstica, escalas de avaliação do comportamento e exame médico. In R. A. Barkley et al. (Eds.), *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade* (3.ª ed., pp. 349-400). (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2006).
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006a). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook* (3rd edition). New York: Guilford Press.

- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006b). Identifying new symptoms for diagnosing ADHD in adulthood. *The ADHD Report*, 14(4), 7-11. doi: 10.1521/adhd.2006.14.4.7
- Casey, B., Nigg J., & Durston, S. (2007) New potential leads in the biology and treatment of attention deficit-hyperactivity disorder. *Current Opinion in Neurology*, 20(2), 119-124. doi: 10.1097/WCO.0b013e3280a02f78
- Castellanos, F., Lee, P., Sharp, W., Jeffries, N., Greenstein, D., Clasen, L., ... Rapoport, J. (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 288(14), 1740. doi: 10.1001/jama.288.14.1740
- Classi, P., Milton, D., Ward, S., Sarsour, K., & Johnston, J. (2012). Social and emotional difficulties in children with ADHD and the impact on school attendance and healthcare utilization. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 6(1), 33-40. doi: 10.1186/1753-2000-6-33
- Cordinhã, A., & Boavida, J. (2008). A criança hiperactiva: Diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 24, 577-589. Consultado em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10548>
- Coutinho, G., Mattos, P., & Malloy-Diniz, L. (2009). Neuropsychological differences between attention deficit hyperactivity disorder and control children and adolescents referred for academic impairment. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 141-144. doi: 10.1590/S1516-44462009000200011
- Cumyn, L., French, L., & Hechtman, L. (2009). Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(10), 673-683. Consultado em <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=856>
- Daley, D., Jones, K., Hutchings, J., & Thompson, M. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder in pre-school children: Current findings, recommended interventions and future directions. *Child: Care, Health & Development*, 35(6), 754-766. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00938.x
- DuPaul, G., Gormley, M. J., & Laracy, S. D. (2013). Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of Learning Disabilities*, 46(1), 43-51. doi: 10.1177/0022219412464351
- DuPaul, G., McGoey, K., Eckert, T., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(5), 508-515. doi: 10.1097/00004583-200105000-00009
- Durston, S., Mulder, M., Casey, B., Ziermans, T., & van Engeland, H. (2006). Activation in ventral prefrontal cortex is sensitive to genetic vulnerability for attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 60(10), 1062-1070. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.12.020
- Ek, U., Fernell, E., Westerlund, J., Holmberg, K., Olsson, P., & Gillberg, C. (2007). Cognitive strengths and deficits in schoolchildren with ADHD. *Acta Paediatrica*, 96(5), 756-761. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00297.x
- Erskine, H., Ferrari, A., Nelson, P., Polanczyk, G., Flaxman, A., Vos, T., & ... Scott, J. (2013). Research review: Epidemiological modelling of attention-deficit/hyperactivity disorder

- and conduct disorder for the global burden of disease study 2010. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 54(12), 1263-1274. doi: 10.1111/jcpp.12144
- Faraone, S., Biederman, J., Doyle, A., Murray, K., Petty, C., Adamson, J., & Seidman, L. (2006b). Neuropsychological studies of late onset and subthreshold diagnoses of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 60(10), 1081-1087. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.060
- Faraone, S., Biederman, J., & Monuteaux, M. (2002). Further evidence for the diagnostic continuity between child and adolescent ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 6(1), 5-13. doi: 10.1177/108705470200600102
- Faraone, S., Biederman, J., Spencer, T., Mick, E., Murray, K., Petty, C.,... Monuteaux, M. (2006a). Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: Are late onset and subthreshold diagnoses valid? *American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1720-1729. doi: 10.1176/appi.ajp.163.10.1720
- Faraone, S., Perlis, R., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1313-1323. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.11.024
- Faraone, S., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry*, 2(2), 104-113. Consultado em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525089/>
- Fernandes, E., & António, J. (2004). Perturbação de hiperactividade com défice de atenção. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 20(4), 451-454. Consultado em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10057>
- Fonseca, A., Simões, M., Rebelo, J., Borges, L., Fernandes, J., Oliveira, M., ... Temudo, P. (1998). Hiperatividade na comunidade e hiperatividade em meio clínico: Semelhanças e diferenças. *Psychologica*, 19, 111-122.
- Frazier, T., Youngstrom, E., Glutting, J., & Watkins, M. (2007). ADHD and achievement: Meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. *Journal of Learning Disabilities*, 40(1), 49-65. doi: 10.1177/00222194070400010401
- Giedd, J., & Rapoport, J. (2010). Structural MRI of pediatric brain development: What have we learned and where are we going? *Neuron*, 67(5), 728-734. doi: 10.1016/j.neuron.2010.08.040
- Gillberg, C., Gillberg, I., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Söderström, H., Råstam, M., & ... Niklasson, L. (2004). Co-existing disorders in ADHD – implications for diagnosis and intervention. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(1), i80-i92. doi: 10.1007/s00787-004-1008-4
- Gizer, I., Ficks, C., & Waldman, I. (2009). Candidate gene studies of ADHD: A meta-analytic review. *Human Genetics*, 126(1), 51-90. doi: 10.1007/s00439-009-0694-x
- Greene, R., Biederman, J., Faraone, S., Monuteaux, M., Mick, E., DuPre, E., ... Goring, J. (2001). Social impairment in girls with ADHD: Patterns, gender comparisons, and correlates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(6), 704-710. doi: 10.1097/00004583-200106000-00016

- Hallahan, D., Lloyd, J., Kauffman, J., Weiss, M., & Martinez, E. (2005). *Learning disabilities: Foundations, characteristics, and effective teaching* (3rd edition). Boston: Pearson & Allyn and Bacon.
- Handen, B., Johnson, C., & Lubetsky, M. (2000). Efficacy of methylphenidate among children with autism and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(3), 245-255. doi: 10.1023/A:1005548619694
- Hechtman, L. (2011). Prospective follow-up studies of ADHD: Helping establish a valid diagnosis in adults. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(6), 533-535. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2010.07.002>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Lahey, B., Pelham, W., Loney, J., Lee, S., & Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 896-902. doi: 10.1001/archpsyc.62.8.896
- Loe, I., & Feldman, H. (2007) Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 643-654. doi: 10.1093/jpepsy/jsl054
- Lopes, J. (2004). *A hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.
- Ludlow, A., Garrood, A., Lawrence, K., & Gutierrez, R. (2014). Emotion recognition from dynamic emotional displays in children with ADHD. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 33(5), 413-427. doi: 10.1521/jscp.2014.33.5.413
- Marks, D., Newcorn, J., & Halperin, J. (2001). Comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931(1), 216-238. doi: 10.1111/j.1749-6632.2001.tb05781.x
- Mayes, S., & Calhoun, S. (2004). Similarities and differences in Wechsler Intelligence Scale for Children - third edition (WISC-III) profiles: Support for subtest analysis in clinical referrals. *Clinical Neuropsychologist*, 18(4), 559-572. doi: 10.1080/13854040490888530
- McCann, B. S., & Roy-Byrne, P. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder and learning disabilities in adults. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 5(3), 191-197. doi: 10.1053/scnp.2000.6730
- McGough, J., & Barkley, R. (2004). Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1948-1956. doi.org/10.1176/appi.ajp.161.11.1948
- Miranda-Casas, A., Baixauli-Fortea, I., Colomer-Diago, C., & Roselló-Miranda, B. (2013). Autism and attention deficit hyperactivity disorder: Similarities and differences in executive functioning and theory of mind. *Revista de Neurologia*, 57(Suppl. 1), S177-S184. Consultado em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23897146>
- Murphy, K., Barkley, R., & Bush, T. (2002). Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: Subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(3), 147-157. doi: 10.1097/00005053-200203000-00003

- Murray, M. (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder in the context of autism spectrum disorders. *Current Psychiatry Reports*, 12(5), 382-388. doi: 10.1007/s11920-010-0145-3
- Pastor, P., & Reuben, C. (2008). Diagnosed attention deficit hyperactivity disorder and learning disability: United States, 2004-2006. *Vital and Health Statistics. National Health Survey*, 237(10), 1-14. Consultado em <http://europaepmc.org/abstract/MED/18998276>
- Pereira, M., & Simões, M. R. (2005). A avaliação da inteligência nas dificuldades de aprendizagem: Investigação com a WISC-III. *Psicologia, Educação e Cultura*, IX, 2, 307-335. Consultado em http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/5261/1/2005_PEC_2.pdf#page=81
- Pliszka, S. (2000). Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(3), 525-40. Consultado em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10944655>
- Pliszka, S. (2003). Psychiatric comorbidities in children with attention deficit hyperactivity disorder: Implications for management. *Pediatric Drugs*, 5(11), 741-750. doi: 10.2165/00148581-200305110-00003
- Pliszka, S., & AACAP Work Group on Quality Issues. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894-921. doi: 10.1097/chi.0b013e318054e724
- Polanczyk, G., Caspi, A., Houts, R., Kollins, S., Rohde, L., & Moffitt, T. (2010). Implications of extending the ADHD age-of-onset criterion to age 12: Results from a prospectively studied birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(3), 210-216. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2009.12.014>
- Polanczyk, G., de Lima, M., Horta, B., Biederman, J., & Rohde, L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948. doi: 10.1176/appi.ajp.164.6.942
- Polanczyk, G., Willcutt, E., Salum, G., Kieling, C., & Rohde, L. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434-442. doi: 10.1093/ije/dyt261
- Ramsay, J., & Rostain, A. (2006). Issues in ADHD in adults. *The ADHD Report*, 14(6), 5-8. doi: 10.1521/adhd.2006.14.6.5
- Rodrigues, A., & Antunes, N. L. (2014). *Mais forte do que eu*. Alfragide: Lua de Papel.
- Rodrigues, A. N. (2007). Escalas revistas de Conners - formas reduzidas para pais e professores. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Coords.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 203-227). Coimbra: Edições Quarteto.
- Rowland, A., Lesesne, C., & Abramowitz, A. (2002). The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A public health view. *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews*, 8(3), 162-170. doi: 10.1002/mrdd.10036
- Santosh, P. J., Baird, G., Pityaratstian, N., Tavare, E., & Gringras, P. (2006). Impact of comorbid autism spectrum disorders on stimulant response in children with attention

- deficit hyperactivity disorder: A retrospective and prospective effectiveness study. *Child: Care, Health & Development*, 32(5), 575-583. doi: 10.1111/j.1365-2214.2006.00631.x
- Schoemaker, K., Bunte, T., Wiebe, S., Espy, K., Dekovic', M., & Matthys, W. (2012). Executive function deficits in preschool children with ADHD and DBD. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 53(2), 111-119. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02468.x
- Selikowitz, M. (2010). *Déficite de atenção e hiperactividade* (M. J. Goucha, Trad.). Alfragide: Texto. (Obra original publicada em 2009).
- Shayer, B., Nunes, S., Reis, A., Villanova Figueiredo, T., Duran, P., Robatto Nunes, A. ... do Rosário, M. (2010). The Freedom from Distractibility Index (FDI) and its usefulness in the clinical diagnoses of children and adolescents with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(Suppl. 1, pS29-S29, 2/5p). doi: 10.1007/s00787-010-0117-5
- Simões, M. R. (2002). Utilizações da WISC-III na avaliação neuropsicológica de crianças e adolescentes. *Paidéia*, 12(23), 113-132. Consultado em <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n23/09.pdf>
- Skounti, M., Philalithis, A., & Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European Journal of Pediatrics*, 166(2), 117-123. doi: 10.1007/s00431-006-0299-5
- Snow, J., & Sapp, G. (2000). WISC-III subtest patterns of ADHD and normal samples. *Psychological Reports*, 87(3), 759-765. doi: 10.2466/pr0.2000.87.3.759
- Sobanski, E. (2006). Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 256(1), i26-i31. doi: 10.1007/s00406-006-1004-4
- Solanto, M., Wasserstein, J., Marks, D., & Mitchell, K. (2012). Diagnosis of ADHD in adults: What is the appropriate DSM-5 symptom threshold for hyperactivity-impulsivity? *Journal of Attention Disorders*, 16(8), 631-634. doi: 10.1177/1087054711416910
- Spencer, T., Biederman, J., Madras, B., Faraone, S., Dougherty, D., Bonab, A., & Fischman, A. J. (2005). In vivo neuroreceptor imaging in attention-deficit/hyperactivity disorder: A focus on the dopamine transporter. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1293-1300. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.03.036
- Taanila, A., Ebeling, H., Tiihala, M., Kaakinen, M., Moilanen, I., Hurtig, T., & Yliherva, A. (2014). Association between childhood specific learning difficulties and school performance in adolescents with and without ADHD symptoms: A 16-year follow-up. *Journal of Attention Disorders*, 18(1), 61-72. doi: 10.1177/1087054712446813
- Todd, R. D., Huang, H., & Henderson, C. A. (2008). Poor utility of the age of onset criterion for DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder: Recommendations for DSM-V and ICD-11. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(9), 942-949. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01892.x
- Truedsson, E., Bohlin, G., Wåhlstedt, C. (2015, no prelo). The specificity and independent contribution of inhibition, working memory, and reaction time variability in relation to symptoms of ADHD and ASD. *Journal of Attention Disorders*. doi: 10.1177/1087054715587093

- Tureck, K., Matson, J., May, A., Davis, T., & Whiting, S. (2013). Investigation of the rates of comorbid symptoms in children with ADHD compared to children with ASD. *Journal of Developmental & Physical Disabilities, 25*(4), 405-417. doi: 10.1007/s10882-012-9320-2
- Watkins, M. W., Kush, J. C., & Glutting, J. J. (1997). Prevalence and diagnostic utility of the WISC-III SCAD profile among children with disabilities. *School Psychology Quarterly, 12*(3), 235-248. doi: 10.1037/h0088960
- Weyandt, L., DuPaul, G. J., Verdi, G., Rossi, J. S., Swentosky, A. J., Vilardo, B. S., ... Carson, K. S. (2013). The performance of college students with and without ADHD: Neuropsychological, academic, and psychosocial functioning. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 35*(4), 421-435. doi: 10.1007/s10862-013-9351-8
- Willcutt, E., Doyle, A., Nigg, J. T., Faraone, S., & Pennington, B. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry, 57*(11), 1336-1346. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.02.006
- Willcutt, E., Nigg, J., Pennington, B., Solanto, M., Rohde, L., Tannock, R., ... Lahey, B. B. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(4), 991. doi: 10.1037/a0027347
- Wolraich, M., Feurer, I., Hannah, J., Baumgaertel, A., & Pinnock, T. (1998). Obtaining systematic teacher reports of disruptive behavior disorders utilizing DSM-IV. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*(2), 141-152. doi: 10.1023/A:1022673906401
- Wolraich, M., Lambert, W., Doffing, M., Bickman, L., Simmons, T., & Worley, K. (2003). Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale in a referred population. *Journal of Pediatric Psychology, 28*(8), 559-568. doi: 10.1093/jpepsy/jsg046