

# Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos

Transcultural adaptation of the Adult Self-Report Scale into portuguese for evaluation of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

PAULO MATTOS<sup>1</sup>  
DANIEL SEGENREICH<sup>2</sup>  
ELOÍSA SABOYA<sup>3</sup>  
MÁRIO LOUZÃ<sup>4</sup>  
GABRIELA DIAS<sup>5</sup>  
MARCOS ROMANO<sup>6</sup>

## Resumo

Os critérios mais utilizados para o diagnóstico de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) são aqueles listados pela quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiatria, baseados em estudos de campo com crianças e adolescentes. A Adult Self-Report Scale (ASRS, versão 1.1) foi desenvolvida para adaptar os sintomas listados no DSM-IV para o contexto da vida adulta. O presente estudo consistiu em uma adaptação transcultural do instrumento original em inglês para uma versão final para uso corrente no Brasil. Os resultados indicaram uma equivalência satisfatória entre as versões, tendo sido realizadas alterações após o *debriefing*, ressaltando a importância dessa etapa em estudos desta natureza.

**Palavras-chave:** Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade, questionários, adaptação transcultural, validação, ASRS.

## Recebido: 19/12/2005 - Aceito: 13/03/2006

1 Professor adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), doutor em psiquiatria, coordenador do Grupo de Estudos do Déficit de Atenção (GEDA) do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

2 Mestrando em psiquiatria, médico pesquisador do GEDA do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

3 Doutora em saúde mental, psicóloga pesquisadora do GEDA do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

4 Doutor em medicina pela Universidade de Würzburg, Alemanha, médico assistente e coordenador do Projeto Déficit de Atenção e Hiperatividade no adulto (PRODATH) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).

5 Médica pesquisadora do GEDA do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

6 Médico do Ambulatório de Déficit de Atenção/Hiperatividade da Unidade de Estudos em Álcool e Drogas (UNIAD) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Endereço para correspondência: Dr. Paulo Mattos. Rua Paulo Barreto, 91 – 22280-010 – Rio de Janeiro, RJ. Fone: (21) 2295-3796. E-mail: paulomattos@mandic.com.br

## Abstract

The criteria listed in the fourth edition of the Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) from the American Psychiatric Association are the most used ones for the diagnosis of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) being based on field studies with children and adolescents. The *Adult Self-Report Scale* (ASRS, version 1.1) was developed to adapt those symptoms to an adult life

context. The present study consisted of a transcultural adaptation of the original instrument in English into a final version to be used in Brazil. Results indicated a satisfactory equivalence between versions, with some modifications being done after debriefing, supporting the importance of this step in studies like this.

Key-words: Attention-deficit/hyperactivity disorder, questionnaires, transcultural adaptation, validation, ASRS.

## Introdução

A existência de uma forma adulta do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) – denominada à época de “tipo residual” – foi oficialmente reconhecida pela Associação Americana de Psiquiatria em 1980 por ocasião da publicação do DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual, 3<sup>rd</sup> edition*; American Psychiatric Association, 1980). O texto da edição atual, DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), indica que, em alguns casos, o transtorno persiste até a vida adulta, denotando que a melhora da hiperatividade e da impulsividade ao final da adolescência poderia ser parcial, sem remissão completa do transtorno, ao contrário do que anteriormente se acreditava (Laufer e Denhoff, 1957).

Estudos longitudinais demonstraram que o TDAH persiste na vida adulta em torno de 60% a 70% dos casos (Barkley *et al.*, 2002), sendo as diferenças encontradas nas taxas de remissão mais bem atribuídas às diferentes definições de TDAH ao longo do tempo do que ao curso do transtorno ao longo da vida (Biederman *et al.*, 2000). Embora o diagnóstico de TDAH em adultos ainda seja motivo de embates (McCough e Barkley, 2004), considera-se que ele possa ser realizado de modo confiável quando são utilizados critérios bem definidos, tais como os empregados pelo sistema DSM (Spencer *et al.*, 1994; 1998). Os sintomas listados no DSM-IV, entretanto, foram concebidos a partir de estudos de campo com crianças e adolescentes de 7 a 17 anos, tendo-se obtido como pontos de corte para o diagnóstico seis entre nove sintomas de desatenção e/ou seis entre nove sintomas de hiperatividade-impulsividade (critério A) (Lahey *et al.*, 1994). Mesmo não tendo sido inicialmente pretendida para o diagnóstico em adultos, inúmeros estudos clínicos, farmacológicos, genéticos e de neuroimagem utilizaram o DSM-IV, adaptando os sintomas e os critérios ali indicados (Barkley e Gordon, 2002).

Uma revisão realizada por um grupo estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) havia concluído que tanto as escalas disponíveis para uso com adultos como as entrevistas semi-estruturadas, incluindo o MINI-Plus (Sheehan *et al.*, 1998), ou não contemplavam a totalidade dos itens do DSM-IV, ou incluíam perguntas consideradas inadequadas para a

investigação daqueles (Kessler *et al.*, 2005a). Os sintomas listados no DSM-IV para o diagnóstico de crianças e adolescentes foram adaptados para adultos na escala *Adult Self-Report Scale* (ASRS, versão 1.1, disponível em <http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php>), cuja calibração foi realizada durante o National Comorbidity Survey-Replication (Kessler *et al.*, 2005b), um recente estudo epidemiológico norte-americano.

A escala ASRS possui 18 itens que contemplam os sintomas do critério A do DSM-IV modificados para o contexto da vida adulta, uma vez que vários itens dizem respeito a comportamentos próprios da infância ou da adolescência (por exemplo, “correr e escalar”). Algumas perguntas que endereçavam mais de um aspecto ou sintoma (*double barrel*, em inglês) foram transformadas (por exemplo, “não seguir instruções até o final e deixar suas tarefas sem terminar”). A ASRS oferece cinco opções de resposta de frequência: nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente e muito frequentemente.

Na validação na população estadunidense, para algumas perguntas (itens 3, 4, 5 e 9 da parte A e itens 2, 7 e 9 da parte B), foi considerada “positiva” a resposta envolvendo uma frequência menor (“algumas vezes”), mas para a maioria dos itens são consideradas positivas apenas as respostas envolvendo as frequências “frequentemente” e “muito frequentemente”. A análise dos dados obtidos com amostras populacionais e subamostras com TDAH também ofereceram escores calculados de acordo com cada item, em que zero corresponde a “nunca” e quatro, a “muito frequentemente”.

No estudo de calibração da ASRS, os autores indicaram que pontuação total acima de 24 pontos era fortemente sugestiva de TDAH. Não há dados até o momento para a população brasileira, o que indica cautela em utilizar a pontuação dos itens ou mesmo considerar respostas “algumas vezes” como positivas até que haja dados disponíveis no País. A ASRS foi validada numa população adulta dos Estados Unidos no National Comorbidity Survey-Replication (Kessler *et al.* 2005a).

Há uma versão de rastreio (*screening*) consistindo de apenas seis itens da mesma escala (itens 4, 5, 6 e 9 da parte A e itens 1 e 5 da parte B) a ser empregada em estudos populacionais. No caso do rastreio de seis itens,

é considerado “suspeito” o indivíduo com pelo menos quatro itens positivos. No caso de utilização da versão de 18 itens (partes A + B), segue-se o mesmo ponto de corte estabelecido no DSM-IV: são considerados como tendo diagnóstico possível aqueles indivíduos que apresentam, no mínimo, seis sintomas em pelo menos um dos domínios (desatenção – itens 1 a 9 da parte A – e hiperatividade-impulsividade – itens 1 a 9 da parte B) ou em ambos. A versão de rastreio em português foi disponibilizada somente após ter sido iniciado o presente estudo, em 2004. Nenhum dos autores deste estudo participou do processo de tradução da versão de rastreio, para a qual não há dados publicados.

Cumprido ressaltar que a ASRS serve para identificar sintomas do critério A, porém, para o diagnóstico de TDAH em adultos, é necessário que outros critérios sejam atendidos: idade precoce de início, antes dos 7 anos de idade (critério B), universalidade dos sintomas, isto é, manifestação em pelo menos dois ambientes diferentes (critério C), comprometimento funcional clinicamente significativo (critério D) e decisão clínica de os sintomas não serem mais bem atribuídos a outros transtornos (critério E), em especial transtornos do humor e ansiedade.

Estudos comparando o auto-relato de adultos com o relato de informantes tendem a mostrar o mesmo grau de discrepância observado quando se comparam o auto-relato de crianças e o relato de pais, com tendência a menor número de sintomas nos relatos dos próprios indivíduos (Jensen *et al.*, 1999; Zucker *et al.*, 2002). Um estudo com amostra não-clínica, entretanto, demonstrou concordância quanto ao número e à gravidade dos sintomas (Murphy e Schachar, 2000). A entrevista clínica não pode ser substituída pelo auto-relato, mesmo com o uso da ASRS (Spencer e Adler, 2004; Kessler *et al.*, 2005b).

Em várias áreas da medicina em nosso meio, incluindo a psiquiatria (Jorge, 1998), tem-se optado pela tradução e adaptação transcultural de questionários e escalas já existentes, uma vez que tal procedimento é mais prático e operacional que a concepção de um instrumento novo, além de permitir a comparação entre países distintos (Massoubre e Lang, 2002; Hunt *et al.*, 1991). Entretanto, confusões terminológicas frequentes e pobreza de sistematização das adaptações transculturais têm sido apontadas na literatura como deficiências que podem comprometer a qualidade das informações colhidas, em especial nos estudos epidemiológicos (Herdman *et al.*, 1998; Reichenheim *et al.*, 2000).

## Objetivo

Realização da adaptação transcultural da escala ASRS-18 (v.1.1) pela avaliação do instrumento original e de suas versões para o português, propondo uma versão final em língua portuguesa para uso corrente no Brasil.

## Método

Utilizaram-se as diretrizes gerais do método proposto por Herdman *et al.* (1998). Foram realizadas cinco eta-

pas consecutivas: 1) tradução do instrumento original; 2) retrotradução; 3) apreciação formal de equivalência; 4) *debriefing* com amostra de conveniência; e 5) crítica final por especialistas na área.

A **etapa 1** consistiu em duas traduções do instrumento original em inglês para o português realizadas de forma independente: a primeira delas (T1) por um profissional formado em letras e com especialização em inglês, e a segunda (T2) por um psiquiatra com experiência na área e fluente no idioma inglês, capaz de identificar o conceito que sustenta cada um dos itens no instrumento original. Nesta etapa, respeitou-se a *equivalência operacional*, que objetiva manter características originais, auferindo maior confiabilidade e validade do instrumento, mantendo o mesmo número de itens (18), o mesmo enunciado e as mesmas cinco opções de respostas de frequência.

A **etapa 2** consistiu nas retrotraduções de T1 e T2 para o inglês, respectivamente, por outro profissional formado em letras e com especialização em inglês (R1) e um psiquiatra com experiência na área e fluente no idioma inglês (R2). As retrotraduções ocorreram de modo independente, além de cegas com relação ao perfil dos profissionais da primeira etapa.

A **etapa 3** consistiu na apreciação formal de equivalência semântica com profissionais com o mesmo perfil das etapas 1 e 2. Para o julgamento da equivalência semântica, avaliaram-se os significados geral e referencial dos termos e das expressões de cada um dos 18 itens que compõem a escala (Herdman *et al.*, 1998; Reichenheim *et al.*, 2000). Os significados referenciais dizem respeito à correspondência literal entre as palavras no instrumento original e as retrotraduções. Os significados gerais representam as idéias (conceitos) a que uma única palavra ou um conjunto de palavras aludem, levando em conta aspectos mais sutis que a correspondência literal. Assim, na equivalência semântica, leva-se em consideração não apenas o significado das palavras entre dois idiomas diferentes, como também se procura atingir o mesmo efeito que os itens (perguntas) têm em culturas distintas. Para cada item, foi utilizado um formulário no qual os pares de traduções e retrotraduções (T1-R1) e (T2-R2) eram apresentados e os profissionais julgavam a equivalência entre pares em quatro níveis: inalterado, pouco alterado, muito alterado e completamente alterado. Após a avaliação e a discussão em conjunto, procedeu-se a uma **versão-síntese** com base no julgamento de cada um dos itens. Dois dos autores que não participaram das etapas anteriores (MR e ML), de duas instituições universitárias distintas, com ampla experiência na avaliação de TDAH em adultos, receberam esta **versão-síntese** e forneceram comentários e críticas com base em sua experiência. Uma nova **versão-síntese** foi então preparada contemplando essas contribuições após discussão com todos os envolvidos.

A **etapa 4** consistiu na aplicação da **versão-síntese** em uma amostra de conveniência composta de 20 adultos portadores de TDAH diagnosticados segundo os critérios do DSM-IV e 10 adultos controles não-pareados de ambos os sexos no Grupo de Estudos do Déficit de Atenção (GEDA) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Nesta etapa, solicitava-se ao entrevistado que desse um exemplo da vida diária correspondente ao item que acabara de responder; o entrevistador, então, julgava a compreensão com base na pertinência do exemplo, registrando seus comentários para cada um dos itens.

A **etapa 5** consistiu na coleta dos comentários dos aplicadores das versões-sínteses e na análise pelos mesmos profissionais da **etapa 3**. A partir da discussão dos itens que apresentaram problemas de entendimento pela população avaliada, procedeu-se à **versão final**.

## Resultados

A tabela 1 exemplifica os resultados das etapas 1, 2 e 3 para quatro questões da ASRS. As duas retrotraduções do instrumento obtiveram boas medidas de equivalência de significado referencial e geral em relação ao instrumento original. No primeiro caso, a concordância entre os pares variou de 80% a 100% para os 18 itens; no segundo caso, a concordância variou entre 60% e 95%. Nenhum item foi avaliado como completamente alterado e apenas um item foi avaliado como “muito alterado” (que incluía o vocábulo “tarefa”).

Na etapa 3, em algumas perguntas, decidiu-se por uma terceira alternativa, com pequenas modificações, sem alterar o sentido pretendido. Na totalidade dos casos, a opção consistiu na escolha de palavras que pudessem ser compreendidas por indivíduos numa faixa ampla de escolaridade (aspecto para o qual os tradutores

**Tabela 1.** Exemplos de itens da ASRS e resultados nas etapas de tradução (T1 e T2), retrotradução (R1 e R2) e versão-síntese.

Original	T1	R1	T2	R2	Síntese
How often do you make careless mistakes when you have to work on a boring or difficult project?	Com que frequência você comete erros por descuido, quando você tem que trabalhar num projeto difícil ou enfadonho?	How frequently do you make mistakes due to lack of attention when you work on a dull or difficult project?	Com que frequência você comete erros por desatenção quando você tem de trabalhar em um projeto chato ou difícil?	How often do you make slips because of lack of attention when you have to work on a boring or difficult project?	Com que frequência você faz erros por falta de atenção quando está trabalhando num projeto chato ou difícil?
How often do you have difficulty concentrating on what people say to you, even when they are speaking to you directly?	Com que frequência você tem dificuldade em se concentrar no que as pessoas estão lhe dizendo, mesmo quando elas estão se dirigindo diretamente a você?	How frequently do you find it difficult to concentrate on what people tell you, even when they are speaking directly to you?	Com que frequência você tem dificuldade em se concentrar no que as pessoas lhe dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente com você?	How often do you find it difficult to concentrate on what people are saying to you, even when they are speaking directly to you?	Com que frequência você tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente com você?
How often are you distracted by activity or noise around you?	Com que frequência você se distrai devido a atividades ou ruídos ao seu redor?	How frequently are you distracted by activity or noises around you?	Com que frequência você se distrai com atividades ou barulhos a sua volta?	How often do you get distracted by activities or noise going on around you?	Com que frequência você se distrai com atividades ou barulhos a sua volta?
How often do you have difficulty unwinding and relaxing when you have time to yourself?	Com que frequência você tem dificuldade em relaxar quando você tem um tempo para si mesmo?	How frequently do you find it difficult to calm down and relax when you have free time for yourself?	Com que frequência você tem dificuldades em ficar sossegado e relaxado quando você tem tempo pra você?	How often do you have trouble winding down and relaxing when you have some time to yourself?	Com que frequência você tem dificuldade para sossegar e relaxar quando você tem tempo livre para você?



não foram orientados inicialmente). Assim, as palavras “compelido”, “cometer” e “enfadonha” foram substituídas pelos seus equivalentes considerados de maior uso na comunicação oral coloquial. Além disso, foi procurada uma correspondência entre de percepção e de impacto dos diferentes vocábulos (Herdman *et al.*, 1998).

Um único item foi considerado como “muito alterado” quanto à equivalência geral, aquele que incluía a palavra “tarefa”. Embora seja a tradução correta de “*task*”, ela não é regularmente empregada em nosso meio e apresenta grande potencial de não ser compreendida. De fato, o termo “trabalho”, opção discutida e selecionada pelos profissionais na etapa 3, foi utilizado com boa compreensão pelos indivíduos entrevistados na etapa 5.

As etapas 4 e 5 trouxeram contribuições para a melhor percepção das dificuldades de aplicação da escala, mas apenas em um item as alterações foram incorporadas na versão final, conforme indicado a seguir. Identificou-se que a expressão “falar demais” pode ter

o significado de “falar além da conta”, e, embora diga respeito a um aspecto do TDAH (impulsividade), não é o sentido pretendido no instrumento original (“falar em excesso”, item constante do módulo de hiperatividade); entretanto, mesmo no original em inglês, essas possibilidades de entendimento existem, e a opção “falar muito” foi descartada devido à discrepância do original em língua inglesa (“*too much*”).

A expressão “dificuldade para finalizar os últimos detalhes de um projeto depois de já ter feito as partes mais desafiadoras” não era compreendida por um número significativo de indivíduos entrevistados, aspecto identificado pelos exemplos que forneciam após suas respostas aos entrevistadores. Optou-se por transformá-lo em “*deixar um projeto pela metade depois de ter feito as partes mais difíceis*”, sendo esta a única alteração proposta pela etapa 4 (*debriefing* com pacientes adultos e controles). A **versão final** da ASRS é apresentada na tabela 2.

**Tabela 2.** ASRS 18 itens (versão 1.1) – versão final em português.

Por favor, responda as perguntas abaixo se avaliando de acordo com os critérios do lado direito da página. Após responder cada uma das perguntas, circule o número que corresponde a como você se sentiu e se comportou nos últimos seis meses. Por favor, dê este questionário completo ao profissional de saúde para que vocês possam discutir na consulta de hoje.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
1. Com que frequência você comete erros por falta de atenção quando tem de trabalhar num projeto chato ou difícil?	0	1	2	3	4
2. Com que frequência você tem dificuldade para manter a atenção quando está fazendo um trabalho chato ou repetitivo?	0	1	2	3	4
3. Com que frequência você tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente com você?	0	1	2	3	4
4. Com que frequência você deixa um projeto pela metade depois de já ter feito as partes mais difíceis?	0	1	2	3	4
5. Com que frequência você tem dificuldade para fazer um trabalho que exige organização?	0	1	2	3	4
6. Quando você precisa fazer algo que exige muita concentração, com que frequência você evita ou adia o início?	0	1	2	3	4
7. Com que frequência você coloca as coisas fora do lugar ou tem de dificuldade de encontrar as coisas em casa ou no trabalho?	0	1	2	3	4
8. Com que frequência você se distrai com atividades ou barulho a sua volta?	0	1	2	3	4
9. Com que frequência você tem dificuldade para lembrar de compromissos ou obrigações?	0	1	2	3	4
<b>PARTE A – TOTAL</b>					
1. Com que frequência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as mãos ou os pés quando precisa ficar sentado (a) por muito tempo?	0	1	2	3	4
2. Com que frequência você se levanta da cadeira em reuniões ou em outras situações onde deveria ficar sentado (a)?	0	1	2	3	4
3. Com que frequência você se sente inquieto (a) ou agitado (a)?	0	1	2	3	4
4. Com que frequência você tem dificuldade para sossegar e relaxar quando tem tempo livre para você?	0	1	2	3	4
5. Com que frequência você se sente ativo (a) demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse “com um motor ligado”?	0	1	2	3	4
6. Com que frequência você se pega falando demais em situações sociais?	0	1	2	3	4
7. Quando você está conversando, com que frequência você se pega terminando as frases das pessoas antes delas?	0	1	2	3	4
8. Com que frequência você tem dificuldade para esperar nas situações onde cada um tem a sua vez?	0	1	2	3	4
9. Com que frequência você interrompe os outros quando eles estão ocupados?	0	1	2	3	4
<b>PARTE B – TOTAL</b>					

## Discussão

A necessidade de instrumental para o diagnóstico de TDAH em adultos em nosso meio é grande, uma vez que inexitem escalas ou questionários adaptados para o português. A entrevista estruturada MINI-Plus (Sheehan *et al.*, 1998), por exemplo, possui versão em português e é utilizada de forma rotineira em pesquisa no Brasil, porém, não contempla os itens do DSM-IV em sua totalidade e não permite que o entrevistador aprofunde as questões com o paciente.

A tradução e a adaptação transcultural de instrumentos diagnósticos ou escalas de avaliação deve seguir o paradigma “emic-etic” (Jorge 1998). O vértice “emic” (termo retirado da palavra *phonemic*) diz respeito a um olhar do fenômeno a partir do próprio contexto ou da cultura em que ele ocorre; já o vértice “etic” (termo obtido a partir da palavra *phonetic*) diz respeito a uma generalização do fenômeno observado para comparação em diferentes culturas. Dentro dessa perspectiva, a tradução de uma escala requer cuidados lingüísticos, uma vez que termos podem ter diferentes abrangências e especificidades inerentes a cada idioma. Além disso, a validação semântica é necessária para a certificação de que o instrumento é compreensível a todos os membros da população à qual se destina (Pasquali, 1998).

A presente adaptação constatou um nível bastante satisfatório de equivalência semântica entre a versão em

português e o original em inglês. Entretanto, na etapa de *debriefing* com adultos, identificou-se dificuldade com um item que fora considerado como equivalente anteriormente, indicando a necessidade dessa etapa em estudos de adaptação transcultural. Também foi dada ênfase à seleção de vocábulos que fossem mais prontos e facilmente compreendidos por indivíduos pertencentes a classes socioeconômicas mais baixas. Evitaram-se também vocábulos utilizados apenas regionalmente, sendo procurados aqueles que tivessem uma abrangência nacional.

O uso de uma sistemática mais detalhada para a tradução e a adaptação transcultural da escala (Herdman *et al.*, 1998) foi fundamental para que fossem localizadas as dificuldades de sua equivalência semântica, mostrando-se um método mais adequado que a simples tradução-retrotradução do instrumento.

Cumprido ressaltar que não há dados disponíveis até o momento que permitam estabelecer pontos de corte para suspeição do diagnóstico de TDAH em adultos utilizando-se a ASRS, à semelhança do que já foi proposto para a população norte-americana. Mesmo os autores da versão original em inglês sugerem cautela na interpretação da pontuação obtida (Kessler *et al.*, 2005b). O presente estudo consiste numa etapa *inicial* importante para posterior aplicação e avaliação do instrumento em amostras epidemiológicas brasileiras, o que deve ser fortemente estimulado.

## Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. 3.ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1980.
- American Psychiatric Association - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4.ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- Barkley, R.; Gordon, M. - Research on comorbidity, adaptive functioning, and cognitive impairments in adults with ADHD: implications for a clinical practice. In: Biederman, J.; Mick, E.; Faraone, S.V. - Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry* 157: 816-818, 2000.
- Biederman, J.; Mick, E.; Faraone, S.V. - Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry* 157: 816-818, 2000.
- Herdman, M.; Fox-Rushby, J.; Badia, X. - A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 7: 323-325, 1998.
- Hunt, S.M.; Alonso, J.; Bucquet, D.N. *et al.* - Cross-cultural adaptation of health measures. *Health Policy* 19 (2): 33-34, 1991.
- Jensen, P.S.; Rubio-Stipec, M.; Canino, G.; Bird, H.R.; Dulcan, M.K.; Schwab- Jorge, M.R. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. *Rev Psiquiatr Clin* 25 (5): 233-239, 1998.
- Kessler, R.; Chiu, W.; Demler, O.; Walters, E. - Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 62: 617-627, 2005a.
- Kessler, R.C.; Adler, L.; Ames, M.; Demler, O.; Faraone, S.; Hiripi, E. *et al.* - The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med* 35 (2): 245-256, 2005b.
- Lahey, B.B.; Applegate, B.; Mcburnett, K.; Biederman, J. *et al.* - DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 151: 1673-1685, 1994.
- Laufer, M.; Denhoff, E. - Hyperkinetic behaviour syndrome in children. *J Pediatrics* 50: 463-474, 1957.

- Massoubre, C.; Lang, F. - La traduction des questionnaires et des tests: techniques et problèms. *Can J Psychiatry* 47 (1): 61-67, 2002.
- McGough, J.J.; Barkley, R.A. - Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 161: 1948-1956, 2004.
- Murphy, P.; Schachar, R. - Use of self-ratings in the assessment of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Am J Psychiatry* 157: 1156-1159, 2000.
- Pasquali, L. - Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)*; 25 (5): 206-213, 1998.
- Reichenheim, M.E.; Moraes, C.L.; Hasselman, M.H. - Semantic equivalence of the Portuguese version of the Abuse Assessment Screening tool used for the screening of violence against pregnant women. *Rev Saúde Pública* 34: 610-616, 2000.
- Sheehan, D.V.; Lecrubier, Y.; Sheehan, K.H. *et al.* - The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 59 (suppl. 20): 22-23, 1998.
- Spencer, T.; Adler, L. - Diagnostic approaches to adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Primary Psychiatry* 11 (7): 49-53, 2004.
- Spencer, T.; Biederman, J.; Wilens, T.E.; Faraone, S.V. - Adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controversial diagnosis. *J Clin Psychiatry* 59 (suppl. 7): 59-68, 1998.
- Spencer, T.; Biederman, J.; Wilens, T.E.; Faraone, S.V. - Is attention-deficit hyperactivity disorder in adults a valid disorder? *Harv Rev Psychiatry* 1994; 1: 326-335, 1994.
- Zucker, M.; Morris, M.K.; Ingram, S.M.; Morris, R.D.; Bakan, R. - Concordance of self- and informant ratings of adults' current and childhood attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Psychological Assessment* 14, 379-389, 2002.