



INPD



Psiquiatria do Desenvolvimento
para Infância e Adolescência

Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia

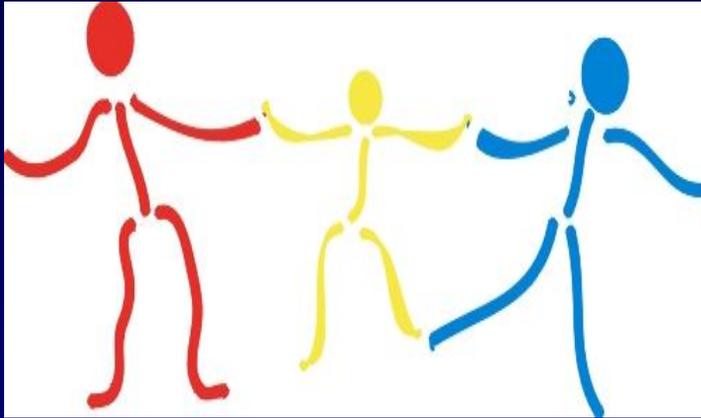


HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

Reconhecendo os transtornos externalizantes na sala de aula

Luis Augusto Rohde
Porto Alegre
Abril, 2010

ADHD OUTPATIENT PROGRAM



Homepage manager and General Secretary:

Clarissa Paim

Research assistants:

Ana Carolina Mazzuca, Ana Paula Aguiar, Mariana Almeida

School Program: Dra. Silvia Martins

Reference manager: Dr. Carlos Maia (data set manager)

Pediatrician: Renata Kieling

Child Neurology: Lygia Ohlweiler, Rudimar Riesgo

Psychiatry: Paulo Abreu, Eugênio Grevet, Carlos Salgado, Breno Matte, Felipe Picon, Rafael Karam, Eduardo Vitola, Marcelo Victor, Nyvia Souza, Christian Kieling

Child and Adolescent Psychiatry: Cristian Zeni, Guilherme Polanczyk, Marcelo Schmitz, Maria Elisa Graeff, Silvia Martins, Silza Tramontina, Fernanda Krieger, Rodrigo Chazan, Carlos Maia, Thiago Pianca

Psychology: Luciana Anselmi, Flávia Lima

Neuroimage: Neivo Júnior

Genetics: Mara Hutz, Claiton Bau, Tatiana Roman, Julia Genro, Ana Paula Guimarães, Angélica Oliveira, Elisa Maggi, Evelise Polina, Verônica Contini, Gláucia Martins, Luciana Rodrigues

Neuropsychology: Flavia Wagner

Psychopedagogy: Beatriz Dorneles, Adriana Costa, Luciana Corso, Virgínia Bedin

CBT: Paulo Knapp, Lisiane Lyzkowski

Transtornos Externalizantes

- ✓ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH)
- ✓ Transtorno de Oposição Desafiante (TOD)
- ✓ Transtorno de Conduta (TC)

TDAH

CRITÉRIOS CLÍNICOS

DSM-IV

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE (TDAH)

- Diagnóstico de TDAH pelos critérios do DSM-IV:

A) Tanto (1) ou (2):

- (1) Seis ou mais dos seguintes sintomas de desatenção, por no mínimo 6 meses em um grau mal-adaptativo e inconsistente com o desenvolvimento e acontecendo cada um deles frequentemente:**

Não presta atenção a detalhes e erra por descuido



Tem dificuldade de manter a concentração nas atividades



GRAND ROUND

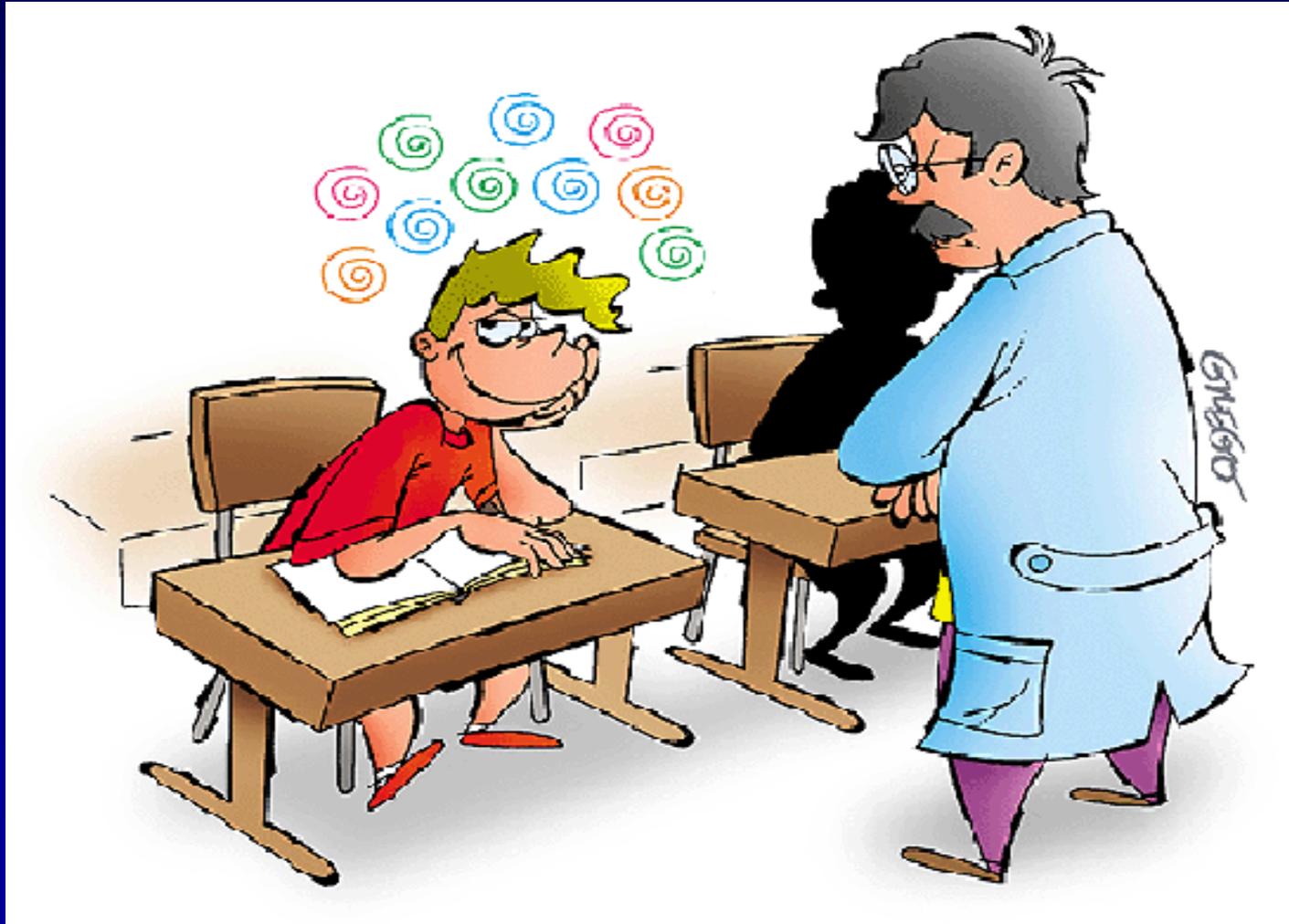
11.07.07 - 11h às 12h - Anfiteatro Carlos César de Albuquerque

HIPERTENSÃO ARTERIAL: SOMOS TODOS PACIENTES?

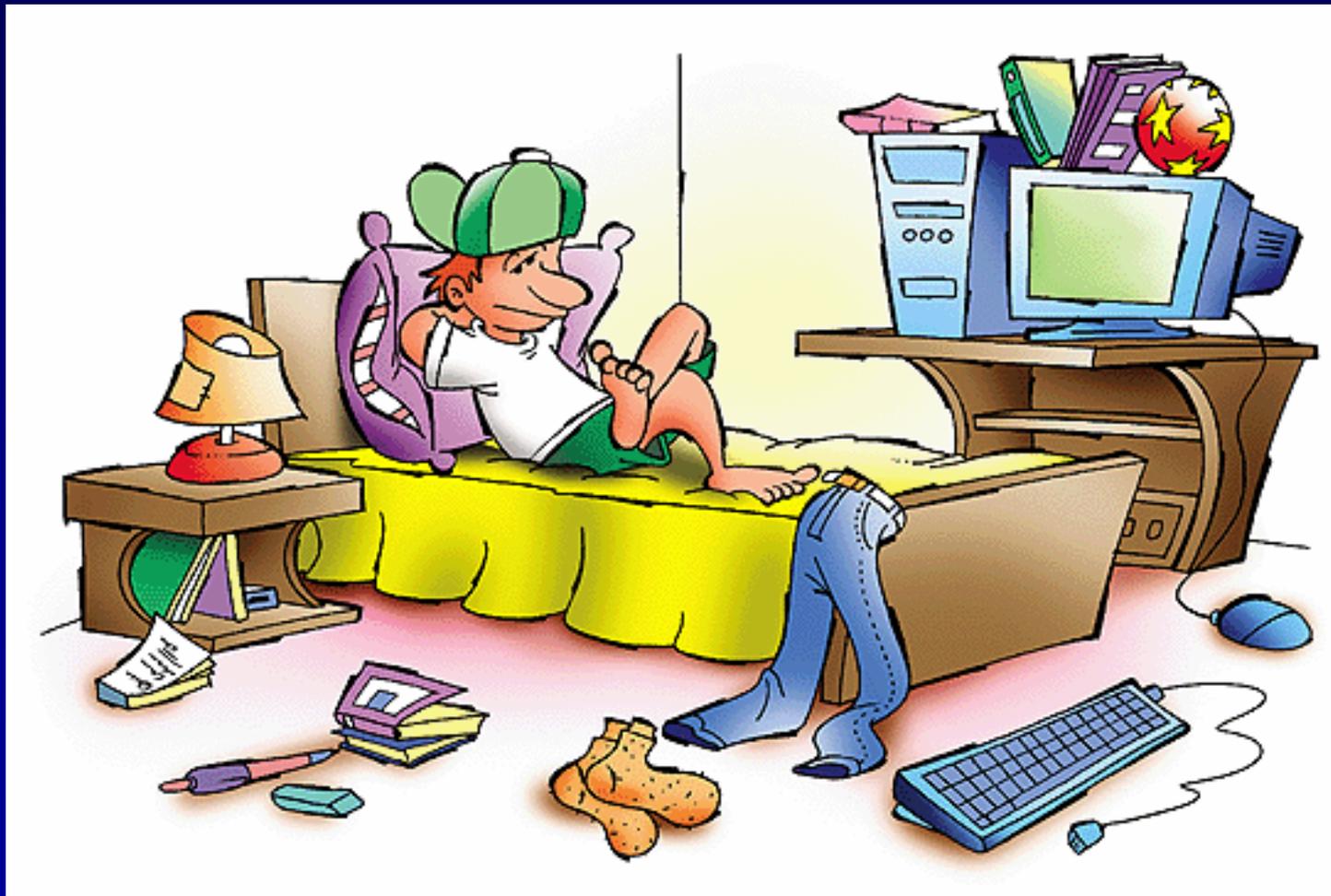
Prof. Flavio Danni Fuchs

**Coordenação Geral: Vice-Presidência Médica
Apoio do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
do Hospital de Clínicas**

**Não ouve quando lhe falam diretamente
("cabeça no mundo da lua")**



É desorganizado



Distrai-se facilmente por estímulos que não tem nada haver com o que está fazendo



**Não persiste nas tarefas que exigem esforço mental
continuado**



E mais:

- **É esquecido**
- **Tem dificuldade de seguir instruções e/ou terminar tarefas**
- **Perde as coisas necessárias para as tarefas e atividades**

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE (TDAH)

- Diagnóstico de TDAH pelos critérios do DSM-IV:

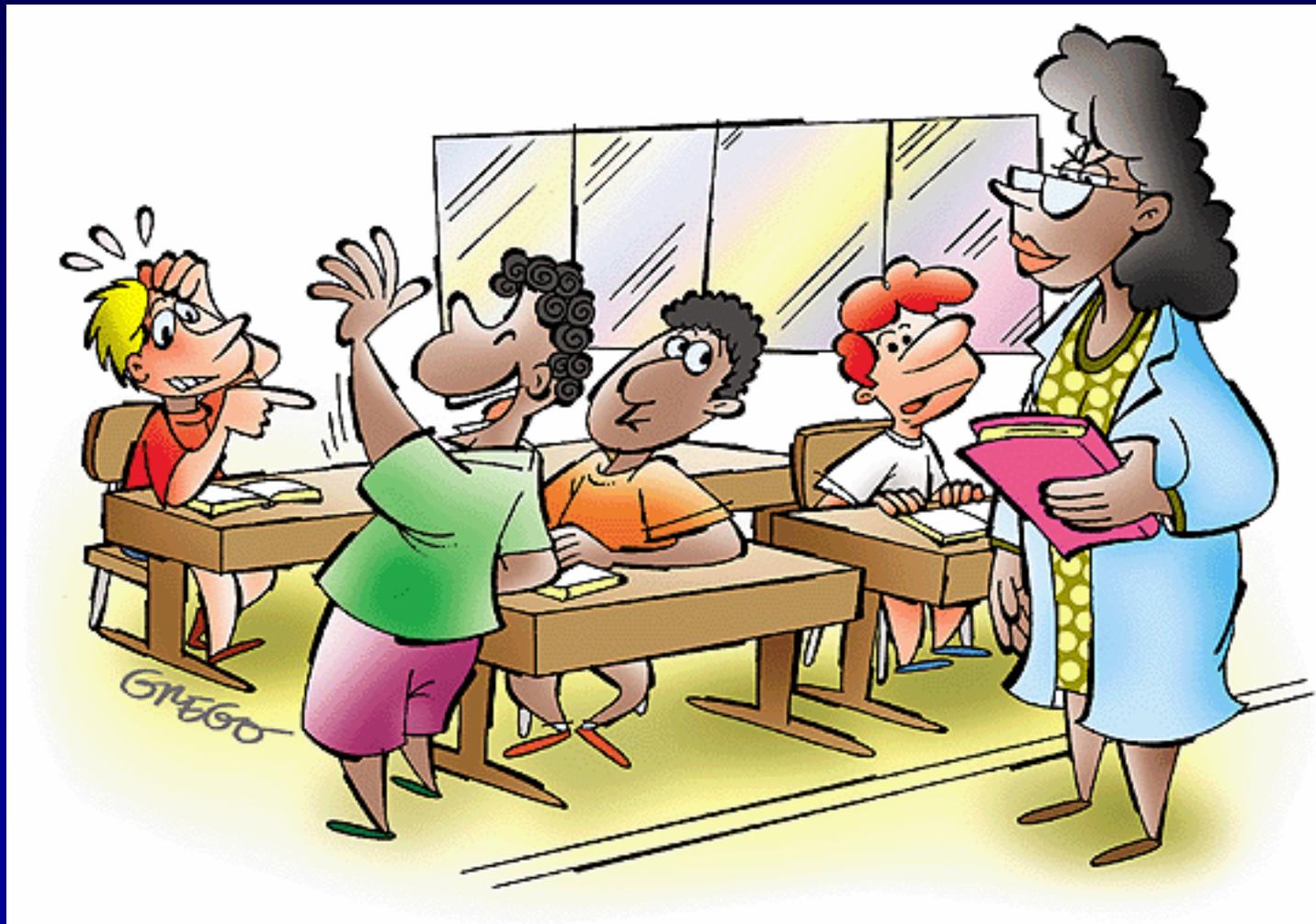
A) Tanto (1) ou (2):

(2) Seis ou mais dos seguintes sintomas de hiperatividade/impulsividade, por no mínimo 6 meses, em um grau mal-adaptativo e inconsistente com o desenvolvimento e acontecendo cada um deles frequentemente:

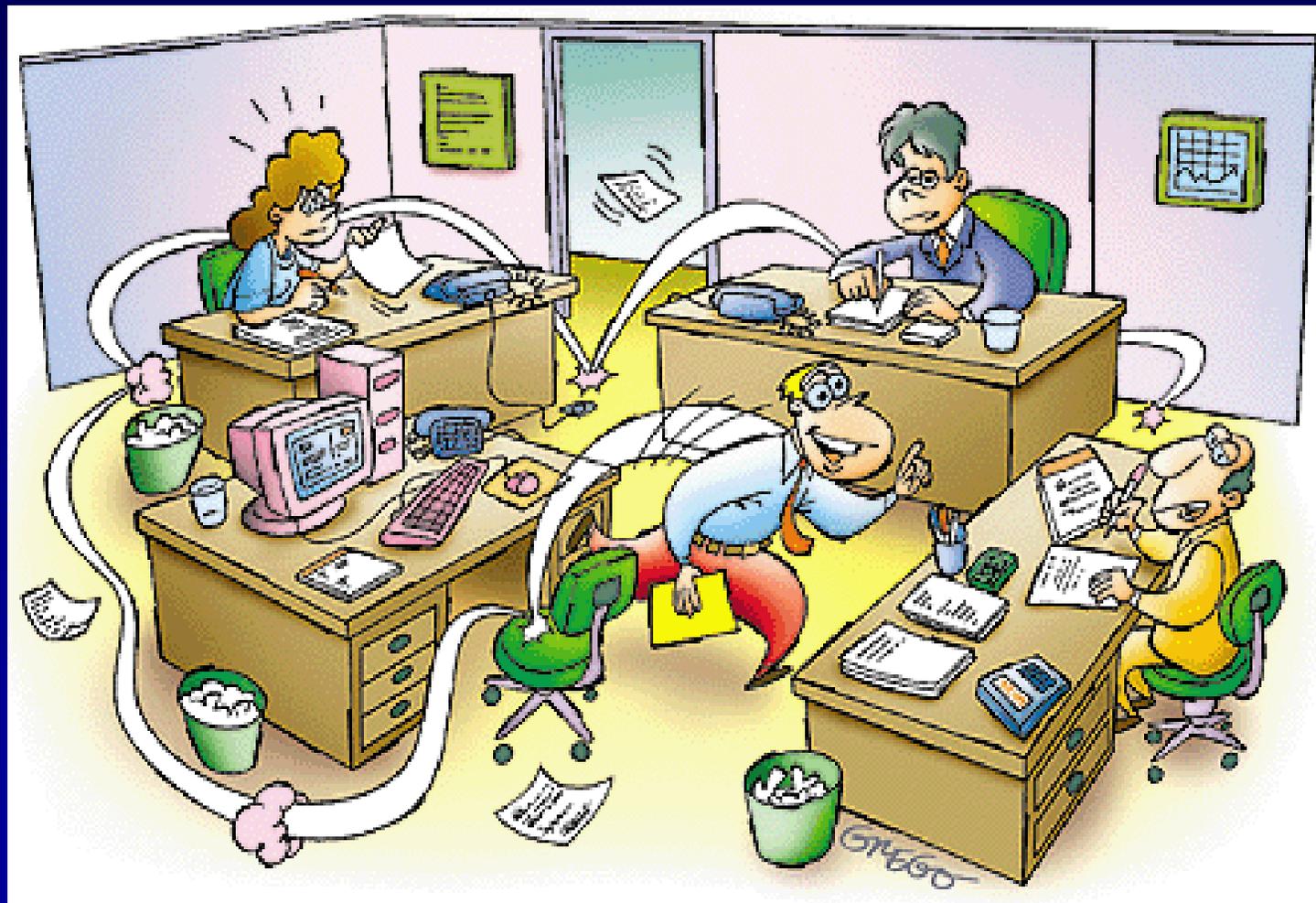
Irrequieto com as mãos e com os pés quando sentado



Não para sentado



É um foguete, a mil por hora, a milhão



Fala demais



Tem dificuldade em esperar a vez



Interrompe, intromete-se nas conversas ou jogos dos outros



E mais:

- **Tem uma sensação de inquietude (bicho carpinteiro)**
- **É barulhento para jogar ou se divertir**
- **Salta com as respostas antes de terminar as perguntas**

Diagnóstico de TDAH pelos critérios do DSM-IV:

- B. Alguns dos sintomas de desatenção ou hiperatividade / impulsividade já estavam presentes causando prejuízo **antes dos 7 anos**.
- C. Algum prejuízo decorrente dos sintomas ocorre em dois ou mais locais (ex.: na escola e em casa).
- D. Clara evidência de **prejuízo clinicamente significativo** no funcionamento acadêmico, social ou ocupacional.
- E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de **TGD**, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhor explicados por outro Transtorno Mental (ex.: Transtorno de Ansiedade ou Humor).

Idade de início de prejuízo (critério B):

- **Um dos critérios mais frágeis do DSM-IV para TDAH.**
- **Baseado apenas numa decisão de comitê.**
- **Nenhuma evidência de sua validade – mesmos padrões de comorbidade, prejuízo, e transmissão familiar.**
- **Sem sentido neurobiológico.**

Applegate et al.,1997; Barkley & Biederman, 1997;

Faraone et al., 2006; Rohde et al., 2000

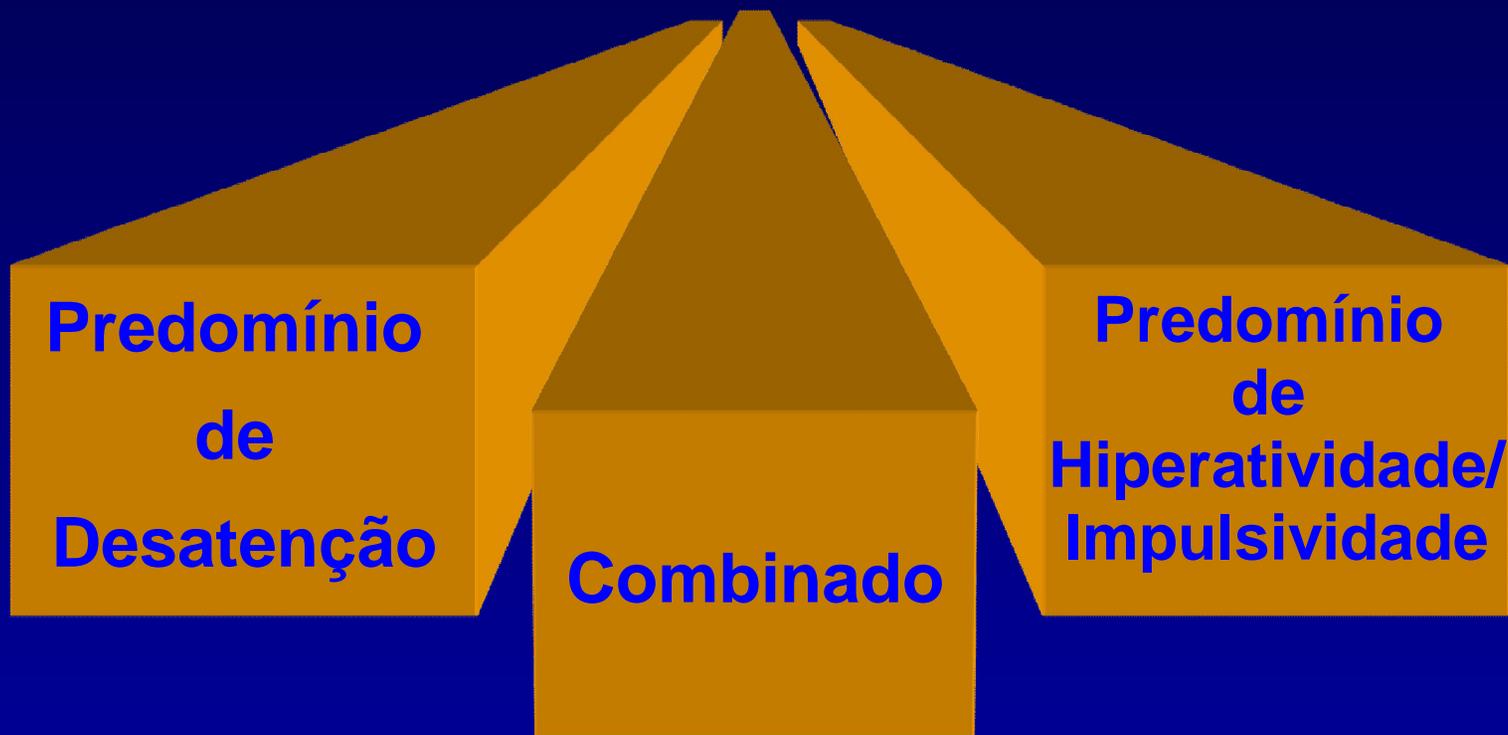
TDAH em adultos com QI superior:

- QI \geq 120
- N = 103
- 42 % evadiram do ensino médio pelo menos uma vez;
- 40% em subemprego no momento da avaliação

Exclusão do diagnóstico na presença de Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD)

- **Existe um sub-grupo de crianças com TGD que apresentam características de TDAH. Mas, isso não acontece com todas as que tem TGD.**
- **Esse grupo tem características clínicas e neuropsicológicas próprias e melhora dos sintomas de hiperatividade e de desatenção com o metilfenidato.**
- **Porque excluir a possibilidade diagnóstica, se a presença de RM não exclui o diagnóstico de TDAH.**

TIPOS DE TDAH



- **Predomínio Desatento:**

mais freqüente sexo feminino
comprometimento acadêmico maior
pior desempenho testes aritméticos
isolamento social e retraimento
taxas mais elevadas ansiedade e depressão

- **Predomínio Hiperatividade/Impulsividade:**

mais agressivas e impulsivas
altas taxas de rejeição de colegas

- **Combinado:**

sintomas de conduta opositiva e desafiadora
maior comprometimento funcionamento global
comprometimento social

TDAH

**PROCESSO
DIAGNÓSTICO**

Validade diagnóstica do TDAH

- O TDAH é “*um transtorno extremamente bem pesquisado e com validade superior à da maioria dos transtornos mentais e superior inclusive a de muitas condições médicas*”

AMA Council for Scientific Affairs, 1998

Processo Diagnóstico do TDAH

- **O TDAH é um diagnóstico clínico. Testes neuropsicológicos são úteis para avaliar déficits específicos, mas não são suficientemente úteis para o diagnóstico a ponto de serem realizados rotineiramente.**
- **Não existem dados suficientes que indiquem a utilidade de exames de neuroimagem como ferramentas clínicas, embora tais exames sejam promissores em termos de pesquisa.**

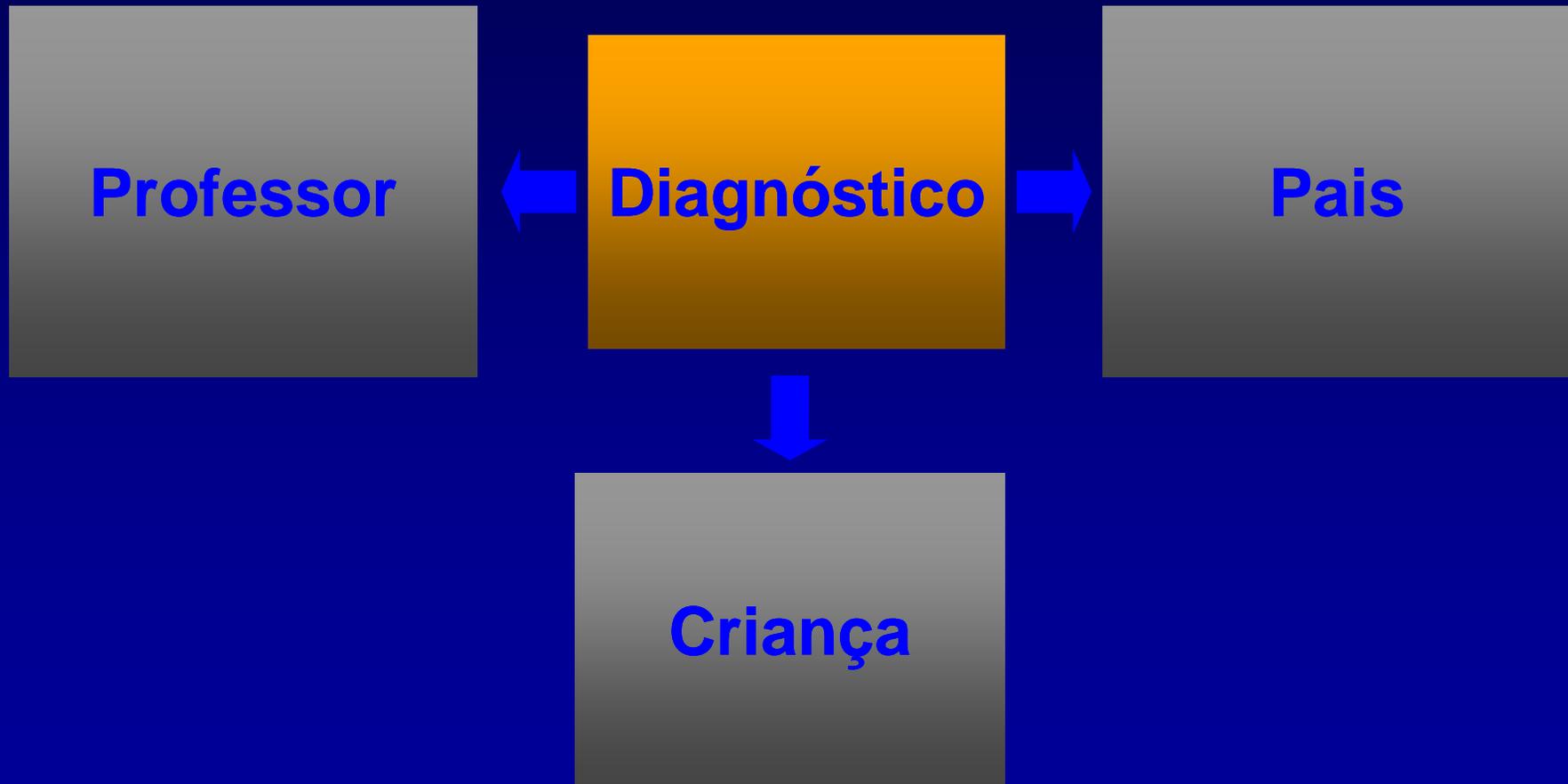
AACAP Official Action, 1999

AMA Council for Scientific Affairs, 1998

Diagnóstico Diferencial

- **Diminuição da acuidade visual**
- **Diminuição da acuidade auditiva**
- **Alterações do Sono**
- **Condições clínicas**
 - **Hipertiriodismo ou Hipotiriodismo**
- **Transtornos Psiquiátricos**
 - **Transtornos do Humor**
 - **Retardo mental**
 - **TAG**
 - **TOC**

Fonte de Informação



Concordância

Variações comportamentais em diferentes situações, estando ambos informando corretamente em relação a seus ambientes

Table 1 Agreement between parents' and teachers' judgments of ADHD symptoms at home and in school, at item level

ADHD criteria (DSM-IV)	PH-TS	PH-TH	PS-TS	PH-PS	TH-TS
AC (attention/concentration):					
(a) Often fails to give attention to details or makes careless mistakes	0.31	0.59**	0.37*	0.93**	0.88**
(b) Often has difficulty sustaining attention in tasks or play activities	0.14	0.29	0.39*	0.56**	0.78**
(c) Often does not seem to listen when spoken to directly	0.33	0.33	-0.04	0.69**	1.00**
(d) Often does not follow instructions and fails to finish work	0.23	0.27	0.46*	0.71**	0.91**
(e) Often has difficulty organizing tasks and activities	0.07	0.23	0.03	0.83**	1.00**
(f) Often avoids tasks that require sustained mental effort	-0.35	-0.29	-0.09	0.66**	1.00**

ADHD criteria (DSM-IV)	PH-TS	PH-TH	PS-TS	PH-PS	TH-TS
Average kappa values AC	0.12	0.20	0.16	0.78	0.95
Average kappa values HI	0.05	0.08	0.08	0.69	0.97
Average kappa values AC + HI	0.08	0.14	0.12	0.74	0.96
Average kappa values AC	0.12	0.20	0.16	0.78	0.95
Average kappa values HI	0.05	0.08	0.08	0.69	0.97
Average kappa values AC + HI	0.08	0.14	0.12	0.74	0.96

P parent; *T* teacher; *H* home; *S* school; *PH* parent-home; *PS* parent-school; *TS* teacher-school; *TH* teacher-home; levels of agreement are expressed as kappa [κ]; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

TDAH

Escalas úteis para avaliação de crianças: SNAP-IV

MTA SNAP – IV Escala de pontuação para pais e professores

Nome: Sexo: Idade: Escolaridade: Etnia:
Avaliado por: Tipo de Classe: Tamanho de Classe:

Para cada item, marque a coluna que melhor descreve esta criança:

	NEM UM POUCO	UM POUCO	BASTANTE	DEMAIS
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos de escola ou tarefas.				
2. Tem dificuldades de manter atenção em tarefas ou atividades de lazer.				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.				
5. Tem dificuldades para organizar tarefas e atividades.				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				
7. Perde coisas necessárias para atividades (p.ex: brinquedos, deveres de escola, livros ou livros).				
8. Distrai-se com estímulos externos.				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia.				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em situações em que se espera que fique sentado.				
12. Corre de um lado para o outro ou sobe demais nas cadeiras em situações em que isto é inapropriado.				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.				
14. Não para ou frequentemente está "a mil por hora".				
15. Fala em excesso.				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas.				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez.				
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex: mete-se nas conversas / jogos).				
19. Descontrola-se.				
20. Discute com adultos.				
21. Desafia ativamente ou se recusa a atender pedidos ou regras de adultos.				
22. Faz coisas de propósito que incomodam outras pessoas.				
23. Culpa os outros pelos seus erros ou mau comportamento.				
24. É irritável ou facilmente incomodado pelos outros.				
25. É rancioso e ressentido.				
26. É rancoroso ou vingativo.				

MATEMÁTICA

MTA SNAP – IV Escala de pontuação para pais e professores

Nome: Sexo: Idade: Escolaridade: Etnia:
 Avaliado por: Especificidade: Tamanho da Classe:

Para cada item, escolha a coluna que melhor descreve esta criança:

	NEM UM POUCO	UM POUCO	BASTANTE	DEMAIS
1. Falha em prestar atenção aos detalhes ou comete erros por falta de cuidado em trabalhos escolares e tarefas.		X		
2. Tem dificuldade em manter atenção em tarefas ou em brincadeiras.		X		
3. Parece não escutar quando lhe falam diretamente.		X		
4. Não segue instruções e falha em terminar temas de casa, tarefas ou obrigações.		X		
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.			X	
6. Evita, não gosta ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam manutenção de esforço mental.			X	
7. Perde coisas necessárias para suas atividades (brinquedos, livros, lápis, material escolar).		X		
8. É distraído por estímulos alheios.		X		
9. É esquecido nas atividades diárias.		X		
10. Irrequieto com as mãos ou pés ou se remexe na cadeira.		X		
11. Abandona sua cadeira em sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado.	X			
12. Corre ou escala em demasia em situações nas quais isto é inapropriado.	X			
13. Tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer.				X
14. Está a mil ou freqüentemente age como se estivesse a "todo vapor".			X	
15. Fala em demasia.	X			
16. Dá respostas precipitadas antes das perguntas serem completadas.		X		
17. Tem dificuldade para aguardar sua vez.		X		
18. Interrompe ou se intromete com os outros (ex: intromete-se em conversas ou brincadeiras).	X			
19. Descontrola-se.			X	
20. Discute com adultos.			X	
21. Ativamente desafia ou se recusa a seguir os pedidos dos adultos ou as regras.			X	
22. Faz coisas que incomodam os outros de propósito.		X		
23. Culpa os outros pelos seus erros ou má conduta.			X	
24. É sensível ou facilmente incomodado pelos outros.		X		
25. É raivoso ou ressentido.	X			
26. É malvado ou vingativo.	X			

PORTUGUÊS

s e professores

..... Escolaridade: Etnia:
 Tamanho da Classe:

ve esta criança:

	NEM UM POUCO	UM POUCO	BASTANTE	DEMAIS
		X		
		X		
	X			
		X		
			X	
		X		
		X		
			X	
		X	X	
			X	
	X			
	X			
	X			
		X		
	X			
	X			
		X		
	X			
	X			
			X	
	X			
	X			

Article

The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis

Guilherme Polanczyk, M.D.

Maurício Silva de Lima, M.D.,
Ph.D.

Bernardo Lessa Horta, M.D.,
Ph.D.

Joseph Biederman, M.D.

Luis Augusto Rohde, M.D., Ph.D.

Objective: The worldwide prevalence estimates of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)/hyperkinetic disorder (HD) are highly heterogeneous. Presently, the reasons for this discrepancy remain poorly understood. The purpose of this study was to determine the possible causes of the varied worldwide estimates of the disorder and to compute its worldwide pooled prevalence.

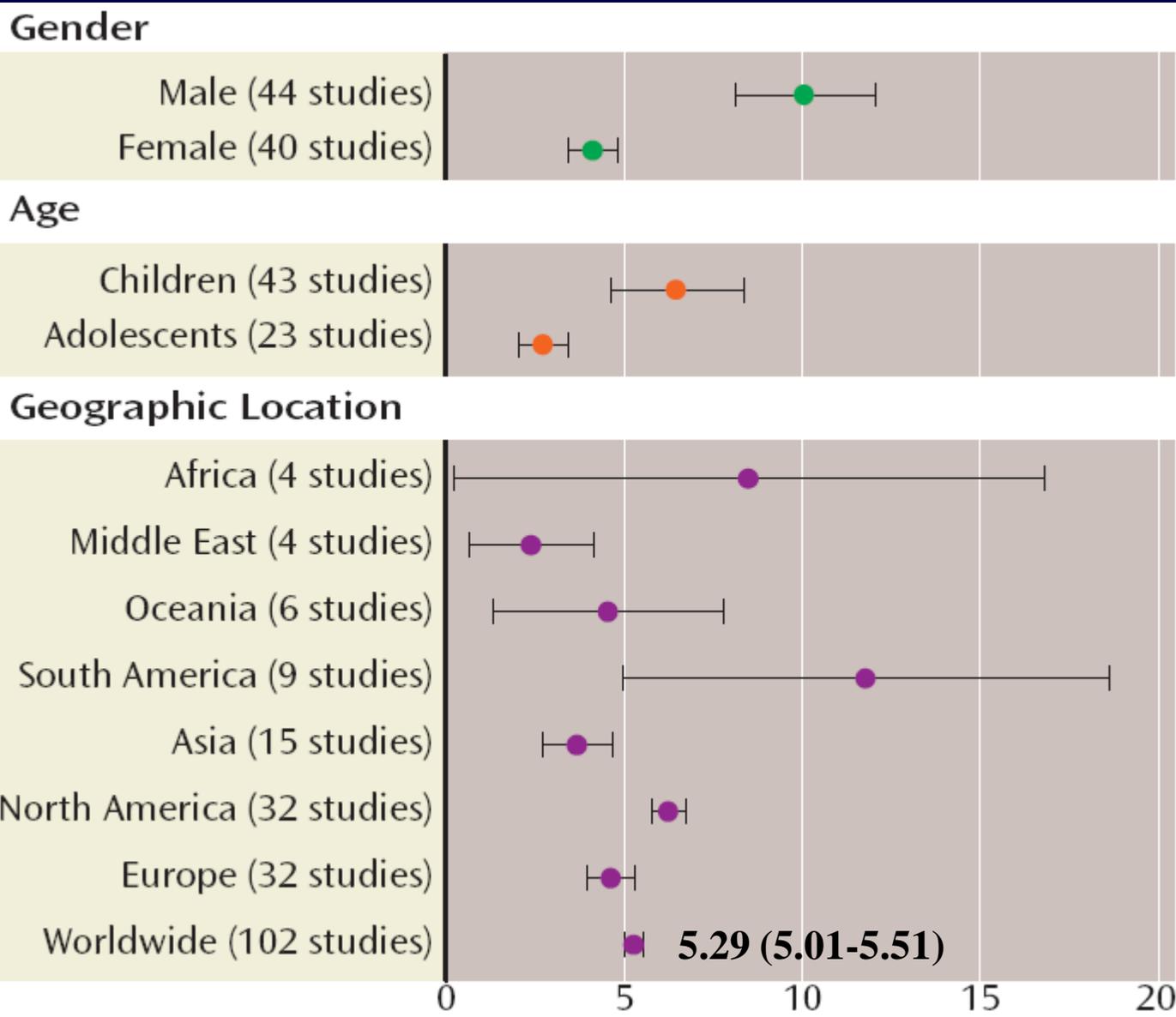
Method: The authors searched MEDLINE and PsycINFO databases from January 1978 to December 2005 and reviewed textbooks and reference lists of the studies selected. Authors of relevant articles from North America, South America, Europe, Africa, Asia, Oceania, and the Middle East and ADHD/HD experts were contacted. Surveys were included if they reported point prevalence of ADHD/HD for subjects 18 years of age or younger from the general population or schools according to DSM or ICD criteria.

Results: The literature search generated 9,105 records, and 303 full-text articles

were reviewed. One hundred and two studies comprising 171,756 subjects from all world regions were included. The ADHD/HD worldwide-pooled prevalence was 5.22%. This estimate was associated with significant variability. In the multivariate metaregression model, diagnostic criteria, source of information, requirement of impairment for diagnosis, and geographic origin of the studies were significantly associated with ADHD/HD prevalence rates. Geographic location was associated with significant variability only between estimates from North America and both Africa and the Middle East. No significant differences were found between Europe and North America.

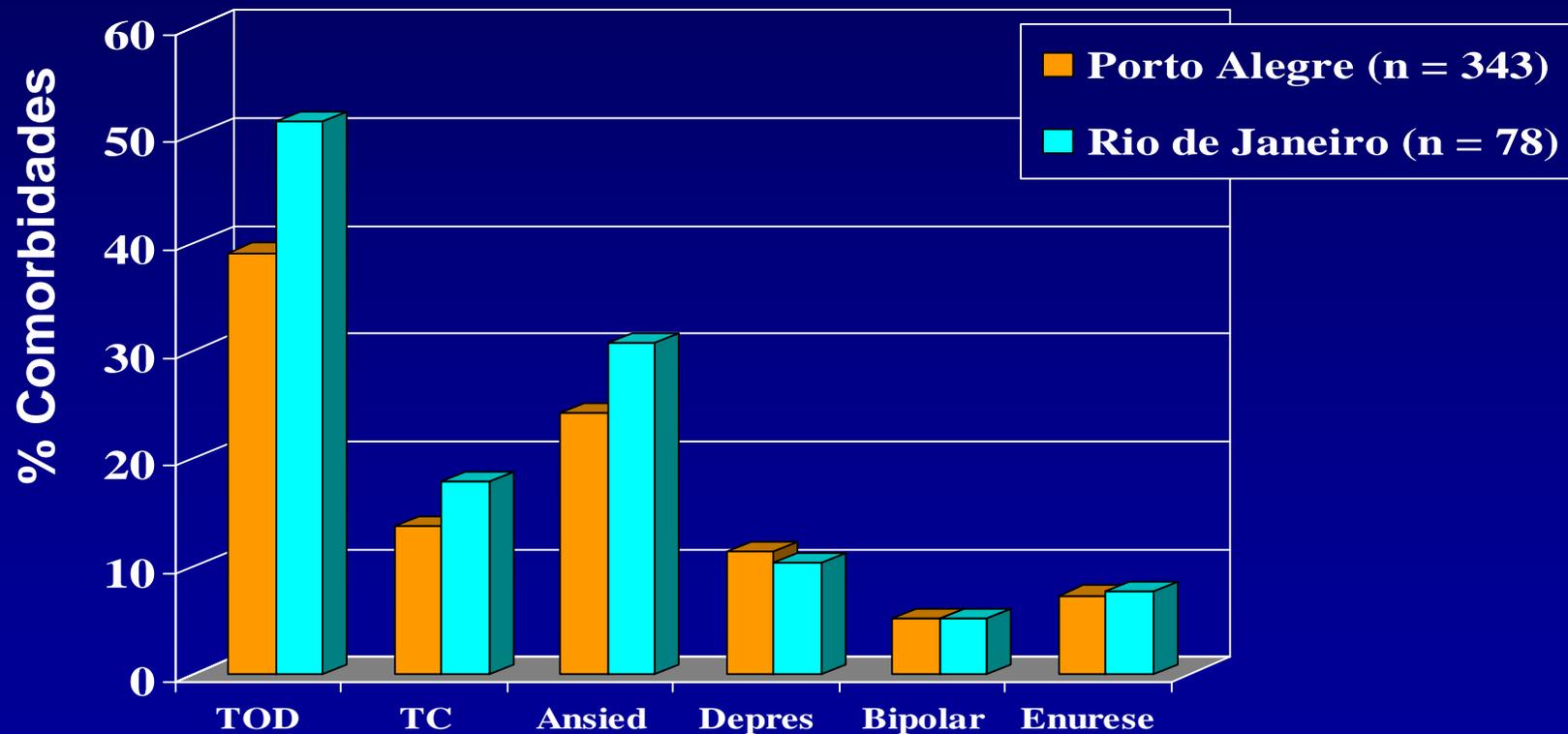
Conclusions: Our findings suggest that geographic location plays a limited role in the reasons for the large variability of ADHD/HD prevalence estimates worldwide. Instead, this variability seems to be explained primarily by the methodological characteristics of studies.

(Am J Psychiatry 2007; 164:942–948)



Comorbidade do TDAH no Brasil

*Comparação entre duas amostras referidas:
Porto Alegre (n = 343) e Rio de Janeiro (n = 78)*



Souza et al. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2004

Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds

Luciana Anselmi · Bacy Fleitlich-Bilyk ·
Ana Maria B. Menezes · Cora L. Araújo ·
Luis A. Rohde

Table 1 Prevalence and confidence intervals for psychiatric disorders according to DSM-IV and ICD-10 diagnosis: 1993 cohort sample, follow-up 2004–2005

Disorders	Prevalence (95% CI)	
	DSM-IV	ICD-10
Any diagnosis	10.8 (7.1–14.5)	10.8 (7.1–14.5)
Any anxiety disorder	6.0 (3.2–8.8)	6.2 (3.2–8.8)
Separation anxiety disorder	0.7 (0.3–1.7)	0.8 (0.3–1.9)
Specific phobia	1.4 (0.2–2.2)	1.4 (0.2–2.2)
Social phobia	0.1 (0.3–0.5)	0.1 (0.3–0.5)
Obsessive-compulsive disorder	0.1 (0.3–0.5)	0.1 (0.3–0.5)
Generalized anxiety disorder	1.4 (0.2–2.2)	1.4 (0.2–2.2)
Posttraumatic stress disorder	0.1 (0.3–0.5)	–
Agoraphobia	–	0.1 (0.3–0.5)
Other anxiety disorder	2.2 (0.3–3.7)	2.3 (0.3–3.7)
Any depressive disorders	1.6 (0.4–3.6)	1.6 (0.4–3.6)
Major depression	1.6 (0.4–3.6)	0.9 (0.2–2.0)
Other depressive disorder	0.1 (0.3–0.5)	0.7 (0.3–1.7)
Any ADHD/hyperkinetic disorder	4.1 (1.6–6.4)	2.7 (0.9–5.0)
Any oppositional–conduct disorder	4.4 (1.6–6.4)	4.4 (1.6–6.4)
Oppositional defiant disorder	2.1 (0.3–3.7)	2.1 (0.3–3.7)
Conduct disorder	2.2 (0.3–3.7)	2.2 (0.6–3.4)
Other disruptive disorder	0.1 (0.3–0.5)	0.1 (0.3–0.5)
Less common disorders	1.4 (0.2–2.2)	1.4 (0.2–2.2)
Eating disorders	0.1 (0.3–0.5)	0.1 (0.3–0.5)
Tic disorders and Tourette syndrome	1.3 (0.2–2.2)	1.3 (0.2–2.2)

There were no cases of panic attacks, autistic spectrum disorders, bipolar disorder, attachment disorders, selective mutism, psychotic disorders

TOD

A. Um padrão de comportamento negativista, hostil e desafiador durando pelo menos 6 meses, durante os quais quatro (ou mais) das seguintes características estão presentes:

- (1) freqüentemente perde a paciência**
- (2) freqüentemente discute com adultos**
- (3) com freqüência desafia ou se recusa ativamente a obedecer a solicitações ou regras dos adultos**
- (4) freqüentemente perturba as pessoas de forma deliberada**
- (5) freqüentemente responsabiliza os outros por seus erros ou mau comportamento**
- (6) mostra-se freqüentemente suscetível ou é aborrecido com facilidade pelos outros**
- (7) freqüentemente enraivecido e ressentido**
- (8) freqüentemente rancoroso ou vingativo**

Obs: Considerar o critério satisfeito apenas se o comportamento ocorre com maior freqüência do que se observa tipicamente em indivíduos de idade e nível de desenvolvimento comparáveis.

B. A perturbação do comportamento causa prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

C. Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Psicótico ou Transtorno do Humor.

D. Não são satisfeitos os critérios para Transtorno da Conduta e, se o indivíduo tem 18 anos ou mais, não são satisfeitos os critérios para Transtorno da Personalidade Anti-Social.

TC

A. Um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos básicos dos outros ou normas ou regras sociais importantes apropriadas à idade, manifestado pela presença de três (ou mais) dos seguintes critérios nos últimos 12 meses, com pelo menos um critério presente nos últimos 6 meses:

Agressão a pessoas e animais

- (1) freqüentemente provoca, ameaça ou intimida outros
- (2) freqüentemente inicia lutas corporais
- (3) utilizou uma arma capaz de causar sério dano físico a outros (por ex., bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca, arma de fogo)
- (4) foi fisicamente cruel com pessoas
- (5) foi fisicamente cruel com animais
- (6) roubou com confronto com a vítima (por ex., bater carteira, arrancar bolsa, extorsão, assalto à mão armada)
- (7) forçou alguém a ter atividade sexual consigo

Destruição de propriedade

- (8) envolveu-se deliberadamente na provocação de incêndio com a intenção de causar sérios danos
- (9) destruiu deliberadamente a propriedade alheia (diferente de provocação de incêndio)

Defraudação ou furto

- (10) arrombou residência, prédio ou automóvel alheios
- (11) mente com freqüência para obter bens ou favores ou para evitar obrigações legais (isto é, ludibria outras pessoas)
- (12) roubou objetos de valor sem confronto com a vítima (por ex., furto em lojas, mas sem arrombar e invadir; falsificação)

Sérias violações de regras

- (13) freqüentemente permanece na rua à noite, apesar de proibições dos pais, iniciando antes dos 13 anos de idade
- (14) fugiu de casa à noite pelo menos duas vezes, enquanto vivia na casa dos pais ou lar adotivo (ou uma vez, sem retornar por um extenso período)
- (15) freqüentemente gazeteia à escola, iniciando antes dos 13 anos de idade

B. A perturbação no comportamento causa prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

C. Se o indivíduo tem 18 anos ou mais, não são satisfeitos os critérios para o Transtorno da Personalidade Anti-Social.