

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

**Rastreo de Hiperactividade/Défice de Atenção em Crianças Pré-escolares:  
Estudo Exploratório de um Questionário de Avaliação do Risco de  
Desenvolvimento da PH/DA**

Patrícia Isabel da Silva Fernandes

Dissertação de Mestrado em Psicologia

Especialização: Avaliação Psicológica

**Coimbra – 2009**

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação  
Universidade de Coimbra

**Rastreio de Hiperactividade/Déficite de Atenção em Crianças Pré-escolares:  
Estudo Exploratório de um Questionário de Avaliação do Risco de  
Desenvolvimento da PH/DA**

Patrícia Isabel da Silva Fernandes

Dissertação de Mestrado em Psicologia

Especialização: Avaliação Psicológica

**Coimbra – 2009**

**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação  
Universidade de Coimbra**

Rastreio de Hiperactividade/Défice de Atenção em Crianças Pré-escolares  
Estudo Exploratório de um Questionário de Avaliação do Risco de Desenvolvimento da  
PH/DA

Patrícia Isabel da Silva Fernandes

**Dissertação de Mestrado em Psicologia,  
área de especialização em Avaliação  
Psicológica, apresentada à Faculdade de  
Psicologia e de Ciências da Educação da  
Universidade de Coimbra e realizada sob a  
co-orientação da Professora Doutora Maria  
João Rama Seabra-Santos e da Professora  
Doutora Isabel Maria Marques Alberto**

**Coimbra - 2009**

À minha avó, pelo todo o amor incondicional e pelo exemplo de vida.  
As saudades são tão profundas quanto a meiguice que transparecia no seu olhar.

## **AÇRADEÇJMENTOS**

Várias foram as pessoas e entidades, que de forma directa ou indirecta, desempenharam um papel fundamental na concretização deste meu trabalho, sem eles o resultado jamais teria sido o mesmo. Agradeço particularmente:

Às minhas orientadoras, Professora Doutora Maria João Rama Seabra-Santos e Professora Doutora Isabel Maria Marques Alberto, pela dedicação e interesse neste projecto, pelo rigor e exigência nas orientações, pela persistência e encorajamentos sempre reiterados.

Aos Presidentes de Conselhos Executivos e Pedagógicos, e Directores de Jardins-de-Infância pelo interesse demonstrado e por autorizaram a recolha dos questionários nas suas instituições escolares.

Aos educadores pela sua disponibilidade para preencherem os questionários e pela partilha de informação e vivências. Aos pais que aceitaram colaborar neste projecto.

A todas as crianças que participaram neste estudo, principalmente às que pacientemente realizaram os testes de avaliação psicológica. Foi um prazer os momentos de partilha.

Aos meus pais, pela presença e apoio constantes, pelos incentivos e valiosos conselhos, por todos os ensinamentos e por sempre me apoiarem nas escolhas que fiz. Obrigada por acreditarem em mim e por sentirem este projecto também como sendo vosso.

Ao Alberto por ser e por me fazer sentir especial. Obrigada por toda a envolvimento do ‘sentir’.

À Cristina, Fernando, Isabel, Lúcia e Luciano, os vossos exemplos, a vossa sabedoria, a vossa amizade e afecto, a vossa disponibilidade, as nossas partilhas, foram cruciais para a concretização deste meu trabalho. Obrigada por preencherem a minha vida com a vossa generosidade e por me fazerem sentir compreendida.

A todas as pessoas que deixaram um pouco de si em mim

**“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”**

**Albert Einstein**  
**(Físico do século XX)**

## ÍNDICE

---

Introdução	1
<b>COMPONENTE TEÓRICA</b>	
<b>1 - Conceptualização do Quadro</b>	5
1.1- Definição	5
1.2- Sintomas Primários	12
1.2.1 - Hiperactividade	13
1.2.2 - Comportamentos Impulsivos (Controlo de Inibição)	14
1.2.3 - Desatenção	17
1.3- Subtipos	20
<b>2 - Prevalência, Etiologia e Comorbilidades</b>	26
2.1- Prevalência	23
2.2- Etiologia	30
2.2.1 - Factores Biológicos	31
2.2.1.1 - Factores Genéticos	31
2.2.1.2- Factores Neurológicos	32
2.2.2- Factores Situacionais e Contextuais	36
2.2.2.1.- Complicações médicas durante a gravidez, parto e período neonatal	36
2.2.2.2.- Factores psicossociais	38
2.3 - Comorbilidades	41
<b>3 - Perturbação de Hiperactividade/Défice de Atenção na idade pré-escolar</b>	45
3.1 - Validade do Diagnóstico da PH/DA na idade pré-escolar	46
3.2 - Prevalência, Género e Comorbilidades	51
3.3 - Percorso Desenvolvimental da PH/DA no Período Pré-escolar	54
<b>4 - Avaliação e Intervenção</b>	59
4.1 - Avaliação	59
4.1.1 – Métodos e Instrumentos de Avaliação	61
4.1.1.1 - Entrevista	61
4.1.1.2. - Escalas de Avaliação Comportamental para Pais e Professores	63
4.1.1.3. - Observação Directa	75
4.1.1.4. - Testes e Medidas Laboratoriais	77
4.2 - Intervenção	78

## **COMPONENTE EMPÍRICA**

<b>5 - Objectivos e Hipóteses</b>	83
<b>6 - Amostra</b>	85
6.1- Procedimentos para Recolha da Amostra	85
6.2 - Descrição da Amostra	86
<b>7 - Procedimentos de Construção do Questionário</b>	89
<b>8 - Resultados</b>	90
8.1 - Estudos Relativos à Precisão	91
8.1.1 - Consistência interna e Erro Padrão da Medida	91
8.1.2 - Acordo entre informadores	95
8.1.3 - Síntese dos resultados relativos à precisão	96
8.2 - Estudos relativos à validade	97
8.2.1 - Validade de Conteúdo	98
8.2.2 - Validade de Construto - Análise factorial	98
8.2.2.1 - QAAHPE-E	100
8.2.2.2 - QAAHPE-P	102
8.2.2.3 - Análise da Presisão dos Factores Atenção e Actividade	107
8.2.2.4 - Conclusões dos Estudos da Análise Factorial	109
8.3 - Dados Normativos	110
8.4 - Determinação de Pontos de Corte Através de Critérios Externos	112
8.4.1 - Critérios Externos	112
8.4.2 - Identificação de Pontos de Corte	114
8.5 - Estudos Diferenciais	117
8.5.1 - Conclusões dos Estudos Diferenciais	119
8.6 - Análise dos Casos com Resultados mais Elevados (3% superiores)	120
<b>9 – Discussão e Conclusões</b>	124
Bibliografia	132

## **Anexos**

Anexo A. Questionário de Avaliação da Desatenção e Hiperactividade no Pré-escolar – Versão Educadores (QADHPE-E)

Anexo B. Questionário de Avaliação da Desatenção e Hiperactividade no Pré-escolar – Versão Pais (QADHPE-P)

Anexo C. Grelha de Observação do Comportamento na Situação de Teste

## ÍNDICE DE TABELAS

---

Tabela 1. Distribuição das crianças em função do género	86
Tabela 2. Distribuição das crianças por área geográfica	86
Tabela 3. Distribuição das crianças por tipo de ensino frequentado	87
Tabela 4. Distribuição das crianças por grupo profissional da mãe e do pai	87
Tabela 5. Distribuição das crianças por grau de escolaridade da mãe e do pai	88
Tabela 6. Consistência interna e erro padrão de medida (EPM) para os resultados totais	92
Tabela 7. Análise de itens – QADHPE-E	93
Tabela 8. Análise de itens – QADHPE-P	94
Tabela 9. Comparação de valores médios do resultado total no QADHPE entre educadores e pais	96
Tabela 10. Resultados KMO e Teste de esfericidade de Bartlett do QADHPE-E	100
Tabela 11. Variância total explicada do QADHPE-E	100
Tabela 12. Análise factorial seguida de rotação <i>varimax</i> do QADHPE-E	102
Tabela 13. Resultados KMO e Teste de esfericidade de Bartlett do QADHPE-P	103
Tabela 14. Variância total explicada: QADHPE-P	103
Tabela 15. Análise factorial seguida de rotação <i>varimax</i> QADHPE-P	105
Tabela 16. Agrupamento dos itens por factor de acordo com as saturações no questionário versão pais e versão educadores	106
Tabela 17. Consistência interna e erro padrão de medida (EPM) para o factor Atenção: QADHPE-E e QADHPE-P	107
Tabela 18. Comparação dos valores médios dos resultados no factor Atenção do QADHPE: educadores / pais	108
Tabela 19. Consistência interna e erro padrão de medida (EPM) para o factor Actividade: QADHPE-E e QADHPE-P	108
Tabela 20. Comparação dos valores médios dos resultados no factor Atenção do QADHPE: educadores / pais	109
Tabela 21. Dados Normativos Amostra Comunitária QADHPE-E	111
Tabela 22. Dados Normativos Amostra Comunitária QADHPE-P	111
Tabela 23. Comparação entre médias de resultados nos testes, de crianças com valores no QADHPE-E acima/abaixo do percentil 70	115
Tabela 24. Comparação entre médias de resultados nos testes, de crianças com valores no QADHPE-E acima/abaixo do percentil 80	115

Tabela 25. Comparação entre médias de resultados nos teste, de crianças com valores no QADHPE-E acima/abaixo do percentil 90	116
Tabela 26. Comparação entre médias de resultados nos testes, de crianças com valores no QADHPE-E acima/abaixo do percentil 95	117
Tabela 27. Distribuição do Género acima e abaixo do percentil 80 no QADHPE-E	118
Tabela 28. Distribuição do Tipo de Jardim-de-Infância acima e abaixo do percentil 80 no QADHPE-E	118
Tabela 29. Distribuição da Área de Residência acima e abaixo do percentil 80 no QADHPE-E	118
Tabela 30. Distribuição do Apoio Educativo acima e abaixo do percentil 80 no QADHPE-E	119
Tabela 31. Distribuição do Rendimento Escolar acima e abaixo do percentil 80 no QADHPE-E	119
Tabela 32. Sujeitos com pontuação total ou num dos factores acima do percentil 97	121
Tabela 33. Caracterização das crianças com pontuações totais no QADHPE-E situadas acima do percentil 97	122
Tabela 34. Resultados das crianças com pontuações acima do percentil 97 nos testes Completamento de Gravuras e Tabuleiro dos Animais (WPPSI-R) e Atenção Visual (NEPSY)	123

## ÍNDICE DE QUADROS

---

Quadro 1. Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Hiperactividade/Défice de Atenção	6
Quadro 2. Lista de problemas de atenção e de desadequação de nível de actividade definido pela CID-10	10

## ÍNDICE DE FIGURAS

---

Figura 1. <i>Scree plot</i> para o QADHPE-E	101
Figura 2. <i>Scree plot</i> para o QADHPE-P	104

## RESUMO

Nas últimas décadas, como resultado de uma maior consciencialização de pais e educadores relativamente às problemáticas inerentes ao desenvolvimento infantil, tem-se verificado um aumento significativo de pedidos de avaliação psicológica a crianças em idade pré-escolar. Sendo a Perturbação de Hiperactividade/Défice de Atenção identificada, na literatura, como um quadro psicopatológico com elevada prevalência nesta faixa etária, de natureza pervasiva e percurso crónico, tem suscitado o interesse de várias áreas de investigação que enfatizam a importância do diagnóstico desta perturbação em idades precoces.

A presente investigação teve por objectivo criar e estimar a validade da utilização de um questionário de avaliação comportamental enquanto possível medida de rastreio de crianças em situação de risco para o desenvolvimento da PH/DA. Para a concretização deste trabalho foi construído um questionário de avaliação de comportamentos de desatenção e de actividade excessiva, para ser aplicado a pais e educadores.

O estudo exploratório implementado contou com uma amostra de 276 crianças, com 5 anos de idade, a frequentarem o último ano do ensino pré-escolar. Os resultados dos estudos de precisão elaborados indicam boa precisão de ambas as versões do questionário, nomeadamente no que diz respeito à consistência interna e acordo entre avaliadores. Ao nível da estrutura factorial destaca-se a presença de dois factores, um relativo a comportamentos de Atenção e o outro de Actividade. Os resultados revelam-se encorajadores quanto à utilidade deste instrumento e à pertinência de prosseguir estudos que possam contribuir para a sua validação.

Palavras-chave: Questionários comportamentais; Idade pré-escolar; Rastreio da PH/DA.

## **ABSTRACT**

In recent decades, as a result of a wider awareness of both parents and teachers in relation to children's development, there is an increase in the number of requests for psychological assessment of children in pre-schooling ages. As a psychopathological frame with particular incidence in this age group, with a pervasive nature and a chronic development, the Attention Deficit Hyperactivity Disorder has raised the interest amongst several research fields which emphasize the importance of diagnosis in early ages.

This research aimed at creating and evaluating the validity of using a questionnaire of behavioural assessment as a possible measuring tool for identifying children at risk regarding the development of ADHD. In order to accomplish that, a behavioural questionnaire addressing lack of attention and excessive activity was constructed and applied to both parents and teachers.

My exploratory study included a sample of 276 five-year old children in their final year of pre-schooling education. The results stemming from the precision studies implemented have revealed a high degree of precision in both versions of the questionnaire, namely in respect to internal consistency and agreement amongst informants. In terms of factorial structure, two main factors should be highlighted, one addressing attention behaviours and another referring to activity behaviours. The results turned out to be positive in relation to the usefulness of this tool and the relevance of developing further studies which may contribute to its validation.

Keywords: behavioural questionnaires; pre-schooling age; identification of ADHD.

## Introdução

*“Preschoolers, who are learning about the world and how to master its complexities, are expected to exhibit boundless energy, to attend readily to the new and novel, and to demonstrate unrestrained enthusiasm and exuberance. When, therefore, does a shift in activity and interest signify curiosity and exploration and when does it reflect a too rapid change in focus and an inadequate investment of attention? When does excitable and impatient behaviour indicate an age-appropriate need for external support and limit setting and when does it suggest a failure to internalize standards necessary for the development of self-control?”*

Campbell, 2002, p. 407

Este pequeno excerto, ao retratar a problemática relativa ao diagnóstico da Perturbação de Hiperactividade/Défice de Atenção (PH/DA) em crianças em idade pré-escolar, poderá servir de mote para o presente estudo.

Nos últimos anos, tem-se denotado um aumento do número de pedidos de avaliação psicológica de crianças em idade pré-escolar. A Perturbação de Hiperactividade/Défice de Atenção, com acentuada prevalência nestas faixas etárias e provocando um elevado sofrimento nas crianças e suas famílias, motiva uma crescente solicitação aos profissionais de saúde para avaliação e intervenção nesta psicopatologia.

A Perturbação de Hiperactividade/Défice de Atenção, definida enquanto “uma perturbação da amplitude da atenção e/ou impulsividade-hiperactividade, inadequada para a idade mental da criança; com início numa fase precoce da infância (...) e não resultando directamente de atrasos severos ao nível da linguagem, surdez, cegueira, autismo ou psicose

infantil” (Barkley, 1997, p.75), afecta entre 2 a 7.9% das crianças em idade pré-escolar (Stefanatos e Baron, 2007). Apesar do percurso desenvolvimental das crianças com PH/DA poder diferir de indivíduo para indivíduo, na literatura é referido que esta perturbação tem uma natureza pervasiva e abrange, tendencialmente, todo o ciclo de vida do indivíduo. A manifestação precoce de alguma sintomatologia coloca crianças e adolescentes em maior risco para dificuldades académicas, comportamentais e sociais (Barkley, 2006). A natureza inconstante da manifestação de sintomas e a elevada variabilidade contextual implica que, durante o processo de avaliação se recorra a múltiplos métodos e à recolha de dados provenientes de diversas fontes de informação. Ao permitir a implementação de uma intervenção precoce, o diagnóstico das crianças com PH/DA em idade pré-escolar assume uma elevada preponderância nos estudos realizados sobre esta patologia.

O presente estudo foi motivado pela percepção de que, nas diferentes instituições de ensino pré-escolar abrangidas pelo trabalho que a autora desenvolve enquanto psicóloga, um elevado número dos pedidos de avaliação feitos pelas educadoras tem por base a identificação de comportamentos de hiperactividade e de impulsividade. Em contrapartida, nas escolas primárias, a sinalização pelas professoras de novas situações, ao nível do terceiro e quarto ano de escolaridade, abrangiam um número considerável de crianças que, concomitantemente à identificação de dificuldades ao nível do rendimento escolar, eram avaliadas por aquelas como sendo desatentas e incapazes de prestar atenção ao que lhes era ensinado. O contacto com esta realidade não só constituiu para a autora um alerta para a presença da despistagem desta perturbação em idades precoces, como também para as consequências que esta perturbação poderá significar ao nível do rendimento escolar e interacção com os colegas.

Durante o processo de avaliação e encaminhamento para serviços especializados tornou-se saliente a escassez de instrumentos de avaliação psicológica, com dados normativos para a população portuguesa, direccionados para a avaliação da PH/DA, principalmente em idade pré-escolar. A tomada de consciência acerca da importância da identificação em idades precoces de comportamentos de risco para o desenvolvimento de um quadro de PH/DA e da necessidade de instrumentos de avaliação psicológica para o rastreio desta patologia constituiu o ponto de partida para a construção de uma escala de avaliação comportamental que permitisse colmatar esta fragilidade da avaliação psicológica em idade pré-escolar. Este é, efectivamente, o objectivo central deste trabalho.

A presente dissertação encontra-se dividida num conjunto de capítulos repartidos em duas partes. A primeira parte – Componente Teórica –, compreende um primeiro capítulo, em que é apresentada uma conceptualização do Quadro de Perturbação de Hiperactividade/Défice de Atenção, onde se define e discute este quadro psicopatológico e a sintomatologia primária que lhe é inerente, nomeadamente comportamentos de desatenção, de hiperactividade e de impulsividade. De forma a abranger a multidimensionalidade e heterogeneidade desta patologia são igualmente revistas as categorizações relativas aos diferentes subtipos da PH/DA identificados na literatura. No segundo capítulo, intitulado Prevalência, Etiologia e Comorbilidades da PH/DA, são caracterizados e analisados os dados obtidos num conjunto de investigações realizadas ao nível destas três temáticas. No capítulo seguinte, Perturbação de Hiperactividade/Défice de Atenção na idade pré-escolar, são abordadas as especificidades que esta patologia assume, ao nível da validade de diagnóstico, prevalência, género, comorbilidades e percurso desenvolvimental, em crianças com idades inferiores aos 6 anos diagnosticadas com PH/DA. No quarto e último capítulo desta parte, relativo à Avaliação e Intervenção, é feita uma abordagem das especificidades da avaliação da PH/DA, são apresentadas as metodologias mais consensualmente utilizadas e é feita uma breve caracterização dos procedimentos de intervenção implementados com crianças em idade pré-escolar diagnosticadas com PH/DA.

Na segunda parte – Componente Empírica –, é apresentado o estudo empírico realizado, ao nível dos Objectivos e hipóteses, Amostra estudada e Procedimentos de construção dos questionários. São apresentados os Resultados dos estudos efectuados relativos à precisão (consistência interna e acordo entre avaliadores) e à validade (de conteúdo e de constructo, através de análise factorial) dos questionários. Ainda no capítulo dos Resultados são expostas análises efectuadas com a versão para educadores no sentido de identificar um ponto de corte que seja útil no rastreio de crianças em situação de risco para o desenvolvimento da PH/DA, bem como estudos de caracterização das crianças com pontuações mais elevadas. Finalmente é feita a discussão dos resultados obtidos, sendo extraídas as principais conclusões, assim como apontadas as limitações e sugestões para investigações futuras.

Fica a expectativa de que a construção deste novo instrumento de avaliação possa contribuir para uma maior precocidade na detecção de crianças em situação de risco para o desenvolvimento de um quadro de PH/DA, no contexto português.

***Componente Teórica***

# 1 Conceptualização do quadro

## 1.1 Definição

A Perturbação de Hiperactividade/Défice da Atenção (PH/DA), compreendida enquanto predisposição comportamental estável e duradoura, caracteriza-se pela manifestação de comportamentos de desatenção, hiperactividade e impulsividade. Esta patologia tem sido, desde o final do século XIX, objecto de estudo de diferentes áreas de investigação. O elevado interesse investido nesta área determinou que a Perturbação de Hiperactividade / Défice de Atenção fosse a primeira Perturbação do Desenvolvimento Infantil a ter critérios de diagnóstico e prescrição de tratamento (Bierdman & Faraone, 2005).

A PH/DA é definida como sendo “uma perturbação da amplitude da atenção e/ou impulsividade-hiperactividade, inadequada para a idade mental da criança; tem o seu início numa fase precoce da infância; tem uma natureza pervasiva ou surge em diferentes contextos; temporalmente é persistente ou crónica; e não resulta directamente de atrasos severos ao nível da linguagem, surdez, cegueira, autismo ou psicose infantil” (Barkley, 1997, p.75).

Stefanatos e Baron (2007) referem que o diagnóstico de PH/DA, de acordo com a quarta versão do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV), deverá basear-se na observação de comportamentos inapropriados para o nível de desenvolvimento da criança, nos domínios da desatenção, hiperactividade, e/ou impulsividade e em relatos subjectivos, obtidos através de várias fontes de informação (criança, os seus pais e educadores ou outros adultos significativos). Na avaliação deve-se recorrer a múltiplas metodologias, tais como: entrevista, questionários e escalas comportamentais.

De acordo com o DSM-IV e DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 1994, 2000/2002), o diagnóstico para PH/DA é efectuado quando se encontram preenchidos os seguintes critérios:

- a) identificação de pelo menos 6 comportamentos de falta de atenção e/ou hiperactividade/impulsividade, por um período superior a 6 meses;
- b) presença de défices associados à falta de atenção e hiperactividade, antes dos 7 anos de idade;

c) identificação, em pelo menos dois contextos, de défices resultantes dos sintomas estipulados;

d) existência de défices clinicamente significativos e disfuncionais para a criança em determinadas áreas do seu funcionamento diário;

e) exclusão da possibilidade de diagnóstico quando os sintomas se manifestam exclusivamente durante a manifestação de um outro quadro psicopatológico ou perante a possibilidade de outro quadro de perturbação mental poder explicar melhor a sintomatologia apresentada. Os critérios de diagnóstico da PH/DA de acordo com o DSM-IV TR apresentam-se no Quadro 1.

### **Quadro 1. Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Hiperactividade/Défice de Atenção**

A. (1) ou (2):

- (1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente, em relação com o nível de desenvolvimento:

Falta de atenção

- (a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades lúdicas;
- (b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades;
- (c) com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem directamente;
- (d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções);
- (e) com frequência tem dificuldade em organizar tarefas e actividades;
- (f) com frequência evita, sente aversão ou mostra-se relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de indole administrativa);
- (g) com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);
- (h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;
- (i) esquece-se com frequência das actividades quotidianas.

- (2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperactividade-impulsividade persistiram pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente, em relação com o nível de desenvolvimento:

Hiperactividade

- (a) com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;
- (b) com frequência levanta-se na sala de aulas ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;
- (c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentimentos subjectivos de impaciência);
- (d) com frequência tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio;
- (e) com frequência “parece estar sempre no ir” ou só actua como se estivesse “ligado a um motor”;
- (f) com frequência fala em excesso.

Impulsividade

- (g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;
- (h) com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez;
- (i) com frequência interrompe ou interfere nas actividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos).

- B. Alguns sintomas de hiperactividade-impulsividade ou de falta de atenção, que causam défices, surgem antes dos 7 anos de idade.
- C. Alguns défices provocados pelos sintomas estão presentes em dois ou mais contextos [por exemplo, escola (ou trabalho) e em casa].
- D. Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social, académico ou laboral.
- E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não são melhor explicados por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação do Humor, Perturbação de Ansiedade, Perturbação Dissociativa ou Perturbação da Personalidade).

Codificação baseada no tipo:

**F90.0 Perturbação da Hiperactividade com Défice de Atenção Tipo Combinado (314.01):** se estão preenchidos os Critérios A1 e A2 durante os últimos seis meses.

**F98.8 Perturbação da Hiperactividade com Défice de Atenção Tipo Predominantemente Desatento (314.00):** se está preenchido o Critério A1 mas não o Critério A2 durante os últimos seis meses.

**F90.0 Perturbação da Hiperactividade com Défice de Atenção Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo (314.01):** se está preenchido o Critério A2 mas não o Critério A1 durante os últimos seis meses.

---

Nota. Adaptado de *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - TR* (4ª edição), p. 92-93. American Psychiatric Association. (2000/2002). Lisboa: Climepsi.

Com base nestes critérios, e tendo em consideração os três subtipos de PH/DA definidos no DSM-IV e DSM-IV-TR, o diagnóstico deverá, então, ser atribuído às pessoas que manifestem as seguintes condições:

- 1) **PH/DA tipo Combinado** – apresentem 6 ou mais comportamentos de desatenção e 6 ou mais comportamentos de hiperactividade-impulsividade;
- 2) **PH/DA tipo Predominantemente Desatento** – manifestem pelo menos 6 dos 9 comportamentos de desatenção enumerados;
- 3) **PH/DA tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo** – exibam pelo menos 6 dos 9 comportamentos de hiperactividade e de impulsividade definidos.

A definição dos três subtipos de PH/DA fundamenta-se numa abordagem bidimensional dos sintomas, que sustenta que os comportamentos identificados se agrupam em dois factores. Um primeiro, denominado de desatenção, e que engloba todos os comportamentos de falta de atenção; e um segundo, designado de hiperactividade-impulsividade, que associa numa única dimensão os sintomas referentes a comportamentos de hiperactividade e de impulsividade (Stefanatos & Baron, 2007).

A legitimidade do diagnóstico de PH/DA foi investigada por Faraone (2005), através de um estudo que recorreu à aplicação dos princípios estabelecidos por Robins e Guze para validação dos quadros de diagnóstico psicopatológico, nomeadamente: a) possuir correlações clínicas bem definidas; b) poder ser delimitado relativamente a outros diagnósticos; c) ter um percurso desenvolvimental específico; d) existirem evidências da hereditariedade da perturbação, validadas por estudos de genética e de perfis familiares; e) os estudos laboratoriais demonstrarem correlações entre sintomatologia e características neurobiológicas da doença; f) e demonstrar respostas específicas ao tratamento. Tendo em conta estes critérios Faraone (2005) concluiu que a PH/DA é um quadro diagnóstico válido.

Assim, pode-se definir um diagnóstico de PH/DA uma vez que:

1) as crianças com PH/DA possuem um padrão específico ao nível dos comportamentos de hiperactividade, desatenção e impulsividade, que conduzem a consequências adversas, causando disfuncionalidade em diversas áreas, como por exemplo ao nível da interacção com os pares e do rendimento académico;

2) a PH/DA pode ser distinguida de outras doenças psiquiátricas, inclusive daquelas com as quais é frequentemente comórbida, como é o caso da Perturbação de Oposição;

3) os estudos longitudinais demonstram que a PH/DA é uma doença crónica que provoca défices funcionais;

4) os estudos com gémeos comprovam a existência de uma elevada influência hereditária;

5) os estudos de neuroimagem atestam que os pacientes com PH/DA possuem um funcionamento anormal nas zonas que controlam a atenção, a inibição e o comportamento motor;

6) a maior parte dos pacientes com PH/DA tiveram uma resposta terapêutica positiva à utilização de medicação que inibe a recaptção da dopamina e da serotonina (Faraone, 2005).

Apesar dos critérios de diagnóstico do DSM-IV (APA, 1994) evidenciarem uma boa validade em termos clínicos, e de serem os mais amplamente implementados, Barkley (2003), Biederman e Faraone (2005) e Stefanatos e Baron (2007) defendem que a operacionalização dos critérios necessita de ser refinada, na medida em que se identificam algumas limitações nos dados empíricos que os corroboram, nomeadamente ao nível: a) do percurso desenvolvimental; b) da idade; c) do género; d) da duração da sintomatologia; e) das repercussões no ambiente contextual; e f) das fontes de informação.

Neste sentido, Biederman e Faraone (2005) e Lahley, Pelham, Loney, Lee e Willcutt (2005) consideram que os critérios apresentados no DSM-IV (APA, 1994) não têm em consideração as especificidades de cada faixa etária, não incluindo adaptações que traduzam as mudanças comportamentais decorrentes do processo desenvolvimental.

Barkley (2003) argumenta que a cristalização de critérios poderá levar a que as crianças transitem entre diferentes subtipos desta patologia, o que contribui para a instabilidade da tipologia apresentada no DSM-IV. Refere ainda que a ausência de ajustamento dos critérios ao percurso desenvolvimental poderá contribuir para que, em idades inferiores aos 4 anos, se verifique um aumento de falsos positivos, e que no final da adolescência e idade adulta se verifique um aumento de falsos negativos (Barkley, 2003).

Relativamente ao marco dos 7 anos como idade de início da sintomatologia, vários autores (e.g. Barkley, 1990; Campbell, 2000; Goldstein & Goldstein, 1998), defendem não haver dados que corroborem a existência de diferenças qualitativas entre as crianças que apresentam o número de sintomas que permita o diagnóstico de PH/DA antes e depois dessa idade. Por seu turno, Stefanatos e Baron (2007) sustentam que a idade que define o início da PH/DA deverá ser inferior aos 7 anos e superior aos 3 anos, idade abaixo da qual seria difícil fazer o diagnóstico diferencial relativamente a outras Perturbações do Comportamento. Contudo existem indicações de que as crianças que manifestam a sintomatologia antes dos 6 anos de idade apresentam sintomas mais severos e persistentes, associados a défices mais severos noutras áreas de desenvolvimento (Barkley, 1990).

Tendo em consideração o tempo mínimo de duração dos sintomas (seis meses), Stefanatos e Baron (2007) sugerem que este período de monitorização devia ser de pelo menos doze meses, uma vez que consideram que seis meses é pouco tempo para excluir determinantes contextuais ou transitórios que possam originar sintomas idênticos aos identificados na PH/DA.

Por outro lado, considerando o género, Stefanatos e Baron (2007) defendem a necessidade de existirem, com base nesta característica, diferentes pontes de corte dos sintomas apresentados, que traduzam as evidências já existentes relativamente às diferentes manifestações da sintomatologia da PH/DA nas crianças do género feminino relativamente às do género masculino.

Por sua vez, Biederman e Faraone (2005) advertem para o facto de não existirem directrizes sobre a forma como os dados provenientes de vários informadores devem ser integrados no processo de avaliação, levando a que, nalgumas situações, possam surgir

dúvidas sobre o diagnóstico, na medida que este pode reflectir a subjectividade das pessoas que avaliam.

Um sistema de Classificação alternativo ao proposto pelo DSM-IV, é o apresentado pela Organização Mundial de Saúde. De acordo com a 10ª edição do Sistema de Classificação e Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), a PH/DA é denominada de Perturbação Hiperkinética (PH) (Quadro 2).

**Quadro 2. Lista de problemas de atenção e de desadequação de nível de actividade definido pela CID-10**

A. Demonstração de nível anormal de atenção ou actividade, em casa, para a idade e nível de desenvolvimento da criança, evidenciado pelo menos por três dos seguintes problemas de atenção:

- (1) duração curta de actividades espontâneas;
- (2) frequentemente abandona actividades lúdicas antes de as concluir;
- (3) muito frequentemente saltita de tarefa para tarefa;
- (4) falta de persistência em tarefas destinadas por adultos;
- (5) excessiva distractibilidade durante o estudo, e.g., trabalho de casa ou leituras.

...e por pelo menos dois dos seguintes problemas de desadequação de nível de actividade:

- (6) inquietação motora contínua (correr, saltar, etc.);
- (7) marcada inquietação e movimentação excessiva durante actividades espontâneas;
- (8) marcada actividade excessiva em situações em que é esperado que permaneça relativamente sossegado (e.g., durante refeições, viagens, visitas, igreja);
- (9) dificuldade em permanecer sentado quando é solicitado.

B. Demonstração de nível anormal de atenção ou actividade na escola ou jardim-de-infância, para a idade e nível de desenvolvimento da criança, evidenciado pelo menos por dois dos seguintes problemas de atenção:

- (1) falta de persistência nas tarefas;
- (2) excessiva distractibilidade, e.g., frequentemente orienta a atenção para estímulos externos à tarefa;
- (3) demasiado frequentemente muda de actividade;
- (4) duração excessivamente curta de actividades lúdicas.

... e pelo menos por dois dos seguintes problemas de desadequação de nível de actividade:

- (5) inquietação motora contínua e excessiva em situações que permitam actividades livres;
- (6) marcada inquietação e movimentação excessiva em actividades estruturadas;
- (7) níveis excessivos de comportamentos de 'fora de tarefa' durante as actividades;
- (8) está frequentemente fora do lugar quando é pedido que esteja sentado.

Nota. Adaptado de *International Classification of Diseases (10th ed.)*, World Health Organization. 1990. Geneva: Author.

O CID-10 determina que o diagnóstico de PH deva ser realizado quando as crianças apresentarem, em casa, pelo menos três dos problemas de atenção discriminados e pelo menos dois problemas de desadequação do nível de actividade, e exibirem, no jardim-de-infância ou escola, pelo menos dois dos problemas de atenção e dois de desadequação de nível de actividade.

De acordo com este sistema as medidas de avaliação utilizadas podem abranger: a) observação directa dos comportamentos, num dos contextos de vida da criança, em complemento aos relatórios de pais e professores; b) observação realizada em contextos extra escola ou casa; e c) identificação de défices significativos avaliados através de testes de avaliação da atenção. Os sintomas devem ter o seu início antes dos seis anos de idade e devem prolongar-se durante pelo menos seis meses. As crianças devem ainda possuir um Quociente de Inteligência superior a cinquenta e não deverão preencher critérios para outra Perturbação Pervasiva do Desenvolvimento, Mania, Depressão ou Perturbação de Ansiedade (CID-10).

Segundo Munden e Arcelus (1999), os critérios de diagnóstico propostos pelo CID-10 são mais restritivos do que os do DSM-IV, uma vez que requerem a existência de consenso relativamente à presença de sintomas, entre pais, professores/educadores e clínico. Outra diferença identificada refere-se ao facto de, na CID-10, não existir discriminação de subtipos, englobando todas as crianças diagnosticadas em apenas uma categoria (Barkley, 1990).

As críticas apontadas para a CID-10, de alguma forma sobrepõem-se às encontradas para o DSM-IV, na medida em que este sistema de classificação também não diferencia critérios de acordo com o nível de desenvolvimento da criança, não apresenta pontos de corte diferenciados de acordo com o género e estabelece um período de seis meses de presença de sintomas para que possa ser feito o diagnóstico (Barkley, 1990).

Relativamente ao percurso conceptual da PH/DA, é possível identificar que, embora esta patologia tenha tido diferentes designações até à actual denominação, resultantes de alguma divergência relativa à etiologia, ao percurso desenvolvimental e ao tipo de intervenção implementada, sempre se verificou alguma homogeneidade no que diz respeito à definição das características nucleares deste síndrome, nomeadamente no que diz respeito à manifestação de comportamentos de desatenção, impulsividade e de hiperactividade (Campbell, 2000).

Contudo, em distintos momentos históricos, verificou-se alguma divergência relativa ao grau de importância de cada um dos sintomas nucleares. Assim, durante os anos 50 e 60 a ênfase foi colocada no excesso de actividade, enquanto na década de 70 o foco se mudou para

os problemas manifestados ao nível da atenção, e recentemente se verifica um interesse crescente pelo estudo dos problemas existentes ao nível do controlo de impulso (Campbell, 2000).

Actualmente, o debate relativamente à definição dos sintomas primários da PH/DA permanece ainda muito aceso, na medida em que se continua a discutir não só sobre quais são os sintomas demarcantes desta patologia e se os três tipos de sintomas nucleares fazem parte do mesmo diagnóstico ou se seriam melhor explicados por diagnósticos diferenciados.

## **1.2 Sintomas Primários**

No estudo da sintomatologia, existem evidências substanciais de que as crianças com PH/DA são significativamente diferentes das crianças sem esta patologia no que respeita à amplitude de atenção, ao nível de actividade e/ou ao controlo da impulsividade (Hanshow, 1987, cit. in Barkley, 1997).

Relativamente aos dados obtidos sobre os sintomas primários da PH/DA, a sua análise demonstra existirem algumas disparidades ao nível das conclusões obtidas, que derivam em grande parte da diversidade de medidas de avaliação utilizadas, dos diferentes contextos vivenciais dos quais a informação é retirada, e do tipo de definição e critérios de selecção utilizados para identificar as crianças com PH/DA. De acordo com Barkley (1997), estas disparidades de metodologias e conceptualizações constituem-se como um obstáculo para a replicação dos resultados obtidos em diversas investigações, dificultando o processo de validação destes constructos.

É amplamente consensual a ideia de que a desatenção, hiperactividade e impulsividade não são constructos unitários mas sim multidimensionais (e.g. Band & Scheres, 2005; Barkley, 1997; Wilding, 2005). Assim, ao existirem diferentes tipos de desatenção, impulsividade e hiperactividade e ao recorrer-se a diversos métodos e instrumentos de avaliação, os dados obtidos nas diversas investigações nem sempre revelam diferenças consistentes entre as crianças com PH/DA e as crianças sem PH/DA ou com outros quadros psicopatológicos.

Nos três pontos subsequentes serão abordados, mais pormenorizadamente, os sintomas consensualmente definidos como sendo nucleares da PH/DA, nomeadamente: hiperactividade, impulsividade e falta de atenção.

### 1.2.1 Hiperactividade

Tal como já foi dito, de acordo com a DSM-IV TR (2000/2002), as crianças com PH/DA têm, quando comparadas com crianças sem PH/DA, uma actividade motora e verbal excessiva ou inapropriada para o seu nível de desenvolvimento. Este excesso de actividade traduz-se comportamentalmente por: a) incapacidade para permanecerem sentadas quando tal lhes é imposto; b) um movimento constante, correndo e saltando excessivamente mesmo quando são advertidas para o não fazerem; c) serem demasiado barulhentas, quer em situações de brincadeira, quer durante a realização de uma actividade; d) serem intrusivas nas actividades realizadas pelos outros; e e) incapazes de esperar pela sua vez e de aguardar pela conclusão de instruções para iniciarem as actividades (APA, 1994).

De forma unânime, os dados das investigações indicam que as crianças com PH/DA apresentam um nível de actividade superior ao exibido quer pelas crianças da mesma faixa etária sem patologia, quer por aquelas diagnosticadas com Perturbação do Comportamento (Barkley, 2003; Taylor, 1885). Comparativamente às crianças sem patologia, as crianças com PH/DA apresentam ainda défices ao nível da maturidade do controlo motor, realizam um maior número de movimentos irrelevantes e sem objectivo específico para a tarefa em execução e manifestam maior dificuldade em parar um comportamento iniciado (Milich, Hartung, Matrin, & Haigler, 1994, cit. in Barkley 1997).

Tryon (1993, cit. in Goldstein & Goldstein, 1998) defende que a actividade motora excessiva está bem documentada como sendo um fenómeno significativo nas perturbações externalizantes do desenvolvimento infantil, e que possui uma relevância clínica expressiva uma vez que está directamente associada com o curso desenvolvimental do défice de atenção e com o padrão de interacções pais-filhos.

Também Evans, Vallano e Pelham (1995) descrevem o sintoma hiperactividade como “uma actividade motora excessiva manifestada através de ‘nervosismo’, do estar ‘sempre no ir’, de um humor disfórico quando estão inactivos e da incapacidade de estar sossegado, de relaxar, e de persistir em tarefas sedentárias (e. g., ver filmes, televisão, ler)” (p. 591).

De acordo com Goldstein e Goldstein (1998), o excesso de actividade manifesta-se através de dificuldades na integração e adequação de emoções e de controlo do próprio corpo no tempo e no espaço, e é identificado através de medidas cuidadas de observação e de avaliação da actividade física.

Segundo Taylor (1985), a avaliação de crianças com PH/DA realizada através de medidas de movimento, tais como a gravação mecânica com recurso a aparelho de registo da amplitude e periodicidade dos movimentos da criança, sistemas fotoeléctricos ou ultra sónicos cujo fluxo é interrompido pelos movimentos da criança, ou tapetes eléctricos sensíveis à pressão do movimento imposto sobre eles, indicam que, comparativamente às crianças sem PH/DA, as primeiras apresentam uma taxa significativamente mais elevada de movimentos executados, quer durante as actividades realizadas no período em que estão acordadas, quer quando estão a dormir.

Também Reichenbach, Halprein, Sharma e Newcorn (1992, cit. in Goldstein & Goldstein (1998) avaliaram o nível de actividade de crianças com PH/DA a tomar estimulantes ou em situação de placebo, e crianças sem PH/DA. Os autores detectaram que ambos os grupos de crianças com PH/DA apresentavam taxas superiores de movimento. Na situação de replicação do estudo identificaram que as crianças que estavam a ser medicadas com estimulantes demonstravam uma diminuição do número de comportamentos exibidos, verificando-se que os seus resultados tendiam para a norma obtida nas crianças sem PH/DA. Estes resultados foram corroborados pelos dados das escalas de comportamentos de hiperactividade preenchidas por pais e professores (Goldstein & Goldstein, 1998).

Barkley (1990) refere que, apesar de, de uma forma global, as crianças com PH/DA exibirem sempre um maior número de movimentos, este sintoma não apresenta estabilidade ao longo das diversas situações, agravando-se sempre que é solicitado à criança que cumpra as exigências de uma tarefa na qual está integrada.

### **1.2.2 Comportamentos impulsivos (Controlo da inibição)**

Segundo Barkley (2006) o estudo da impulsividade depara-se com alguns obstáculos, impostos quer pelo carácter multidimensional deste constructo, quer pela dificuldade em identificar qual das dimensões da impulsividade é que é problemática para as crianças com PH/DA.

Taylor (1985) defende existirem duas formas distintas de impulsividade, sendo que uma delas está mais relacionada com o tipo de comportamento manifestado, enquanto a outra é definida em termos do processamento cognitivo posto em marcha. Assim, de acordo com este autor, a impulsividade é definida na sua primeira forma como sendo “um comportamento

descontrolado por parte da criança, que não está consciente das consequências do seu acto, e que tem por objectivo a satisfação imediata do prazer, sem recurso a medidas prudentes” (Taylor, 1985, p. 429). A segunda forma caracteriza-se por ser “um estilo de estratégia de resolução de problemas no qual são retiradas conclusões de forma precipitada, em situações de elevada incerteza, e que muitas vezes são incorrectas” (Taylor, 1985, p. 429).

As crianças com PH/DA com impulsividade comportamental são descritas como sendo especialmente sensíveis às recompensas e possuindo uma tendência elevada para interromperem a actividade que estão a realizar, quando percebem que a recompensa foi retirada. A segunda forma de impulsividade tem sido operacionalizada com base na avaliação do número de erros, por omissão ou por incorrecção, realizados em testes de emparelhamento de figuras familiares, que identificam um maior número de erros cometidos por crianças com PH/DA, quando comparadas com crianças sem esta patologia (Taylor, 1985).

De acordo com Barkley (1990), a impulsividade nas crianças com PH/DA é definida como um padrão de respostas rápidas e incorrectas a uma tarefa, e pode ser operacionalizada através da manifestação de comportamentos tais como: a) responder rapidamente às situações sem esperar pelo completar das instruções; b) dificuldade em identificar de forma adequada o que é pedido pelo contexto; e c) dificuldade em identificar os potenciais riscos ou consequências negativas e perigosas de uma situação, incorrendo por isso em comportamentos arriscados. O mesmo autor refere ainda que, perante a realização de tarefas consideradas como aversivas ou entediadas, as crianças impulsivas procuram terminar a tarefa rapidamente, recorrendo a estratégias de simplificação do trabalho que impliquem um menor grau de esforço. Por outro lado, quando são confrontadas com tarefas ou situações nas quais se procura encorajar o adiamento de pequenas gratificações, com vista à obtenção de recompensas maiores, optam frequentemente por uma recompensa menor, mas que seja imediata e requeira menos esforço para ser alcançada.

Schachar, Mota, Logan, Tannock e Klim (2000) defendem que o processo de inibição de resposta, enquanto sintoma nuclear da PH/DA, é activado em situações que exigem uma acção de recuo ou súbita interrupção de uma acção ou de um pensamento em curso. De acordo com estes autores, a activação deficitária da inibição de resposta nas crianças com PH/DA impede-as de iniciarem outras estratégias de controlo executivo e afectam funções como a memória de trabalho, a auto-regulação e o discurso interno. Como consequência as suas acções culminam num padrão comportamental pouco funcional, com respostas desajustadas aos objectivos solicitados e na incapacidade de, perante os resultados obtidos, se

auto-regularem de forma a atingir os objectivos estipulados e as consequências pretendidas (Schachar, Mota, Logan, Tannock, & Klim, 2000).

A inibição de resposta compreende, segundo Barkley (1999), três processos inter-relacionados, nomeadamente: 1) inibição inicial da resposta, habitualmente associada a um determinado acontecimento; 2) parar a resposta em andamento ou modificar um padrão de resposta, permitindo um atraso na decisão de responder, ou de continuar a responder; 3) protecção do período de tempo de adiamento e das respostas auto-dirigidas que ocorrem durante este, relativamente à perturbação proveniente de acontecimentos e respostas que se encontrem em competição.

O primeiro processo, de inibição inicial de resposta, é importante no sistema de tomada de decisão na medida em que permite a conversão das instruções públicas em formas cobertas de auto-orientação comportamental, que possibilita que o sujeito teste as suas opções de resposta antes de tomar uma decisão (Barkley, 1999).

A incapacidade de parar uma sequência comportamental iniciada também condiciona a capacidade auto-reguladora da criança e os resultados obtidos, uma vez que não permite que esta, de acordo com a sua capacidade de auto-monitorização, se adapte às exigências impostas pelas mudanças ocorrentes na situação e assimile a informação relativamente aos erros que estão a ser cometidos (Barkley, 1999).

Tal como nos dois processos anteriores, a dificuldade de protecção do tempo de adiamento de resposta em relação a fontes de interferência externas e internas, determina que as crianças com PH/DA apresentem défices na sua capacidade de auto-regulação e impossibilita a escolha da resposta mais exequível para uma determinada situação (Barkley, 1999).

Goldstein e Goldstein (1998) referem que as crianças com PH/DA que apresentam comportamentos impulsivos não desenvolvem um auto-controlo eficiente, manifestam dificuldades no processo de adaptação, apresentam comprometimentos no processo de resolução de problemas e não conseguem direccionar o seu comportamento em relação ao seu futuro.

### 1.2.3 Desatenção

Por definição, e tendo em conta os dados empíricos resultantes de investigações na área da atenção, as crianças com PH/DA, quando comparadas com crianças da população normal, com a mesma idade e género, manifestam um maior número de comportamentos de desatenção.

Os problemas de desatenção são inicialmente identificados por pais e professores, que verificam que as crianças com PH/DA não os ouvem como deveriam, não se conseguem concentrar, distraem-se facilmente, não acabam as tarefas, sonham acordadas, mudam frequentemente de uma tarefa para outra, perdem repetidamente objectos e parecem estar muitas vezes confusas (Goldstein & Goldstein, 1998). De acordo com Douglas (1983) estes comportamentos de desatenção intensificam-se quando a criança se depara com tarefas que são pouco apelativas ou que não são imediatamente seguidas de reforços.

De acordo com Barkley (1997), a desatenção nas crianças com PH/DA caracteriza-se por uma incapacidade para manter a atenção, para responder às tarefas ou brincadeiras durante o mesmo tempo que outras crianças e para cumprir como as outras as instruções que lhes são dadas. Estas crianças são ainda descritas como sendo mais desorganizadas e distraídas do que as crianças sem patologia, da mesma faixa etária.

Os estudos que recorreram à aplicação de medidas objectivas de avaliação da atenção têm obtido dados que indicam a presença, em crianças com PH/DA, quando comparadas com crianças sem a patologia, de diferenças significativas a vários níveis, tais como: a) mais comportamentos “fora de tarefa”; b) menor probabilidade de finalizar uma tarefa; c) número superior de comportamentos de olhar para o lado; d) menor capacidade de persistir na realização de tarefas mais entediantes; e) maior lentidão de realização; e f) menor capacidade de regresso a uma tarefa anteriormente abandonada (Barkley, 1997).

De acordo com Mirsky, Pascualvaca, Duncan e French, (1999) a dificuldade na obtenção de dados consensuais no estudo da atenção em crianças com PH/DA poderá prender-se com o facto de o constructo atenção ser multidimensional e englobar diferentes funções tais como: intensidade, vigilância, capacidade para estar alerta, distractibilidade, atenção sustentada, atenção dividida e atenção selectiva. Mirsky (1996) defende que a disparidade de resultados obtidos nas investigações sobre a desatenção poderá reflectir o facto de estarem a ser avaliadas diferentes dimensões deste constructo.

Assim, Taylor (1985) considera que as crianças com PH/DA não apresentam taxas mais elevadas de distractibilidade, comparativamente às crianças sem patologia, em tarefas cujo objectivo é avaliar o grau de perturbação de estímulos distractores na execução das acções. Barkley (1990) e Goldstein e Goldstein (1998), nas revisões críticas da literatura que efectuaram sobre os estudos da distractibilidade em crianças com PH/DA, identificaram que esta função da atenção não discrimina as crianças com PH/DA das que não têm esta patologia. Porém, já é possível identificar diferenças no número de comportamentos de distração exibidos pelas crianças com PH/DA em função da fonte do estímulo distractor, verificando-se um aumento considerável de erros quando este está integrado na própria tarefa (tal como acontece na Barragem de *Toulouse*) (Barkley, 1997).

Relativamente à intensidade da atenção, Taylor (1985) constata que as medidas psicofisiológicas indicam, de uma forma consistente, que as crianças com PH/DA apresentam uma intensidade inferior ao esperado para o seu nível de desenvolvimento, nas respostas dadas a estímulos. O autor avança a hipótese de que a baixa intensidade poderá resultar da falta de esforço ou investimento na actividade a ser realizada.

Na análise crítica da literatura, efectuada por Brodeur e Pond (2001) no que concerne ao estudo da atenção selectiva na PH/DA, ou autores referem que os resultados obtidos nos vários estudos não são sempre consistentes, na medida em que aqueles recorrem à utilização de métodos díspares na avaliação desta dimensão. Contudo, os dados obtidos indicam que as crianças com PH/DA, em comparação com crianças sem PH/DA, perante a presença de estímulos distractores, apresentam um menor rendimento, relacionado com uma taxa mais elevada de perturbação da tarefa em execução.

No que se refere ao tipo de estímulo distractor aplicado, Brodeur e Pond (2001) sublinham que as crianças com PH/DA obtêm o mesmo tempo de resposta perante estímulos distractores idênticos ao estímulo-alvo ou perante estímulos distractores pouco semelhantes ao estímulo-alvo, o que, de acordo com os autores, denota o estabelecimento de uma fraca associação entre o alvo a atingir e a resposta dada.

Goldstein e Goldstein (1998) defendem que, apesar dos inúmeros estudos realizados sobre a atenção selectiva e a PH/DA, os resultados não consubstanciam de forma inequívoca as explicações avançadas para os problemas de atenção identificados na PH/DA.

A atenção sustentada, compreendida enquanto capacidade “para permanecer na tarefa de forma vigilante por um intervalo apreciável, não falhando estímulos-alvo, respondendo rapidamente a estes e inibindo a resposta perante não-estímulos” (Mirsky, Pascualvaca,

Duncan, & French, 1999, p. 172), tem sido o tipo de atenção mais estudado nas crianças com PH/DA (Evans, Vallano, & Pelham, 1995). Estudos efectuados com testes de realização contínua indicam que as crianças com PH/DA, em comparação com as crianças sem esta patologia, tendem a cometer um número superior de erros de comissão e omissão (Lin, Hsiao, & Chen, 1995) e a demonstrar um menor grau de persistência (Taylor, 1985, Barkley, 1997).

Por sua vez, Pearson, Lane e Swanson (1991, cit. in Goldstein & Goldstein, 1998) atribuem o padrão de erros cometidos pelas crianças diagnosticadas com PH/DA, nos testes de avaliação de atenção, a problemas existentes ao nível da atenção dividida.

De uma forma global, Mirsky, Pascualvaca, Duncan e French (1999) referem que a avaliação da atenção, realizada através da Bateria de Atenção desenvolvida pela sua equipa (1991, cit. in Mirsky, Pascualvaca, Duncan, & French, 1999), indica a existência de dificuldades em pelo menos três elementos da atenção, nomeadamente: a) na capacidade para focar a atenção numa tarefa na presença de estímulos distractores e executar respostas eficientes e rápidas; b) na flexibilidade na mudança do foco de atenção; e c) na capacidade para manter a atenção sustentada na modalidade visual e auditiva.

Apesar dos inúmeros estudos realizados sobre a PH/DA e os comportamentos de desatenção, nos últimos anos tem-se vindo a assistir a algum grau de particularização do estudo da atenção com referência ao subtipo da PH/DA Predominantemente Desatento. O foco nesta área de investigação foi determinado, em grande parte, pela hipótese avançada por autores como Diamond (2005), Milich, Balentine e Lyman (2001) e Barkley (1990), de que este subtipo poderia ser um quadro psicopatológico específico e não uma subcondição da PH/DA.

Relativamente aos sintomas de hiperactividade, impulsividade e desatenção é importante referir que as inconsistências identificadas contribuíram para o avançar de algumas explicações alternativas para a sintomatologia primária da PH/DA. Assim, segundo Barkley (1999), a PH/DA possui como sintoma primário a existência de um défice no processo inibitório. Por sua vez, Tannock (2000 cit. in McGee, Brodeur, Symons, Andrade, & Fahie, 2004) defende que as crianças com PH/DA apresentam três tipos de défices nucleares, que se situam ao nível das funções executivas, dos processos de memória de trabalho e do estado energético. Todavia, Brown (1999) continua a considerar que a questão nuclear da PH/DA se situa ao nível dos problemas de atenção.

Seguidamente iremos debruçar-nos sobre os diferentes tipos de PH/DA considerados pela DSM-IV TR e amplamente estudados na literatura, designadamente: Tipo

Predominantemente Desatento (TPD), Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo (TPHI) e Tipo Combinado (TC).

### **1.3 Subtipos**

Tal como já foi referido, a PH/DA é uma perturbação multidimensional e heterogénea que engloba um conjunto de sintomas nucleares – comportamentos de desatenção, de impulsividade e de hiperactividade –, que podem ocorrer de forma isolada ou simultaneamente. As diferentes manifestações que a estruturação dos sintomas pode assumir contribuem para que cada subgrupo englobe um conjunto particular de características que dificultam o estudo desta patologia enquanto entidade global. Assim, a classificação das crianças diagnosticadas com PH/DA em subtipos mais homogéneos, pretende destacar as especificidades de cada um dos subtipos.

De entre as distintas categorizações propostas, as que congregam maior consenso, e por isso são mais implementadas, têm sido as apresentadas no DSM, ao longo das suas diferentes edições. De acordo com Milich, Balentine e Lyam (2001) as modificações introduzidas nas classificações apresentadas no DSM derivam, em grande parte, do grau de importância atribuído, ao longo do tempo, a cada um dos diferentes sintomas nucleares desta perturbação.

Assim, na III edição do DSM (1980), a PH/DA é designada de Perturbação de Déficit de Atenção (PDA) uma vez que se assume que as “dificuldades de atenção são proeminentes e estão virtualmente sempre presentes nas crianças com estes diagnósticos” (p. 56) e que o número de comportamentos de excesso de actividade motora frequentemente declina com o avançar da idade. Esta edição, em comparação com o DSM-II, introduziu alterações significativas ao nível do processo de avaliação, dado que sugeria que este procedimento deveria deixar de ser realizado pelos clínicos através da comparação das características clínicas de um caso particular com as descrições publicadas no DSM-II, passando, sim, a fundamentar-se em linhas orientadoras que definissem o tipo e número de comportamentos sintomáticos, idade de início e duração dos sintomas.

Perante os critérios estabelecidos no DSM-III, o diagnóstico de Perturbação de Déficit de Atenção só poderia ser realizado se o indivíduo, antes dos 7 anos de idade e durante um período mínimo de 6 meses, apresentasse sintomas de desatenção, impulsividade e

hiperatividade, que não tivessem a sua origem noutros quadros psicopatológicos como a Esquizofrenia, Distúrbio Afetivo ou Deficiência Mental Grave ou Profunda (APA, 1980).

O DSM-III também foi inovador ao adoptar uma abordagem bidimensional da sintomatologia, que defendia a existência de uma dimensão que englobava os comportamentos de hiperatividade e de uma que englobava os de desatenção. Esta abordagem permitia, assim, de acordo com os pressupostos definidos, identificar a existência de três subtipos distintos de PDA, nomeadamente:

1) Perturbação de Déficit de Atenção com Hiperatividade – quando fossem preenchidos pelo menos três sintomas de falta de atenção, três de impulsividade e dois de hiperatividade;

2) Perturbação de Déficit de Atenção sem Hiperatividade – quando fossem preenchidos pelo menos três sintomas de falta de atenção, três de impulsividade e não apresentassem ou apresentassem apenas um dos sintomas de hiperatividade;

3) Perturbação de Déficit de Atenção de Tipo Residual – que era atribuída quando o indivíduo já tivesse manifestado, pelo menos uma vez, os critérios para Perturbação de Déficit de Atenção com Hiperatividade, mas os sinais de hiperatividade tivessem desaparecido, permanecendo contudo outros sinais da doença, sem períodos de remissão.

Apesar de nesta edição do DSM ter sido avançada a divisão desta perturbação em três subtipos, é introduzida a ressalva de que, relativamente aos dois primeiros subtipos, se desconhece se estes são duas formas da mesma perturbação ou duas perturbações distintas (APA, 1980).

O DSM-III, apesar de ter sido bem aceite pelo seu carácter inovador, foi também alvo de algumas críticas que se alicerçaram em dúvidas relativas às bases empíricas que fundamentavam a exigência da presença de sintomas de diferentes agrupamentos, bem como no nível de complexidade introduzido pela exigência de um número específico de sintomas de diversos agrupamentos, e na validade do subtipo “Distúrbio de Déficit de Atenção sem Hiperatividade” (McBurnett, Lahley & Pfiffner, 1983).

Em 1987, com a revisão do DSM-III, assiste-se a novas alterações nos critérios utilizados para o diagnóstico do agora denominado Distúrbio de Déficit de Atenção e Hiperatividade (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder). Na ausência de dados suficientes que justificassem a divisão dos sintomas em três subgrupos, os 16 sintomas anteriormente divididos passam a estar agrupados numa única lista de 14, de acordo com o seu poder discriminativo, sensibilidade e especificidade (APA, 1987).

A mudança que provocou mais controvérsia nesta revisão foi a substituição do subtipo “Distúrbio de Défice de Atenção sem Hiperactividade” definido no DSM-III, pela introdução de uma categoria denominada de “Distúrbio Indiferenciado de Défice de Atenção” (Barkley, 2006). Esta nova categoria pretendia englobar as crianças que apresentavam comportamentos de desatenção na ausência de comportamentos de hiperactividade e impulsividade. Contudo, ao não contemplar critérios de diagnóstico, permitiu a integração de casos com contornos mal definidos, tornando-se por isso muito heterogénea. Este facto acabou por contribuir para a estagnação dos estudos realizados sobre o “Distúrbio de Défice de Atenção sem Hiperactividade” (McBurnett, Lahley, & Pfiffner, 1983)

A classificação proposta no DSM-IV (APA, 1994), designada por Perturbação de Hiperactividade / Défice de Atenção<sup>1</sup> recupera a abordagem bidimensional da sintomatologia nuclear desta perturbação, que define a existência de uma primeira dimensão que engloba comportamentos de desatenção e de uma segunda que integra comportamentos de hiperactividade e de impulsividade. Assim, tal como atrás foi referido, de acordo com estas dimensões foram definidos três subtipos, nomeadamente: Tipo Predominantemente Desatento (TPD), Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo (TPHI) e Tipo Misto (TC).

De acordo com este manual, a PH/DA *Tipo Predominantemente Desatento* deverá, então, ser diagnosticada quando as crianças manifestarem, por um período não inferior a seis meses, pelo menos seis sintomas de falta de atenção e menos de seis sintomas de hiperactividade-impulsividade. O subtipo *Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo* será determinado quando as crianças manifestarem, por um período não inferior a seis meses, pelo menos seis sintomas de hiperactividade-impulsividade e menos de seis sintomas de falta de atenção. Por sua vez, o diagnóstico de PH/DA *Tipo Combinado* será estabelecido se as crianças, num período igual ou superior a seis meses, manifestarem pelo menos seis sintomas de falta de atenção e pelo menos o mesmo número de sintomas de hiperactividade-impulsividade.

Apesar da grande aceitação e implementação da tipologia definida no DSM-IV, esta continua a gerar alguma controvérsia, na medida em que a integração do subtipo Predominantemente Desatento no próprio quadro conceptual da PH/DA não é consensual,

---

<sup>1</sup> Esta designação foi traduzida na versão portuguesa do DSM-IV por “Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção”. Dada a informação que se apresenta e desenvolve neste capítulo, esta não nos parece ser a designação mais apropriada, pelo que adoptámos a designação “Perturbação de Hiperactividade / Défice de Atenção”.

existindo um grupo de teóricos e investigadores que defende que este subtipo deveria ser definido como uma perturbação distinta e não relacionada com a PH/DA (Lahley, 2001).

Para Barkley (1990), as diferenças identificadas entre as crianças com PH/DA Tipo Predominantemente Desatento, Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo e Tipo Misto, ao nível da sintomatologia apresentada, comorbilidades, percurso desenvolvimental e consequências ao longo da vida, constituem-se como evidências de que a perturbação exibida pelas crianças do Tipo Predominantemente Desatento é qualitativamente diferente da PH/DA, não podendo, por isso, ser considerada como um subtipo deste quadro psicopatológico.

Diamond (2005) defende que deveria existir uma distinção entre a Perturbação de Défice de Atenção (PDA) e a PH/DA, fundamentando esta indicação nas diferenças identificadas entre as duas patologias, ao nível dos perfis cognitivos e comportamentais identificados, dos padrões de comorbilidades, das respostas à medicação e dos problemas neurológicos subjacentes. De acordo com este autor as crianças com PH/DA são caracterizadas como frenéticas, hiperactivas e insuficientemente auto-conscientes, enquanto as crianças com TDA são maioritariamente hipo-activas, apresentam um tempo de resposta lento e são frequentemente demasiado envergonhadas.

Lahley (2001) apesar de concordar com a conceptualização de que a PH/DA – Tipo Predominantemente Desatento deverá ser considerada uma entidade distinta da PH/DA, salienta que os dados empíricos ainda são insuficientes. Contudo, indica que este será certamente o caminho a percorrer, num futuro próximo.

Apesar de o DSM-IV fundamentar a sua categorização numa abordagem bidimensional, Baeyens, Roeyers e Walle (2006) referem que, no que diz respeito à classificação dos itens para avaliação da hiperactividade/dificuldades de atenção, a análise factorial levada a cabo por Lahley e colaboradores em 1988 identificou a existência de uma solução de três factores que compreendia o factor hiperactividade-impulsividade, o factor desatenção-desorganização e um terceiro factor denominado de tempo de acção lentificado (*sluggish tempo factor*). De acordo com este estudo, as crianças com PH/DA - TPD obtinham pontuações elevadas neste factor, avaliado pela exibição de comportamentos como: indolência, lentificação, hipoactividade e sonhar acordado. Contudo, devido ao fraco poder preditivo destes critérios para o desenvolvimento da PH/DA – Tipo Predominantemente Desatento, estes comportamentos não foram introduzidos na lista de critério seleccionados para o DSM-IV (Baeyens, Roeyers, & Walle, 2006). Mas apesar da não valorização deste factor na quarta edição do DSM, a sua identificação contribuiu para consubstanciar a opinião

de alguns investigadores (e.g, Lahley, 2001; Milich, Balentine & Lynam, 2001) de acordo com a qual a PH/DA – Tipo Predominantemente Desatento não seria um subtipo de PH/DA mas sim uma perturbação diferente e específica.

Um outro sistema de classificação possível é o que diferencia subgrupos de crianças com PH/DA de acordo com a presença ou ausência de associação entre comportamentos de hiperactividade/défice de atenção e comportamentos de agressividade, compreendidos enquanto constelação de comportamentos negativos e comportamentos de desafio e oposição (Loney & Milich, 1982, cit. in Barkley, 1997).

Neste contexto, Dykman e Ackerman (1991, cit. in Golstein & Goldstein, 1998) sugerem que, com base na avaliação de comportamentos de défice de atenção, hiperactividade e agressividade, poderão ser definidos três tipos de crianças com défice de atenção, nomeadamente: a) défice de atenção puro; b) défice de atenção e hiperactividade; e c) défice de atenção, hiperactividade e agressividade.

De acordo com esta classificação, as crianças com PH/DA com comportamentos agressivos tendem a apresentar uma sintomatologia primária mais severa, com mais problemas de rendimento académico, de interacção com os pares e mais problemas globais na adolescência e vida adulta, do que as crianças exclusivamente com PH/DA ou com Perturbação de Oposição (Barkley, 1990), enquanto o subgrupo não agressivo tende a apresentar dificuldades apenas ao nível do seu rendimento académico (Golstein & Goldstein, 1998). Barkley (1990) defende que, de acordo com as investigações efectuadas com base nesta categorização, o mecanismo subjacente ao desenvolvimento e manutenção dos comportamentos de agressão poderá ser a interacção existente entre um temperamento negativo precoce da criança e um elevado nível de disfuncionalidade familiar ou elevado grau de perturbação parental.

Outra classificação possível é a que define a PH/DA como sendo situacional ou como pervasiva, em função do número de contextos nos quais os sintomas de hiperactividade e défice de atenção são identificados. A PH/DA *situacional* é definida como sendo aquela que é identificada em apenas um contexto de vida da criança, nomeadamente em casa ou na escola, enquanto a PH/DA *pervasiva* engloba as crianças cuja sintomatologia é expressa em mais do que um contexto (Barkley, 1990). De acordo com esta tipificação, as crianças que apresentam o subtipo pervasivo, comparativamente com as crianças com PH/DA tipo situacional, são caracterizadas como tendo um grau superior de perturbação comportamental, maior persistência de perturbação ao longo do tempo e défices cognitivos e de aprendizagem mais

acentuados (Barkley, 1997). Tendo em consideração os diferentes graus de severidade dos défices associados à PH/DA, o subtipo situacional, na medida em que está associado a défices comportamentais e cognitivos menos intensos, poderá então ser compreendido como uma forma menos grave de PH/DA. De acordo com Barkley (1990), apesar de esta categorização ser importante na determinação de estratégias de intervenção, a sua utilização deve ser feita com algum cuidado uma vez que poderá reflectir, não só as diferenças existentes no grau de severidade da sintomatologia da PH/DA, mas também divergências ao nível da percepção do grau de gravidade identificado por diferentes informadores.

August e Garfinkel (1993), por sua vez, defendem que a PH/DA pode apresentar duas formas diferentes de expressão, designadamente uma cognitiva e uma comportamental. De acordo com estes autores, as crianças com PH/DA *tipo comportamental* são caracterizadas clinicamente como tendo problemas de atenção, impulsividade e hiperactividade. Na sua forma mais severa, estas crianças poderão manifestar características comportamentais quase indistinguíveis da Perturbação de Comportamento. Por sua vez, as crianças com PH/DA *tipo cognitivo* são caracterizadas como manifestando défices no processamento da informação, nomeadamente ao nível da codificação e recuperação da informação. Devido a estes défices, estas crianças apresentam resultados pobres em medidas de avaliação da atenção, contrastando com as crianças com PH/DA tipo comportamental, que apresentam resultados normais neste tipo de medidas (August & Garfinkel, 1993).

## 2 Prevalência, etiologia e comorbilidades

### 2.1 Prevalência

De acordo com literatura, os valores apresentados para a estimação da incidência e prevalência da PH/DA na população apresentam discrepâncias elevadas, tornando-se difícil de identificar um valor que seja consensualmente aceite. De acordo com Campbell (2000) e Stefanatos e Baron (2007) este problema tem por base um conjunto de factores, tais como: a) número considerável de variações nas definições, operacionalizações e critérios de diagnóstico utilizados; b) tipo de população estudada; c) área geográfica abrangida; d) inexistência de um teste de diagnóstico objectivo para a PH/DA; e) falta de meios sistemáticos de monitorização do diagnóstico da PH/DA; e f) ausência de consistência na identificação da sintomatologia em função da idade, género e fonte de informação.

De acordo com a DSM-IV-TR (APA, 2000/2002) a prevalência da PH/DA está estimada em 3% a 7% para as crianças em idade escolar. Neste manual não são apresentadas taxas de prevalência para a adolescência e idade adulta devido ao facto de se considerar existir um elevado grau de imprecisão no cálculo dos seus valores.

Cantwell (1996 cit. in Rowland, Lesesne, & Abramowitz, 2002) identifica que, apesar de o DSM-IV estimar uma prevalência entre os 3% e os 5% para a PH/DA em crianças em idade escolar (APA, 1994), os estudos epidemiológicos elaborados exclusivamente com base nos critérios de diagnóstico do DSM-IV obtêm uma estimativa mais elevada, que se situa habitualmente entre os 11 e os 16%.

Rowland, Lesesne e Abramowitz (2002), na revisão da literatura publicada em três dos principais jornais sobre a PH/DA, depararam com valores de prevalência, ao longo de 4 anos, compreendidos entre 1.7 e 17.8%, entre 3 e 6% e entre 4 e 12%. De acordo com os autores, estes valores indicam que a estimação da taxa de prevalência é sensível ao tipo de questão colocada e a quem, pelo que os critérios de diagnóstico estandardizados são essenciais para a identificação de um único valor.

Evans, Valano e Pelham (1995), apesar de identificarem valores de prevalência situados entre 1.7 e 17.8%, referem existir uma disparidade entre os valores calculados com

base em amostras retiradas da população clínica e amostras retiradas da população em geral. Assim, verificam que a prevalência é mais elevada nas amostras clínicas, identificando-se que 30 a 50% dos encaminhamentos realizados para os serviços de saúde mental têm subjacentes a indicação de um possível diagnóstico de PH/DA. Os valores encontrados para as amostras da população em geral vão de encontro às referidas no DSM-IV, situando-se entre os 3 e os 5%.

No que diz respeito à prevalência de cada um dos três subtipos de PH/DA definidos na DSM-IV (1994), Morgan, Hynd, Riccio e Halll (1996) defendem que o subtipo Combinado se estabelece como sendo o mais representativo da PH/DA, calculando-se que atinja uma percentagem que varia entre os 50 e os 75%, seguido pelo subtipo predominantemente Desatento, com uma percentagem entre os 20 e os 30% e o tipo predominantemente Hiperactivo-Impulsivo com uma percentagem inferior a 15%.

No que se refere aos valores obtidos ao longo do ciclo de vida, Evans, Valano e Pelham (1995) identificam que, embora a prevalência estimada para os adolescentes varie de estudo para estudo, os dados obtidos apontam para que o valor desta se situe entre um terço e dois terços da percentagem indicada para as crianças em idade escolar (3% a 5%). Apesar da identificação de um decréscimo acentuado na taxa de prevalência nesta faixa etária, os autores referem não ser evidente que estes dados resultem de uma real diminuição do número de casos, avançando com a hipótese de o decréscimo se dever ao facto de existirem algumas limitações no processo de avaliação dos adolescentes com PH/DA.

Já no que toca à idade adulta, Stefanatos e Baron (2007) identificam que a prevalência da perturbação se situa entre os 2 e os 7%. Contudo, ressaltam a hipótese de o valor poder ser mais elevado, uma vez que muitas situações permanecem por diagnosticar até ao momento em que os seus próprios filhos são diagnosticados com PH/DA, ou em que são confrontados com uma tarefa mais complexa e exigente que, ao acentuar dificuldades já anteriormente sentidas, conduzem a uma maior valorização dos sintomas da PH/DA e à procura de ajuda especializada.

De acordo com Barkley (1990) os valores estimados para a prevalência de PH/DA na idade adulta são sensíveis à fonte de informação a que se recorre, verificando-se que poderão ser subestimados se se recorrer apenas aos auto-relatos dos adultos com PH/DA, uma vez que o número de sintomas identificados aumenta consideravelmente quando se recolhe informação junto dos seus próprios pais.

Em relação à proporção da prevalência entre géneros, os dados são consensuais ao apontar uma maior prevalência da PH/DA no sexo masculino, variando os valores relativos para rapazes e raparigas, apresentados na literatura, entre os 2:1 e os 9:1 (Szatmari, 1992, in Barkley 1997). De acordo com Szatmari (1992), o valor mais consensualmente apontado é o de 6:1 em amostras clínicas e o de 3:1 em amostras comunitárias (Barkley 1997). Segundo Campbell (2000) e Stefanatos e Baron (2007) os valores diferenciais tendem a ser mais elevados quando a avaliação é efectuada com base em informações provenientes de professores, verificando-se que estes, quando comparados com os pais, tendem a sinalizar mais crianças do sexo masculino, com idades inferiores a 12 anos, como preenchendo os critérios descritos na DSM-IV.

Apesar de as crianças do género feminino apresentarem a mesma estrutura de factores de PH/DA que as do género masculino, no que se refere ao preenchimento de escalas de avaliação do comportamento pais e professores tendencialmente atribuem pontuações mais baixas às raparigas nas áreas da desatenção e hiperactividade, comparativamente com os rapazes dentro da mesma faixa etária (Arnold, 1996).

Stefanatos e Baron (2007) sugerem que a diferença encontrada entre o género feminino e o masculino na taxa de prevalência poderá resultar das diferenças identificadas na expressão da sintomatologia e tipo de dificuldades associadas a cada um dos géneros. De um modo global, a literatura refere que as crianças do sexo feminino com PH/DA tendem não só a exibir menos sintomas de PH/DA, como a adaptar-se de forma mais adequada ao contexto, apresentando menor tendência para quebrar as regras impostas e menos problemas de comportamento, de delinquência e de agressão, quando comparadas com as do sexo masculino com a mesma patologia (Arnold, 1996).

No que se refere a comorbilidades e dificuldades associadas, Bierderman e Faraone (2004) sublinham que as crianças do sexo feminino manifestam uma menor taxa de comorbilidade com perturbações disruptivas do comportamento, episódios depressivos major e dificuldades de aprendizagem. Apresentam, contudo, taxas mais elevadas de sintomas internalizantes, de défices sociais e de comorbilidade com perturbações de ansiedade, tais como a perturbação de ansiedade de separação e a perturbação de ansiedade generalizada (Arnold, 1996).

De acordo com a meta-análise realizada por Gaub e Carlson (1997), as raparigas com PH/DA pertencentes à população clínica manifestam, em todas as escalas de avaliação da inteligência, défices mais severos ao nível da atenção e capacidades intelectuais, quando

comparadas com os rapazes com PH/DA da mesma idade (Arnold, 1996). James e Taylor (1990) referem que as raparigas com PH/DA apresentam também perturbações mais graves ao nível da linguagem do que os rapazes.

Apesar das diferenças existentes nas manifestações clínicas dos dois géneros estarem bem documentadas, estudos como os de Breen (1989) e de Horn, Wagner e Lalongo (1989) contradizem as conclusões dos estudos anteriormente referidos, na medida em que alegam não identificar diferenças significativas entre rapazes e raparigas em medidas de inteligência, rendimento escolar, relações com os pares, problemas emocionais ou problemas de comportamento.

Para além do mais, o número de crianças do género feminino com PH/DA poderá estar subestimado, não só pelo facto de as manifestações comportamentais e dificuldades associadas serem menos disruptivas, como também atendendo a que a generalidade dos estudos realizados sobre a PH/DA utilizam amostras constituídas essencialmente por crianças do sexo masculino (81%) (Hartung & Widdiger, 1998). Segundo Stefanatos e Baron (2007) esta desproporção indica que os critérios utilizados para o diagnóstico da PH/DA são desenvolvidos e testados principalmente em crianças do sexo masculino, podendo-se questionar se estes são devidamente apropriados ou equivalentes no sexo feminino.

Estudos epidemiológicos realizados na população não clínica sugerem que os rapazes sem PH/DA apresentam maior probabilidade de exibirem comportamentos pertinentes para o diagnóstico da PH/DA do que as raparigas (DuPaul, 1991), verificando-se que, mesmo quando estas apresentam elevados níveis de desatenção ou comportamentos disruptivos os seus comportamentos poderão não ser considerados inapropriados do ponto de vista do desenvolvimento (Waschbusch & King, 2006).

As diferenças de valores de prevalência da PH/DA associadas ao género também se evidenciam nos diferentes subtipos de PH/DA definidos na DSM-IV. Assim, verifica-se que, quando o Tipo Predominantemente Desatento e Tipo Combinado são comparados, os valores do ratio masculino/feminino são inferiores no primeiro, podendo reflectir o facto de, no segundo se enfatizar mais a componente externalizante dos comportamentos, mais associados ao género masculino (Stefanatos & Baron, 2007). Segundo Nolan, Gadow e Sprafkin (2001) as prevalências identificadas para os diferentes subtipos de acordo com o género são: Tipo Combinado: 58% para o género feminino e 61% para o género masculino; Tipo Predominantemente Desatento: 25% para o género feminino e 27% para o género masculino;

e Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo: 13% para o género feminino e 9 % para o género masculino.

Ao nível do percurso de vida, o prognóstico para as crianças do género feminino com PH/DA é mais positivo do que para as do género masculino uma vez que, quando atingem a idade adulta, apresentam menos traços de personalidade anti-social e menor taxa de abuso de substâncias (Arnold, 1996).

De acordo com a literatura a ocorrência da PH/DA também poderá flutuar em função da área geográfica e do estatuto socioeconómico. Assim, Spencer, Bierderman, Wilens e Faraone (2002) apontam para uma variação de 1% a 16.1% na taxa de prevalência em diferentes culturas (Estados Unidos da América, Alemanha, Canadá e Nova Zelândia). De acordo com os autores, quando os valores da prevalência de PH/DA nos Estados Unidos da América são comparados com os do Reino Unido, por exemplo, verifica-se que a atribuição deste diagnóstico é duas vezes superior nos Estados Unidos. Esta diferença poderá dever-se ao facto de os critérios da CID-10, mais usados no Reino Unido, serem muito mais restritivos do que os da DSM-IV.

Segundo Szatmari (1989) os dados retirados de um estudo realizado em áreas metropolitanas do Canadá indicam a existência de uma maior incidência de PH/DA nas regiões mais pobres. Os dados obtidos são justificados pelo facto de as mulheres de estatuto socioeconómico mais baixo terem maior probabilidade de, durante a gravidez, terem uma alimentação mais pobre, menos cuidados médicos e apresentarem maior taxa de complicações durante o parto. Szatmari (1989) refere também que, nos grupos com estatuto socioeconómico mais baixo, existem taxas mais elevadas de instabilidade familiar, de divórcio e de dificuldades psiquiátricas em familiares, características estas que podem exacerbar as características das crianças que se encontram numa zona limite para o diagnóstico de PH/DA.

## **2.2 Etiologia**

As explicações etiológicas da PH/DA definidas na literatura dividem-se em duas áreas de investigação, que se debruçam sobre qual é o papel desempenhado pelos factores biológicos e pelos factores ambientais na origem e desenvolvimento deste quadro psicopatológico.

As evidências obtidas nas duas áreas de investigação serão desenvolvidas seguidamente.

## **2.2.1 Factores biológicos**

De entre os factores biológicos estudados tem-se assistido a um aumento considerável da literatura sobre a componente genética da PH/DA e sobre as características neurológicas inerentes a esta psicopatologia (Daley, 2005).

### **2.2.1.1 Factores genéticos**

Relativamente à investigação na área da genética, a literatura refere que esta etiologia é fortemente validada pela existência de uma elevada co-ocorrência do diagnóstico de PH/DA dentro da própria família, verificando-se que os dados recolhidos em amostras clínicas apontam para que 34 a 40% das crianças com PH/DA possuam familiares com o mesmo diagnóstico (Rowland, Lesesne e Abramowitz, 2002).

De acordo com Goldstein e Goldstein (1998) os sintomas de PH/DA estão quatro vezes mais presentes nos pais das crianças com PH/DA, comparativamente com o que ocorre num grupo de controlo. Apesar da presença de PH/DA nos pais das crianças ser considerado o factor mais relevante para a determinação da existência de um risco mais elevado de desenvolvimento da PH/DA (Barkley, 1990), Biederman e Faraone (2005), defendem que o diagnóstico de PH/DA na fratria se constitui também como um factor preditivo de elevado risco para o desenvolvimento deste quadro nas outras crianças da família. Goodman e Stevenson (cit. in Barkley, 1990) estimaram a existência de um risco de 13 a 17% para irmãos do sexo feminino e de 27 a 30% para irmãos do sexo masculino, isto sem ter em consideração se o elemento identificado é rapariga ou rapaz.

Dados provenientes de estudos com gémeos corroboram a hipótese de transmissão genética da PH/DA, na medida em que demonstram a existência de correlações mais elevadas nos pares de gémeos monozigóticos em comparação com os dizigóticos, nas dimensões desatenção e hiperactividade-impulsividade (Barkley, 2000). Num estudo realizado por

Goodman e Stevenson (cit. in Barkley, 1990), identifica-se uma concordância de 51% para os gémeos monozigóticos e de 33% para os dizigóticos.

Investigações recentes na área da genética molecular apontam para uma possível associação entre alterações nos genes de transmissão da dopamina e o risco de desenvolvimento da PH/DA (Daley, 2006). Mais especificamente, os dados indicam que, quer o gene receptor de dopamina D4, quer o gene transportador da dopamina (DAT), têm implicações na etiologia da PH/DA (Barkley, 1997). De acordo com Dreyer (2006), o polimorfismo receptor de dopamina, primariamente encontrado nas áreas do cérebro envolvidas na cognição e emoção, desempenha um papel importante ao nível da atenção, motivação e comportamento exploratório e está mais directamente relacionado com comportamentos de desatenção. Por sua vez, o gene receptor de dopamina tornou-se um alvo primordial de estudo devido ao facto da medicação psicoestimulante utilizada na PH/DA, com resultados clinicamente significativos no controlo da sintomatologia específica desta patologia, incidir a sua actuação neste gene. De acordo com Rowland, Lesesne e Abramowitz (2002) o DAT está relacionado de forma mais directa com os sintomas de impulsividade.

Apesar de os estudos enfatizarem a importância destes dois polimorfismos, a opinião de consenso considera que, provavelmente, existem muitos genes envolvidos no processo de transmissão da PH/DA (Swanson, Gupta, & Guinta, 1999) e que são necessárias mais investigações para compreender a interacção entre os factores não genéticos e as predisposições genéticas, na determinação do risco de desenvolvimento desta perturbação.

### **2.2.1.2 Factores neurológicos**

Relativamente à etiologia da PH/DA, investigações recentes sugerem que, dada a predominância de sintomas de desatenção, de planificação pobre e de baixo poder de regulação do comportamento, a sintomatologia apresentada pelas crianças com PH/DA poderá ser resultado de uma disfunção neurológica (Campbell, 2000).

De acordo com o modelo integrativo da PH/DA, proposto por Barkley, em 1997, a sintomatologia nuclear da perturbação deriva da existência de um défice ao nível da inibição comportamental, que terá a sua origem num défice ao nível das conexões entre as áreas pré-frontais e o sistema límbico, especialmente no corpo estriado. De acordo com o mesmo autor, este défice faz emergir dificuldades no processo de memorização, planeamento, organização

temporal do comportamento, regulação do afecto, auto-reflexão e comportamento direccionado para um objectivo. O reconhecimento das áreas deficitárias, as quais são cruciais para o circuito dopaminérgico do cérebro humano (Barkley, 1997), apoia a hipótese de que existe uma desregulação no circuito dopaminérgico das crianças com PH/DA.

Contudo, os dados obtidos não são totalmente elucidativos quanto à atribuição dos défices a causas psicofisiológicas, uma vez que alguns autores questionam se os défices identificados ao nível do planeamento e organização ocorrem como consequência da PH/DA ou se derivam de outras perturbações comórbidas tais como problemas de aprendizagem, comportamentos agressivos ou comportamentos anti-sociais (Campbell, 2000). Outra das questões apontadas prende-se com o facto de os dados não clarificarem de forma inequívoca se os défices apresentados reflectem apenas um ou vários mecanismos neuronais subjacentes. De uma forma geral, a maioria dos investigadores defende que é provável que sejam identificadas várias causas para a PH/DA, ou que, pelo menos, sejam identificadas causas específicas para os diferentes subtipos desta perturbação (Campbell, 2000).

Na área da neuroimagem, os dados das investigações convergem para a identificação de uma disfunção e de uma desregulação no circuito cerebeloso-estriado/adrenérgico-pré-frontal (Castellanos, 2001). Assim, as neuroimagens funcionais revelam menor actividade no corpo estriado nas crianças com PH/DA, quando comparadas com grupos de controlo, durante a realização de tarefas de inibição de resposta (Lou, Hendriksen, Bruhn, 1984).

Diamond (2005) defende que o estudo do perfil neurobiológico, cognitivo e comportamental das crianças com PH/DA Tipo Predominantemente Desatento permite identificar fortes evidências da existência de um distúrbio primário no córtex pré-frontal, enquanto relativamente às crianças com o Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo são identificadas anomalias no corpo estriado, identificando as ressonâncias magnéticas de forma consistente menor volume e assimetria invertida no núcleo caudado.

De acordo com Rowland, Lesesne e Abramowitz (2002), as descobertas deste tipo de investigações, embora sejam importantes, devem ser consideradas preliminares, na medida em que: 1) ainda não foi estudado um conjunto de regiões cerebrais cuja relação com a PH/DA aparentemente não é linear; 2) a maior parte dos estudos realizados utilizou amostras demasiado pequenas, que não viabilizaram o poder estatístico das análises efectuadas sobre os dados recolhidos; 3) as interpretações das descobertas estão limitadas pela escassez de dados existentes sobre as normas desenvolvimentais e as mudanças relacionadas com a idade; e 4) as técnicas de neuroimagem ainda necessitam de ser refinadas e melhoradas.

De entre os vários modelos neuropsicológicos explicativos da PH/DA salientam-se o modelo Cognitivo-energético proposto por Sergeant (2000) e revisto por Van der Meere, o modelo de Disfunção Cognitiva apresentado por Barkley (1997) e o Modelo de Duplo Percurso apresentado por Sonuga-Barke (2003).

De acordo com Sergeant (2000) a PH/DA pode ser definida como uma perturbação das funções executivas, na medida em que os comportamentos de desatenção, hiperactividade e impulsividade poderão ser explicados pela existência de um défice ao nível da capacidade de regulação. Segundo o modelo cognitivo-energético defendido pelo autor, a PH/DA resulta de uma incapacidade de modulação do estado fisiológico de forma a corresponder às exigências das tarefas e contextos. Assim, as crianças com PH/DA apresentarão subjacentes à sintomatologia exibida uma capacidade deficitária de regulação do seu estado de activação e uma incapacidade para manter um esforço continuado. De acordo com o paradigma Go/No-Go, Van der Meere (2005) refere que as crianças com PH/DA respondem tendencialmente de uma forma mais lenta e mais variável às condições de apresentação com velocidades mais lentas, o que poderá indicar que estas crianças não mobilizam energia suficiente para a protecção do seu rendimento neste tipo de condição.

No que se refere à associação entre funções executivas e a PH/DA, Barkley (2006) defende que o padrão global de défices executivos associados à PH/DA tem a sua origem em défices específicos ao nível da inibição. Scachar, Mota, Logan, Tannock e Klim (2000) referem que os défices inibitórios apresentados pelas crianças com PH/DA, e consequente incapacidade para reter ou interromper rapidamente uma acção ou pensamento em curso ou suprimir informação que se deseja ignorar, originam dificuldades na implementação de outras estratégias de controlo-executivo que poderiam otimizar o seu comportamento, e afectam funções tais como a memória de trabalho, auto-regulação, discurso interno e reconstituição comportamental. De acordo com Barkley (2006) os défices na capacidade inibitória são vistos como precursores desenvolvimentais das dificuldades executivas globais apresentadas na PH/DA.

Sonuga-Barke (2002) sustenta que muita da ambiguidade nosológica e de definição da PH/DA tem sido ultrapassada através da especificação de diagnósticos díspares para os subtipos desta perturbação. Este autor, com base nos modelos neurocognitivos dominantes que definem a PH/DA como sendo uma realidade ontológica e psicológica que poderá ser explicada em referência a disfunções psicológicas endógenas causadas por défices em módulos cerebrais específicos, propõe como modelo explicativo para o Subtipo Combinado

de PH/DA o modelo de duplo percurso (*Dual Pathways*) (Sonuga-Barke, 2003). De acordo com este modelo, o primeiro percurso explica a PH/DA enquanto disfunção executiva que pode ser definida como uma perturbação da regulação do pensamento, da acção associada com o controlo inibitório diminuído e estado cognitivo-energético; no segundo percurso a PH/DA é fruto dum estilo motivacional que está associado a alterações no mecanismo de recompensas (Sonuga-Barke, 2002).

Enquanto disfunção executiva a PH/DA manifesta-se através de um padrão específico de falta de atenção, fraca flexibilidade estratégica, pouca capacidade de planeamento, memória de trabalho deficitária e pouca eficiência de automonitorização, a que subjaz um controlo inibitório deficiente (Sonuga-Barke, 2003). Ao nível neurofisiológico este padrão funcional encontra-se associado a perturbações no circuito estriado fronto-dorsal e ramificações dopaminérgicas. Este modelo tem como suporte teórico evidências resultantes de um conjunto de estudos realizados com base no paradigma do “*Stop Signals*”, que indicam que as crianças com PH/DA têm tempos de reacção ao sinal “stop” mais longos e uma probabilidade de inibição mais baixa (Sonuga-Barke, 2002).

Enquanto estilo motivacional o modelo parte do pressuposto que os comportamentos manifestados pelas crianças com PH/DA são expressões funcionais de um estilo motivacional subjacente que as motiva a evitar o adiamento (*delay*) (Sonuga-Barke, 2002). Assim, quando confrontadas com um processo de escolha entre a imediaticidade e o adiamento da recompensa, as crianças com PH/DA optam pela imediaticidade. Quando não existe alternativa de escolha as crianças com PH/DA agem sobre o contexto de forma a reduzir a percepção de tempo associada à sua percepção subjectiva de adiamento, quer através de estratégias como prestar atenção a aspectos não-temporais do contexto, quer criando elas próprias estímulos não-temporais. Ao nível da sintomatologia exibida pelas crianças com PH/DA, a atenção a estes novos estímulos não-temporais, ao retirar a criança da tarefa, pode ser interpretada como sinal de desatenção e os comportamentos que criam este tipo de estímulos, como os de desassossego, podem ser interpretados como indícios de hiperactividade (Sonuga-Barke, 2003).

Neste modelo os défices cognitivos associados ao suprimento, protecção e uso do tempo (e.g., ao nível da memória de trabalho e planeamento), surgem como efeito secundário da aversão ao adiamento, associados com padrões de adesão reduzida à tarefa. A maior parte da investigação realizada nesta área centra-se na incapacidade da criança com PH/DA para esperar por reforços ou acontecimentos e sugere que este tipo de crianças prefere, na maior

parte das circunstâncias, receber uma recompensa que, embora possa ser menor, seja imediata, a esperar por uma recompensa maior (Sonuga-Barke, 2002). Nestas crianças é reconhecida a existência de alterações nos circuitos de recompensa fronto-ventral e nas ramificações meso-límbicas, que terminam no estriado ventral (Sonuga-Barke, 2003).

## **2.2.2 Factores situacionais e contextuais**

Apesar de a literatura referente ao estudo da PH/DA defender que a componente hereditária é o factor etiológico mais importante desta perturbação, Dreyer (2006) sustenta que os factores ambientais desempenham um papel significativo no desenvolvimento deste quadro psicopatológico, enquanto os factores genéticos, embora possam ser essenciais para a PH/DA, podem não ser suficientes para explicar a sua etiologia. O mesmo autor salienta ainda que, apesar de os factores ambientais/contextuais serem determinantes para a compreensão deste quadro, ainda existe alguma indefinição relativa à possibilidade destes factores poderem constituir-se como causa única da PH/DA, ou antes, funcionarem como factores precipitantes de uma predisposição genética pré-existente.

De acordo com Barkley (1990) as investigações desenvolvidas sobre os factores ambientais na etiologia da PH/DA têm incidido primordialmente sobre os factores relacionados com ocorrências antes, durante e após o parto e sobre factores psicossociais tais como estilos parentais e psicopatologia parental.

### **2.2.2.1 Complicações médicas durante a gravidez, parto e período neonatal**

De acordo com a revisão bibliográfica realizada por Barkley (1990) os estudos desenvolvidos sobre o papel desempenhado pelos factores ambientais na etiologia da PH/DA têm demonstrado a existência de uma associação entre a PH/DA e a ocorrência de complicações médicas durante a gravidez e parto e problemas de saúde no bebé logo após o seu nascimento.

Num estudo epidemiológico realizado por Nichols e Chen (1981), foram identificadas várias situações que, ocorrendo durante a gravidez, poderiam culminar num diagnóstico

posterior de PH/DA, nomeadamente: número de cigarros fumados por dia pela mãe grávida, convulsões maternas, hospitalizações maternas, stress fetal e peso da placenta.

Assim, a literatura aponta como possível factor de aumento da probabilidade de desenvolvimento da PH/DA o tabagismo materno durante a gravidez. Rowland, Lesesne e Abromowitz (2002) identificaram um risco aumentado de 2.7 entre as crianças cujas mães fumavam cerca de um maço de cigarros/dia durante a gravidez. Segundo Hartsough e Lambert (1985), o consumo de álcool durante a gravidez também poderá estar associado ao posterior aparecimento de um quadro de défice de atenção, calculando-se um risco aumentado de 2.5 (Barkley, 1990).

A toxicidade devida à exposição ao chumbo é outro dos factores avançados para explicar o desenvolvimento de problemas de aprendizagem e de PH/DA, em crianças entre os 7 e os 11 anos. Mendelsohn, Dreyer e Fierman (1998) assinalam que a associação entre a exposição ambiental ao chumbo e a manifestação de comportamentos de hiperactividade e distração em crianças muito novas permanece, mesmo quando são expostas a uma dosagem baixa deste metal.

No que se refere às variáveis neonatais e relativas à infância, Nichols e Chen (1981 cit. in Barkley, 1990), defendem a existência de uma associação significativa entre a PH/DA e condições como: baixo peso à nascença, atraso no desenvolvimento motor e apneia primária. A prematuridade, ao estar associada com problemas médicos como a hipoxemia e a hipoperfusão, poderá também afectar o desenvolvimento cerebral do recém-nascido e originar problemas de atenção em idades posteriores.

Relativamente ao baixo peso à nascença estudos realizados por Botting, Powls, e Cooke (1997), indicam a existência de um risco de desenvolvimento da PH/DA três vezes superior ao normal entre as crianças pertencentes a um grupo com peso à nascença inferior a 1500 gramas e um grupo de controlo com idades idênticas e peso normal à nascença.

A dieta é frequentemente identificada pelos pais como sendo um factor ambiental que exerce uma influência adversa na sintomatologia da PH/DA. De acordo com a literatura, foram identificadas associações entre a PH/DA e défices no processamento de ácidos gordos, aditivos alimentares e açúcares refinados (Daley, 2006).

### **2.2.2.2 Factores psicossociais**

Anderson, Hinshaw e Simmel (2005), referem que o nível de correlação existente entre factores familiares e o desenvolvimento da PH/DA é elevado, principalmente nas situações em que as interacções pais/criança são caracterizadas por baixos níveis de competências parentais, operacionalizados através da manifestação de uma taxa mais elevada de comportamentos negativos, intrusivos e sobre-estimulantes, maior utilização de ordens e instruções e menor número de respostas positivas e de suporte às necessidades efectivas da criança. Psychogiou, Daley, Thompson e Sonuga-Barke (2007) sugerem uma associação entre a PH/DA e a negligência, o desinvestimento, a intolerância e a falta de monitorização parentais. Para Sonuga-Barke, Auerbach, Campbell, Daley e Thompson (2005) a interacção entre padrões parentais disfuncionais e a PH/DA é validada pelo facto de, ao serem ensinadas a estes pais competências parentais alternativas, se verificar uma melhoria da sintomatologia manifestada pelas crianças.

Os estilos parentais adoptados pelas mães de crianças com e sem PH/DA são divergentes, verificando-se uma tendência para as primeiras serem mais negativas, controladoras, intrusivas e reprovadoras (Gardner, 1994).

Biederman e Faraone (2005) na revisão que realizaram dos estudos desenvolvidos por Rutter em 2002 identificaram que, ao nível do contexto familiar, os factores de risco identificados não só se associam positivamente com o desenvolvimento de psicopatologia na infância, como também com a PH/DA. Assim, como factores de risco para a PH/DA Rutter salienta: dissonância severa no casal; classe socioeconómica baixa; famílias numerosas; criminalidade paterna; perturbação mental materna; e colocação da criança em famílias adoptantes.

As características comportamentais inerentes às crianças com PH/DA tendem a produzir um impacto negativo no seio familiar, aumentando a probabilidade destes pais manifestarem um nível elevado de stress, de psicopatologia e de desacordo relativo à aplicação de medidas pedagógicas e educacionais (Stefanatos & Baron, 2007). Por outro lado, os comportamentos problemáticos manifestados pelas crianças com PH/DA, ao conduzirem à intensificação da psicopatologia parental e a uma menor coesão familiar, criam um ciclo de interacções negativas que, por sua vez, produz um agravamento do próprio quadro de PH/DA.

No que se refere à psicopatologia parental, Barkley (1990) identifica que o risco de desenvolvimento da PH/DA é mais elevado nas crianças cujos pais apresentam quadros de depressão, alcoolismo, perturbação do comportamento e personalidade anti-social.

Acresce que a sintomatologia da PH/DA tende a agravar-se quando, num ambiente competitivo, é exigido às crianças e famílias que obtenham uma bom grau de realização (Faraone, 2005).

A variabilidade intra-sujeito ao nível da realização de tarefas é uma das características mais robustas das crianças com PH/DA, que poderá ser condicionada por variáveis contextuais que se reconhece influenciarem as suas competências para manter a atenção sustentada, controlar o impulso para agir e regular o nível de actividade. De entre esses factores salientam-se: 1) hora do dia e grau de fadiga (Dane, Schachar, & Tannock,, 2000); 2) complexidade inerente à tarefa (Luk, 1985); 3) novidade (Zentall, 1985); 4) escala de reforço imediato associada à tarefa (Oosterlaan & Sergeant, 1998); e 5) supervisão por parte de um adulto (SteinKamp, 1980).

Relativamente à hora do dia, Dane, Schachar e Tannock (2000) defendem que as crianças com PH/DA apresentam melhores rendimentos nas tarefas executadas durante o período da manhã, em comparação com as mesmas tarefas realizadas à tarde. O grau de fadiga também interfere com o nível de rendimento, verificando-se que em tarefas de resolução de problemas este nível é superior durante as manhãs, decrescendo ao longo da tarde (Bowers & Zagar, 1983).

No que diz respeito ao grau de estruturação do contexto e ao número de exigências impostas pelos prestadores de cuidados verifica-se que, quanto mais elevados estes forem, maior o grau de desvio destas crianças em relação ao comportamento exibido pelas crianças sem PH/DA. Daí que, de acordo com Luk (1985), a avaliação dos comportamentos de hiperactividade e de desatenção seja mais fácil de implementar em contextos muito estruturados, em comparação com condições menos estruturadas ou situações de jogo, uma vez que no primeiro caso se verifica a existência de uma maior disparidade comportamental entre crianças com e sem PH/DA.

Segundo Barkley (1990), quanto maior for o nível de complexidade das tarefas, menor será o rendimento obtido pelas crianças com PH/DA uma vez que será maior o número de exigências impostas em funções como a planificação, a organização e a regulação executiva do comportamento.

Estudos realizados por Zentall (1985) indicam que, no que se refere ao factor novidade, as crianças com PH/DA, quando inseridas em contextos pouco familiares ou novos, manifestam uma diminuição de comportamentos de hiperactividade e/ou de desatenção, verificando-se um aumento destes com o aumento do grau de familiarização com o contexto. Estes dados estão de acordo com as evidências de que as crianças com PH/DA apresentam habitualmente um comportamento mais funcional no início do ano lectivo, devido ao factor novidade relativo aos novos professores, colegas e escolas, observando-se a sua deterioração durante as primeiras semanas de aulas.

Oosterlaan e Sergeant (1998) concluíram que, quando a taxa de reforço imediato é elevada, o número de comportamentos de hiperactividade e desatenção diminui, observando-se que, durante a execução de tarefas altamente reforçadoras as crianças com PH/DA podem obter rendimentos idênticos às crianças sem PH/DA. Contudo, verifica-se que quando a atribuição ou a magnitude do reforço diminuem, estas crianças podem rapidamente voltar a exibir os comportamentos intrínsecos à perturbação. Barkley (2003) refere que os comportamentos problemáticos apresentados pelas crianças com PH/DA tendencialmente se agravam quando se verificam oscilações na escala de reforços habitualmente utilizada. Um factor situacional relacionado com a motivação é o grau de individualização da atenção recebida. Assim, em situações de face a face, as crianças com PH/DA podem parecer menos activas, desatentas e impulsivas do que quando integradas em situações de grupo (Steinkamp, 1980).

De uma forma consensual os dados provenientes de investigações realizadas no âmbito da etiologia da PH/DA sugerem que o estudo da interacção entre factores biológicos, familiares e comunitários é uma condição crucial para a compreensão daquela patologia, uma vez que podem conduzir a variações na idade de início da doença, expressão de sintomas e sua severidade, condições comórbidas, percurso desenvolvimental e resposta ao tratamento. Esta compreensão pode ser de extrema relevância para a identificação precoce de crianças que se encontrem em risco de desenvolver um quadro de PH/DA, possibilitando, desta forma, não só realizar o diagnóstico numa fase inicial da perturbação, como aumentar a eficácia da intervenção implementada (Rowland, Lesesne, & Abromowitz, 2002).

### **2.3 Comorbilidades**

A avaliação e estudo da co-ocorrência da PH/DA com outras perturbações psiquiátricas durante a infância e adolescência assumem um papel preponderante, não só pela elevada prevalência identificada, como também pelas repercussões que as interações com outras patologias poderão ter na sintomatologia apresentada, na respectiva evolução e na resposta à intervenção (Ostrander, Crystal, & August, 2006). De acordo com Stefanatos e Baron (2007) os estudos epidemiológicos identificam que 59 a 87% das crianças e adolescentes com PH/DA preenchem critérios para, pelo menos, um outro quadro psicopatológico, sendo que dessas, 20% apresentam pelo menos três perturbações comórbidas.

Relativamente a estas perturbações comórbidas a literatura reconhece as perturbações externalizantes, tais como o Distúrbio da Conduta e a Perturbação de Oposição, como sendo as que atingem as taxas de co-ocorrência mais elevadas, observando-se valores de comorbilidade situados entre os 30 e os 75% (Ostrander, Cristal & August, 2006; Volkmar & Woolston, 1997).

Quanto à dimensão mais internalizante do comportamento, Campbell (2000) refere que a taxa de comorbilidade com perturbações do foro depressivo e ansiógeno se situa nos 27%. A comorbilidade com este tipo de patologia tende a aumentar com o avançar da idade, como resultado da recorrente exposição a situações indutoras de stress emocional e social (Stefanatos & Baron, 2007).

As crianças com PH/DA também podem preencher, em aproximadamente 10% das situações, critérios para a Perturbação Bipolar (Barkley, 1990), sendo esta comorbilidade habitualmente identificada nas crianças com PH/DA que possuem um historial familiar de Perturbação Bipolar (Campbell, 2000).

Relativamente aos problemas de aprendizagem identificados, Stefanatos e Baron (2007) referem que estes aparecem associadas à PH/DA em 20 a 25% dos casos, sendo possível, em algumas situações, reconhecer o início destes na idade pré-escolar. Durante o primeiro ano do ensino básico as crianças com PH/DA apresentam frequentemente dificuldades na aprendizagem dos princípios básicos da matemática e na aquisição de competências de pré-leitura (Mariani & Barkley, 1997). De acordo com August e Garfinkel, (1990) o risco associado ao desenvolvimento de problemas de leitura situa-se entre os 16 e os

39%, enquanto o relativo à manifestação de problemas de ortografia se situa entre os 24 e os 27% .

No que diz respeito às perturbações ao nível da linguagem e do discurso, Stefanatos e Baron (2007) assinalam uma elevada co-ocorrência com a PH/DA, co-existindo em 40 a 64% dos casos, podendo ter por base a presença, nas duas condições, de problemas ao nível do processamento auditivo central.

No que diz respeito à avaliação do quociente intelectual as crianças com PH/DA, quando comparadas com as crianças sem esta perturbação, obtêm pontuações mais baixas em testes de inteligência, principalmente na componente verbal. Estes dados apontam para a existência de uma associação negativa entre PH/DA e inteligência (Daley, 2006). Contudo, há que reconhecer que a agitação motora e a labilidade da atenção próprias desta perturbação poderão comprometer de forma importante o desempenho da criança em testes de inteligência, traduzindo-se em resultados abaixo das suas reais capacidades (Van der Meere & Sergeant, 1988, cit. in Goldstein & Goldstein, 1998). Por outro lado, durante a infância as crianças com PH/DA apresentam frequentemente problemas de coordenação motora, identificados essencialmente em situações que implicam a execução de sequências complexas. Segundo Martin, Piek e Hay (2006) a elevada probabilidade destes problemas poderem partilhar a mesma etiologia genética que a PH/DA poderá justificar o facto de a taxa de co-ocorrência destas perturbações se situar nos 50%.

As crianças com PH/DA demonstram, também, ter dificuldades acentuadas no funcionamento psicossocial, estabelecendo frequentemente padrões estáveis e duradouros de interacção negativa com os seus pais, professores e pares (Daley, 2006). Tal como foi referido, estas circunstâncias poderão contribuir para os elevados níveis de ansiedade e depressão identificados em muitas destas crianças.

O padrão de comorbilidade ou de dificuldades apresentado pelas crianças com PH/DA mostra variações de acordo com os três subtipos de PH/DA propostos no DSM-IV. Assim, de acordo com Marshall, Hynd, Handwerk e Hall (1997), o padrão de dificuldades associado ao subtipo Predominantemente Desatento remete para a manifestação de dificuldades académicas ao nível da leitura, do cálculo e da linguagem. Para Diamond (2005) os problemas de aprendizagem associados a este subtipo têm subjacente um défice ao nível da memória de trabalho, que é acompanhado por um tempo de reacção marcadamente lento e por um processamento indolente. De acordo com este autor, as dificuldades apresentadas pelas crianças com este tipo de PH/DA prendem-se principalmente com a motivação e não tanto

com a inibição. Ao nível da interacção, as crianças com este tipo de PH/DA são descritas como passivas, tímidas e envergonhadas, tendendo para o isolamento e para a auto-exclusão de actividades grupais. Estas atitudes, ao serem facilmente interpretadas pelos seus pares como traduzindo desinteresse, enfado ou indiferença, conduzem ao estabelecimento de relações frágeis e a posteriores défices sociais (Gaub, Caryn, & Carlson, 1997). Porém, no que se refere à reprovação pelos pares, o subtipo Predominantemente Desatento foi aquele que, quando comparado com o Tipo Misto e com o Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo, apresentou menor taxa de rejeição (Weeler & Carlson, 1994).

Relativamente à dimensão internalizante do comportamento, Marshall, Hynd, Handwerk e Hall (1997) referem que as crianças com o Tipo Predominantemente Desatento, quando comparadas com o Tipo Misto e o Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo, apresentam as taxas mais elevadas de comorbilidade com perturbações depressivas e de ansiedade. Devido ao facto de esta sintomatologia ser pouco visível e algo silenciosa, quando comparada com comportamentos externalizantes, Erk (2000) afirma que poderá haver uma subestimação deste tipo de comorbilidades ao nível da literatura. Contudo, dada a elevada estabilidade temporal da sintomatologia internalizante, torna-se crucial que a sua avaliação seja efectuada de forma cuidadosa, de modo a permitir a escolha das estratégias de intervenção mais eficazes.

No que concerne à PH/DA – Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo, Gaub e Carlson (1997) descrevem estas crianças como sendo conflituosas na relação com os pares, inquietas, desatentas e descoordenadas. Ao nível das dificuldades associadas identificam problemas no funcionamento social, dificuldades na inibição de comportamentos externalizantes e défices no processo de atenção. O padrão comportamental destas crianças encontra-se muitas vezes associado a comportamentos disruptivos e agressivos, característicos das Perturbações externalizantes do comportamento. Assim Milich, Balentine e Lyman, (2001) identificam que a taxa de comorbilidade entre este tipo de PH/DA e a Perturbação de Oposição é de 68,1% e com o Distúrbio de Conduta é de 24.3%.

Relativamente às competências de aprendizagem Gaub e Carlson (1997) verificam que, embora o rendimento académico das crianças com PH/DA – Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo seja inferior ao obtido por crianças sem PH/DA, estas crianças são as que obtêm o rendimento escolar mais positivo de entre os três subtipos da perturbação.

Ao nível do funcionamento social, as crianças com PH/DA – Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo, ao apresentarem um padrão funcional caracterizado por

comportamentos como interromper as brincadeiras ou tarefas dos colegas, tirar ou utilizar objectos alheios sem permissão, incapacidade para esperar pela sua vez e agir sem ter em consideração os sentimentos dos outros, manifestam um padrão de interacção disfuncional, sendo que, frequentemente, são activamente rejeitadas pelos seus pares (Weeler & Carlson, 1994).

De acordo com a literatura, as crianças com PH/DA – Tipo Combinado são as que apresentam o padrão de dificuldades mais grave e pervasivo, demonstrando uma elevada comorbilidade com défices no funcionamento cognitivo, na auto-regulação e nos comportamentos pró-sociais. O seu padrão funcional encontra-se, assim, associado a comportamentos antisociais e de oposição, a comportamentos depressivos e de ansiedade, a problemas de aprendizagem e a grandes dificuldades de interacção e elevados níveis de rejeição. Estas crianças são avaliadas por pais e educadores como exibindo os índices mais elevados de agressividade, de comportamentos de delinquência e problemas de comportamento (Milich, Balentine & Lyman, 2001).

### 3 PH/DA na idade pré-escolar

Tal como foi anteriormente referido, a Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção é identificada, pela maior parte dos investigadores, como sendo a perturbação de comportamento infantil com maior taxa de prevalência nesta faixa etária e a mais estudada ao longo das últimas décadas.

Já em 2003 Cutspec referiu existirem na literatura científica mais de 10 000 publicações sobre esta perturbação. Contudo, verifica-se que, na população com idades inferiores aos 6 anos, existe ainda um investimento insuficiente, que se traduz num número muito reduzido de investigações e de estudos, contabilizando-se menos de 10% do número total de publicações. O mesmo autor refere que a escassez de estudos sobre a PH/DA no período pré-escolar e a baixa replicação das investigações realizadas condicionam, em grande medida, a generalização dos dados já obtidos para estas idades.

De acordo com a literatura, o baixo número de estudos realizados nesta faixa etária contrasta com o crescente número e aumento de intensidade das preocupações parentais relativas a comportamentos de hiperatividade, impulsividade e défice de atenção manifestados pelos seus filhos em idades tão precoces. O conhecimento ainda insuficiente sobre a manifestação clínica da PH/DA nesta faixa etária e o seu percurso desenvolvimental conduz a que, em muitas situações, a informação fornecida aos pais vá no sentido de minimizar as suas preocupações, uma vez que ainda se impõe a ideia de que estas dificuldades são transitórias e facilmente ultrapassáveis, possuindo por essa razão pouco valor preditivo em relação à PH/DA manifestada em idades posteriores.

Contrariamente a esta tendência, Cohen, Sullivan, Minde, Novak e Helwig (1981) enfatizaram a ideia de que a desvalorização dos sintomas precoces, principalmente nos últimos anos do pré-escolar, resulta numa perda crucial de tempo valioso de intervenção e de tratamento. De acordo com os autores, quando a PH/DA é identificada em idades precoces, a intervenção desenvolvida diminuiu a probabilidade destas crianças, quando comparadas com os seus pares, manifestarem uma discrepância significativa entre quociente de inteligência e o rendimento escolar atingido, e exibirem um maior número de dificuldades emocionais e adaptativas.

De um modo geral, é defendido que a intervenção precoce na PH/DA prediz um funcionamento global mais funcional quando comparado com o manifestado pelas crianças cuja intervenção tem início em idades mais tardias. Ilustrativas deste ponto de vista são as conclusões retiradas por Jones, Daley, Hutchings, Bywater e Eames (2007) relativas à eficácia de uma intervenção psicossocial no período pré-escolar e escolar. De acordo com os autores a taxa mais elevada de sucesso no pré-escolar prende-se com a premissa de que a intervenção precoce, anterior à transição para o ensino regular, actua antes de o comportamento da criança se tornar associado a tendências anti-sociais e a rendimentos escolares negativos, possuindo por esse motivo maior probabilidade de alterar o percurso desenvolvimental da PH/DA.

A precocidade da intervenção torna-se ainda mais premente na medida em que foi demonstrado que, quando as crianças são identificadas precocemente como tendo PH/DA ainda no período pré-escolar, os sintomas manifestados em idades posteriores tendem a ser mais severos, e os défices associados mais graves e generalizados (McGee, Partridge, Williams & Silva, 1991).

O investimento no estudo da PH/DA, em crianças com idades inferiores aos 7 anos é de extrema relevância na medida em que, de acordo com Barkley (1981), 60 a 70% das crianças diagnosticadas com PH/DA no 1º e 2º ciclo de ensino poderiam ter sido, em consequência do seu comportamento disfuncional, identificadas durante o período pré-escolar. Também Rappaport, Ornoy e Tenenbaum (1998) defendem que aproximadamente metade das crianças com PH/DA começa a manifestar a sua sintomatologia antes dos quatro anos de idade.

Assim, torna-se crucial que o diagnóstico da PH/DA, entendida como uma perturbação cuja sintomatologia se estende ao longo de todo o percurso de vida, resultando numa acumulação de défices em várias áreas do funcionamento humano, seja realizado o mais cedo possível, de forma a permitir uma intervenção eficiente.

### **3.1 Validade do diagnóstico de PH/DA na idade pré-escolar**

Apesar de se verificar um aumento gradual da investigação sobre a PH/DA no período pré-escolar e de terem sido divulgados dados sobre o tipo de sintomatologia manifestado e percurso evolutivo desta perturbação, a validade do diagnóstico da PH/DA nesta faixa etária

permanece envolta em alguma polémica, uma vez que não existe consenso sobre a atribuição deste diagnóstico em idades tão precoces (Chronis et al., 2004).

Tal como atrás foi referido, para se formular um diagnóstico de PH/DA, de acordo com o DSM-IV-TR, a criança terá de: a) manifestar seis ou mais dos sintomas enumerados neste manual; b) pelo menos alguns dos sintomas têm de estar presentes antes dos 7 anos de idade; c) os comportamentos têm de ser disfuncionais e inconsistentes com o nível de desenvolvimento da criança; d) os sintomas têm de provocar défices funcionais em dois ou mais contextos; e) e os défices devem ser documentados independentemente pelos pais, educadores ou prestadores de cuidados, clínicos e se for apropriado pela própria criança (APA, 2000/2002).

Um dos aspectos mais controversos da aplicação do DSM-IV-TR (APA, 2000/2002) na avaliação da PH/DA em crianças em idade pré-escolar prende-se com a sua insensibilidade etária ao nível de desenvolvimento manifestado, verificando-se que a avaliação da PH/DA nesta faixa etária se rege pelos mesmos critérios de diagnóstico aplicados na avaliação de crianças em idade escolar, adolescentes ou adultos (McClellan & Speltz, 2003). Contudo, para o período pré-escolar, é feita no DSM-IV-TR a ressalva de que, em crianças com idades inferiores aos quatro ou cinco anos, o diagnóstico é de difícil implementação uma vez que os comportamentos tipicamente expressos nesta faixa etária são muito mais variáveis do que os das crianças mais velhas, identificando-se mudanças significativas e céleres nas suas capacidades de regular o nível de actividade, atenção, impulsos e afectos negativos.

De acordo com Kratochvil, Greenhill, March, Burke e Vaughan (2004) a ausência de critérios desenvolvimentais específicos para o diagnóstico da PH/DA na idade pré-escolar coloca um acréscimo de responsabilidade sobre o clínico relativamente à tomada de decisão quanto a se a sintomatologia é ou não excessiva e inapropriada. Segundo estes autores, a dificuldade de alguns clínicos relativa à identificação de quais os comportamentos de desatenção e hiperactividade que são normativos para o período pré-escolar poderá conduzir ao sobrediagnóstico da PH/DA nesta população.

Outra das críticas apontadas ao DSM-IV-TR prende-se com a selecção dos comportamentos enumerados nos seus critérios de diagnóstico e com a sua inaplicabilidade como descritores de comportamentos e actividades típicos das crianças no pré-escolar (Chronis et al., 2004). Verifica-se, assim, que os critérios apresentados (tal como, por exemplo, “Com frequência evita, sente aversão ou mostra-se relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido” ou “Esquece-se com frequência das

actividades quotidianas”), ao serem inapropriados ou de difícil avaliação nesta faixa etária, e ao verificar-se uma ausência de exemplos alternativos desenvolvimentalmente adequados, acentuam as dúvidas em torno da validade do diagnóstico da PH/DA no pré-escolar.

Outra das linhas de argumentação da plausibilidade do diagnóstico de PH/DA em crianças com idade pré-escolar prende-se com o facto de alguns dos sintomas definidos na DSM-IV-TR como sendo indicadores de patologia se sobrepõem a comportamentos normativos manifestados por crianças nesta faixa etária (McClellan & Speltz, 2003). Carey (1998) argumenta que, aos dois anos de idade, as crianças poderão apresentar um padrão comportamental que, embora se caracterize por uma manutenção da atenção por um período de tempo muito breve, um controlo de impulso pobre e um elevado nível de actividade, não seja inapropriado para o seu nível de desenvolvimento. Estes comportamentos poderão resultar de um desenvolvimento algo tardio das competências de atenção e de regulação, não validando desta forma a existência de uma associação directa entre a manifestação destes comportamentos e a PH/DA.

De acordo com Stefanatos e Baron (2007) o desafio mais premente na elaboração do diagnóstico da PH/DA em idade pré-escolar prende-se com a distinção entre os comportamentos de desatenção, hiperactividade e impulsividade definidos como inapropriados para o nível de desenvolvimento e os comportamentos avaliados como sendo normativos. Pavululuri, Luk e McGee (1999) referem que esta dificuldade se torna mais saliente quando, na avaliação da sintomatologia inerente à PH/DA, comportamentos como o ‘Está sempre no ir’ e o ‘Interrompe/intromete-se’ são sinalizados como sendo característicos das crianças em percentagens que variam entre os 2 e os 72.7% e entre os 44.7 e os 100% respectivamente, o que indicará que os comportamentos descritivos da sintomatologia da PH/DA são, muitas vezes, subscritos pelos pais de crianças sem esta patologia.

De forma a facilitar a distinção entre comportamentos normativos e comportamentos inapropriados para o nível de desenvolvimento, Campbell (2002) defende que os comportamentos de desatenção, hiperactividade e impulsividade devem ser considerados sintomáticos quando co-ocorrem em constelação, numa frequência e severidade mais elevada do que é típico, com duração suficiente para as diferenciar de dificuldades de desenvolvimento contextuais e quando interferem com a progressão do desenvolvimento normativo.

Assim, a investigação tem demonstrado que a *intensidade e duração* dos sintomas para além de determinados limiares são indicadores de um quadro estabelecido e duradouro

de PH/DA. É neste sentido que Campbell (2002) refere que, ao mesmo tempo que muitas das preocupações parentais se dissipam num prazo de três a seis meses, quando a sintomatologia apresentada é severa e persiste para além dos seis meses, 48% das crianças identificadas continuará a manter o diagnóstico de PH/DA no final da infância e início da adolescência. O mesmo autor identifica igualmente que as crianças com 3 anos que apresentam um temperamento difícil e excesso de actividade têm uma elevada probabilidade de manter o mesmo padrão funcional aos 4 anos de idade e de manifestarem, entre os 6 e 9 anos de idade, um quadro de PH/DA. Num estudo efectuado por Cantwell e Baker (1989), por exemplo, concluiu-se que 80% das crianças diagnosticadas com PH/DA em idade pré-escolar continuavam, passados cinco anos, a preencher critérios para a PH/DA. Também Palfrey, Levine, Oberklaid, e Lener (1981) relatam que cerca de 40% das crianças com problemas de desatenção, avaliadas aos 2 anos, continuam a apresentar, aos 4 anos de idade, problemas de desatenção suficientemente significativos para causarem um nível elevado de preocupação quer nos seus pais, quer nos seus educadores.

De acordo Chronis e colaboradores (2004), a gravidade da sintomatologia manifestada na idade pré-escolar e início da idade escolar é definida como sendo o melhor indicador da persistência e estabilidade da PH/DA. Também Ford, Goodman, Meltzer e Bailey (1998) reconheceram existir uma relação linear entre o número de sintomas e o nível de défice. De acordo com os autores, por cada sintoma adicional de desatenção ou hiperactividade a probabilidade da criança apresentar um défice quase duplica. Por exemplo com 3 sintomas de hiperactividade 31% das crianças têm um défice, sendo que com 4 sintomas a percentagem aumenta para 57%.

Barkley (1990), por seu lado, defende que, para além da gravidade da sintomatologia manifestada, a sua duração é um factor determinante na definição de quais as crianças que, numa fase posterior do seu desenvolvimento, irão provavelmente demonstrar um percurso crónico de PH/DA. De acordo com este pressuposto, Barkley (1990) defende que o período mínimo de seis meses exigido pela DSM-IV para a manifestação de sintomas é inadequado para a população pré-escolar, devendo este ser alargado para doze meses.

Outra preocupação inerente à utilização da DSM-IV no pré-escolar prende-se com a distribuição assimétrica das crianças com PH/DA pelos três subtipos identificados – Tipo Predominantemente Desatento (TPD), Tipo Predominantemente Hiperactivo-impulsivo (TPHI) e Tipo Combinado (TC) –, e com a discrepância entre estes valores e os identificados em crianças em idade escolar. Assim, de acordo com Byerne, Bawden, Beattie e DeWolfe

(2000), aos cinco anos de idade, apenas 4% das crianças com PH/DA manifestavam o TPD, 28% o TC e 68% o TPHI. No que concerne à idade de diagnóstico, Lahley, Pelham, Loney, Lee e Willcut, (2005) referem que 76% das crianças com PH/DA – TPHI são identificadas antes dos seis anos de idade, enquanto apenas 30% das crianças TPD ou TC são diagnosticadas antes desta idade.

Esta discrepância de diagnóstico dos diferentes subtipos, na fase do pré-escolar comparativamente ao período escolar poderá, de acordo com Byrne, Bawden, Beattie e Wolfe (2000), resultar da existência de uma mobilidade das crianças do TPHI para o TC após a sua integração na escola primária. Esta mobilidade terá origem no facto de as crianças, até à sua integração na educação formal, manifestarem essencialmente comportamentos externalizantes, e após a sua integração começarem a manifestar um maior número de comportamentos de desatenção, à medida que as actividades e tarefas desempenhadas se tornam mais complexas e mais exigentes ao nível dos processos de atenção.

Dreyer (2006) afirma que apesar da inversão de taxas identificada nesta faixa etária relativamente ao TPD e TPHI, em comparação com o período escolar, a prevalência total da PH/DA resultante do somatório de ambos os grupos é idêntica, o que contradiz a hipótese de existência de um sobrediagnóstico desta perturbação nas crianças com idades inferiores aos 6 anos.

Apesar da controvérsia sobre a validade do diagnóstico da PH/DA na faixa etária inferior aos 6 anos de idade não ter sido ainda ultrapassada, verifica-se que, ao nível da literatura, existem dados que suportam a validade daquele diagnóstico. De acordo com Gadow e Nolan (2002) a validade comprovada da PH/DA na idade escolar poderá ser extensiva ao período pré-escolar na medida em que, nesta faixa etária, as crianças partilham muitas das características identificadas nas crianças mais velhas, manifestam a mesma estrutura de sintomas, revelam défices neurológicos similares e experienciam padrões idênticos de défices, comorbilidades e riscos desenvolvimentais.

No que se refere à validade concorrente, Lahley e cols. (2004) compararam entre si os valores obtidos por dois grupos de crianças de quatro e cinco anos de idade, com e sem PH/DA, em medidas de inteligência, rendimento académico, comportamento social e relações interpessoais. A verificação de valores discrepantes entre os dois grupos levou os autores a concluir que os critérios de diagnóstico da DSM-IV eram válidos para a idade pré-escolar, sendo os resultados obtidos consistentes com o padrão de défices manifestados pelas crianças

com PH/DA em idade escolar, nomeadamente: défices académicos e sociais, maior número de encaminhamentos para o ensino especial e maior número de ferimentos não intencionais.

Sonuga-Barke, Thompson, Abikoff, Klein e Brotman (2006) assinalam que, de acordo com estudos longitudinais sobre a transição do pré-escolar para o período escolar, a PH/DA pode ser definida como sendo uma perturbação relativamente estável uma vez que é identificado que a quase totalidade das crianças que preenchem critérios para a PH/DA entre os 4 e os 6 anos de idade continuam, passados 3 anos, a manifestar um padrão sintomático e de défices idêntico. É neste sentido que Lahley e cols. (2004) defendem que as evidências empíricas suportam fortemente a validade preditiva dos critérios de diagnóstico do DSM-IV para a PH/DA.

### **3.2 Prevalência, género e comorbilidades**

A estimativa da prevalência da PH/DA na idade pré-escolar situa-se, segundo Stefanatos e Baron (2007), entre os 2 e os 7.9%, e de acordo com Drewer (2006), entre os 4 e os 12%, com médias mais elevadas nas amostras retiradas da comunidade em geral (10.3%) em comparação com as taxas verificadas em contexto escolar (6.9%) (Drewer, 2006).

No que concerne ao contexto da manifestação da sintomatologia McGee, Partridge, Williams e Silva (1991) registaram que, numa amostra composta por crianças com três anos de idade, 3% das crianças demonstravam comportamentos de hiperactividade em mais do que um contexto e que 2% apresentava a mesma sintomatologia apenas no contexto familiar.

Relativamente à prevalência com base no género, a literatura sugere que a discrepância identificada será menor no pré-escolar comparativamente à identificada em crianças mais velhas, identificando-se um ratio de 2:1 entre o género masculino e o feminino em contraste com o ratio de 3:1 encontrado para a idade escolar (Stefanatos & Baron, 2007). Numa amostra de crianças com idades compreendidas entre os 3 e 5 anos, Gadow, Sprafkin e Nolan (2001) concluíram que 8% das crianças do género masculino e 4% das crianças do género feminino eram avaliadas por pais e professores como preenchendo critérios para a PH/DA.

No que se refere à comorbilidade com outros quatro psicopatológicos, Lavigne e cols. (1996) verificaram que 87% das crianças em idade pré-escolar com PH/DA preenchem critérios para outro quadro psicopatológico comórbido. Já Stefanatos e Baron (2007) referem,

a este respeito, que 19% das crianças com PH/DA preenchem critérios para dois quadros e 12% para três.

De acordo com Dreyer (2006), a PH/DA em crianças em idade pré-escolar apresenta a taxa de comorbilidade mais elevada com a Perturbação de Oposição (39%), seguida da Perturbação de Comportamento (36%) e de Depressão (13%). Os dados obtidos sobre a comorbilidade com as perturbações do espectro ansioso indicam que estas perturbações são menos comuns no pré-escolar, situando-se a sua taxa de prevalência nos 18% (Brown, 2003). Comparativamente com as crianças em idade escolar, Daley (2005) refere que a comorbilidade com problemas internalizantes é significativamente inferior no período pré-escolar.

Na revisão que realizou dos trabalhos desenvolvidos por Wolraich, Dreyer (2006) salienta que mais de 60% das crianças com PH/DA no pré-escolar, entre os 2 e os 5 anos de idade, são identificadas como apresentando problemas académicos e sociais. De acordo com este autor, estas crianças possuem, comparativamente com as crianças sem PH/DA, uma probabilidade 8 vezes superior de manifestarem défices significativos no funcionamento global e nas interações estabelecidas no contexto familiar e no contexto escolar.

Southan-Gerow e Kendall (2000) reconheceram igualmente que no pré-escolar as crianças com PH/DA com quadros ou problemas comórbidos, quando comparadas com as crianças com PH/DA sem comorbilidades, apresentam uma maior probabilidade de atingirem resultados escolares inferiores, de experienciarem maior número de défices em diversas áreas do seu desenvolvimento e maior rejeição pelos seus pares. Ao nível dos problemas manifestados pelas crianças com PH/DA, os mesmos autores observam que, nas crianças em idade pré-escolar, esta patologia está muitas vezes associada a problemas de coordenação motora, pobre regulação das emoções e baixa tolerância à frustração.

Segundo Chronis e colaboradores (2004) o padrão de dificuldades apresentado pelas crianças com PH/DA em idade pré-escolar é idêntico ao manifestado pelas crianças em idade escolar, nomeadamente: baixo nível de funcionamento cognitivo, imaturidade desenvolvimental nas relações com os pares e interações familiares negativas.

No que se reporta à relação entre a PH/DA e as competências sociais Merrell e Wolfe (1998) assinalam que, de acordo com os educadores, as crianças que manifestavam comportamentos característicos da PH/DA tendem a apresentar a co-ocorrência de défices globais ao nível das suas competências sociais. De acordo com estes autores, é na área da cooperação social que se identificam os défices mais severos, nomeadamente ao nível de

comportamentos tais como: seguir orientações dos adultos, cooperar e negociar com os pares e demonstrar auto-regulação adequadas.

Os professores e pais, quando avaliam as competências sociais das crianças com PH/DA, assinalam que todas elas manifestam défices no estabelecimento de relações interpessoais funcionais e recompensadoras. Contudo, as que preenchiam critérios para o Tipo Combinado eram avaliadas como sendo as mais activamente rejeitadas (Dreyer, 2006).

De um modo global, todas as crianças com PH/DA, quando comparadas com o grupo de controlo, são definidas pelos seus professores como sendo significativamente menos pró-sociais, menos cooperantes e menos assertivas (Dreyer, 2006).

Barkley (2006) concluiu que as crianças com PH/DA em idade pré-escolar apresentam rendimentos globais inferiores ao grupo de controlo. Discrepâncias idênticas são igualmente obtidas quando são aplicados testes de avaliação do controlo motor, da persistência e da memória de trabalho (Barkley, 2006).

De acordo com Dreyer (2006) a comorbilidade associada à PH/DA apresenta padrões algo diferenciados de acordo com o subtipo identificado. O autor sustenta que as crianças em idade pré-escolar com PH/DA Tipo Combinado apresentam uma probabilidade 4 vezes superior de serem diagnosticadas com Perturbação de Oposição quando comparadas com as crianças do tipo Predominantemente Desatento, e uma probabilidade 2 vezes superior quando comparadas com o tipo Predominantemente Hiperactivo-impulsivo (Drewer, 2006).

No que concerne à dimensão externalizante do comportamento, Daley (2006) refere que as crianças com PH/DA – TPHI e TC apresentam, de acordo com a avaliação de professores, uma maior co-ocorrência com comportamentos disruptivos e agressivos, denotando um menor nível de auto-controlo. Relativamente a esta dimensão, a avaliação dos pais das crianças com PH/DA – TPHI e TC revela uma menor pontuação em escalas de avaliação do funcionamento adaptativo, verificando-se que mais de metade destes expressa preocupações sérias relativamente à interferência que os comportamentos disruptivos têm no desenrolar das actividades familiares, bem como apreensão sobre as suas próprias capacidades para controlar o comportamento da criança no contexto familiar.

Chronis e colaboradores (2004) defendem que as crianças com PH/DA que revelam um funcionamento global deficitário em determinada fase de desenvolvimento tendem a manifestar problemas de comportamento mais difusos e persistentes ao longo dos seus diferentes contextos de vida e fases desenvolvimentais posteriores.

### **3.3 Percorso desenvolvimental da PH/DA no período pré-escolar**

Tendencialmente os estudos relativos à PH/DA, ao definirem esta problemática como sendo uma perturbação mental, têm focado a sua atenção na validade deste diagnóstico e em que circunstâncias é apropriado aplicá-lo durante o pré-escolar. Recentemente as investigações realizadas na área da Psicologia do Desenvolvimento têm conduzido o foco de atenção para o estudo da identificação de um conjunto diferenciado de subtipos clínicos desta patologia e para a identificação de quais os indicadores que condicionam a passagem da situação de risco para a fase de pleno desenvolvimento da PH/DA. Esta abordagem preocupa-se em evitar o sobrepatologização de condições em que a manifestação da sintomatologia da PH/DA é apenas temporária, ao mesmo tempo que procura não subestimar o significado clínico dos sinais precoces que podem ser indicativos de PH/DA em idades posteriores (Sonuga-Barke, Auerbach, Campbell, Daley, & Thompson, 2005).

Os estudos longitudinais relativos ao percurso desenvolvimental da PH/DA, em idade pré-escolar, reconhecem ser possível identificar, nas condições em que os sintomas são estáveis, quais são as características intrínsecas à criança e ao meio ambiente que as poderão colocar numa situação de risco para o desenvolvimento de um quadro de PH/DA. Relativamente às características intrínsecas à criança, Sonuga-Barke e cols. (2005) apontam, como características pertinentes, a imaturidade neuro-desenvolvimental, um nível de actividade acrescido, a existência de uma desregulação emocional, hiper-responsividade à estimulação ambiental e um baixo nível de funcionamento cognitivo.

De igual modo Leblanc e cols. (2008) defendem ser possível detectar precocemente algumas características na criança que serão marcos importantes no desenrolar da PH/DA. De acordo com os autores, as mães de crianças com PH/DA referem que estas, no período neonatal ou nos primeiros anos de vida choravam mais frequentemente que as crianças sem esta patologia e eram mais difíceis de acalmar quando perturbadas. Referem ainda que, embora os comportamentos impulsivos e de desassossego sejam mais frequentes e severos entre os 32 e os 42 meses, os sinais precursores da PH/DA podem já ser identificados pelas mães destas crianças por volta dos 14 meses de idade.

Segundo Moffitt (1993) após os três anos de idade a severidade dos sintomas torna-se um marco particularmente significativo da persistência da perturbação, verificando-se que esta poderá reflectir uma predisposição genética para um temperamento explosivo e pobre

regulação de afectos e impulsos. Por sua vez esta predisposição poderá estar também associada a défices neuro-cognitivos na auto-monitorização, planeamento, controlo da atenção e competências linguísticas. Estes défices associados a funções executivas poderão estar ligados à emergência de PH/DA estável a longo prazo (Moffitt, 1993).

Barkley (2006) defende que o grau de continuidade da PH/DA poderá ser determinado pela existência e severidade de problemas comórbidos. Neste contexto, Goldstein e Goldstein (1998) referem que as crianças com comorbidades, por exemplo com Perturbação de Oposição, se encontram em maior risco de experienciar problemas em idades posteriores, principalmente quando o segundo quadro de diagnóstico surge antes dos 10 anos de idade. Exemplifica descrevendo que a elevada impulsividade das crianças com PH/DA, quando combinada com comportamentos de oposição comórbidos, conduz à manifestação de um grau de conflituosidade mais elevado, maior exigência ao nível da atenção recebida e maior número de comportamentos de desobediência.

No que concerne às características do meio ambiente associadas ao risco de desenvolvimento de um quadro de PH/DA são identificados na literatura como factores ambientais associados ao desenvolvimento e manutenção da PH/DA, a parentalidade negativa (Bor, Sanders & Markie-Dadds, 2000) e a entrada para a escola regular (Sonuga-Barke et al., 2005).

Ao nível da integração no ensino regular Sonuga-Barke e cols. (2005) referem que, quando esta é acompanhada por um conjunto de experiências negativas duradouras poderá, conjuntamente com um padrão familiar disfuncional, levar a que os sintomas iniciais se tornem persistentes ou a um agravamento dos problemas de desatenção, impulsividade e hiperactividade, o que poderá conduzir ao desenvolvimento de um quadro de PH/DA.

De acordo com Keown e Woodward (2002) muitos dos modelos desenvolvidos sobre a emergência de psicopatologia em crianças de idade precoce enfatizam o papel parental e o contexto familiar como factores determinantes para o início e persistência das problemáticas. Estes autores assinalam que comportamentos parentais negativos, tais como inconsistência, intrusão, coerção, sobre-estimulação e punição, quando associados a um baixo nível de estratégias parentais positivas, como responsividade materna e envolvimento positivo, contribuem não só para o aparecimento de comportamentos infantis problemáticos mas também para a sua manutenção.

Segundo Barkley (1990) as crianças com PH/DA em idade pré-escolar ao manifestarem um comportamento caracterizado por mudanças excessivas de humor,

facilidade em se irritar, fraca capacidade de adaptação e elevada agitação motora, activam elevados níveis de perturbação parental que culminam num maior número de ordens, instruções, críticas, vigilância e punição, quando comparados com os pais de crianças sem esta perturbação.

A sintomatologia disruptiva manifestada pelas crianças em idade pré-escolar com PH/DA leva a que, em muitas situações, os seus pais sintam que as suas estratégias habituais são ineficazes, recorrendo por isso a comportamentos mais punitivos, que inevitavelmente contribuem para o aumento da disfuncionalidade comportamental dos seus filhos (Stefanatos, & Baron, 2007), gerando um ciclo de interações negativas que conduzem a um agravamento contínuo das dificuldades manifestadas por pais e crianças (Bor, Sanders, & Markie-Dadds, 2002).

Por seu turno Bor, Sanders e Markie-Dadds (2002) salientam que a persistência das perturbações do comportamento, durante o período pré-escolar, poderá inclusive conduzir a maior risco parental para o desenvolvimento de problemas como a depressão materna, ansiedade ou conflito conjugal.

Keown e Woodward (2002) defendem a importância de um maior investimento no estudo do funcionamento familiar das crianças com PH/DA em idades precoces. Os autores justificam esta posição, por um lado, tendo em conta que as interações entre mães e filhos são tendencialmente mais negativas durante o período pré-escolar, existindo um nível mais elevado de stress parental e uma maior vulnerabilidade das crianças aos efeitos da parentalidade negativa nesta faixa etária. Por outro lado, verifica-se uma boa resposta às intervenções baseadas no controlo comportamental e treino parental.

Devido à elevada heterogeneidade e descontinuidade nos sintomas manifestados durante o período pré-escolar, Sonuga-Barke, Auerbach, Campbell, Daley e Thompson (2005) propõem uma taxonomia que engloba quatro diferentes subtipos de hiperatividade desenvolvimental nesta fase. Esta taxonomia foi pensada com base num conjunto de características inerentes à perturbação, nomeadamente: a) “muitas das crianças apesar de manifestarem alguns sintomas de hiperatividade e de desregulação comportamental (*Preschool Hyperactive and Disregulated Behavior*, PHBD) não apresentam problemas clínicos significativos durante a idade pré-escolar e escolar; b) o padrão de manifestação de sintomas varia de acordo com a idade de início, verificando-se que algumas crianças apresentam a sintomatologia completa durante o pré-escolar e outras somente durante a escolaridade básica; c) as crianças que manifestam a sintomatologia no pré-escolar podem

entrar em remissão antes de serem integradas no período escolar; d) as formas extremas de hiperatividade podem co-ocorrer com perturbação de oposição ou comportamentos de agressividade e, nesta situação, podem tornar-se persistentes e complexas; e) a PHDB tem o potencial de provocar parentalidade negativa, criando ciclos coercivos entre as crianças e os seus pais; e f) a severidade da hiperatividade no pré-escolar encontra-se associada a um início precoce e persistência da perturbação” (Sonuga-Barke, Auerbach, Campbell, Daley, & Thompson, 2005, p. 16).

De acordo com a sintomatologia apresentada e o percurso desenvolvimental foram definidos os seguintes subtipos desenvolvimentais de hiperatividade em crianças em idade pré-escolar:

a) *Tipo Oposicionalidade Emergente* – este subtipo está associado com uma forma precoce e subclínica da perturbação e apresenta um baixo risco de desenvolvimento no sentido de um quadro de PH/DA; contudo, quando a criança está integrada num ambiente familiar de intolerância, poderá estar em risco de desenvolver de problemas de oposição, moderados pelas variáveis familiares.

b) *Tipo Início Tardio de PH/DA* – apresenta risco moderado para o desenvolvimento de PH/DA e permanece um síndrome subclínico durante o período pré-escolar, tornando-se exacerbado após o início da escolaridade formal devido às exigências impostas pelo contexto escolar sobre as competências reguladoras da criança. Este subgrupo poderá estar associado com a manifestação de dificuldades sobretudo no contexto escolar.

c) *Tipo PH/DA Limitada ao Pré-escolar* – está associado a hiperatividade pré-escolar significativa de risco moderado a elevado e a um aparecimento precoce de PH/DA. Neste subgrupo o percurso a longo termo da perturbação é interrompido por características protectoras do ambiente escolar, familiar ou social da criança.

d) *Tipo Início Precoce da PH/DA Crónica* – está associado a um risco extremo e sintomas severos de hiperatividade pré-escolar combinados com um temperamento explosivo da criança. A interacção entre estes dois problemas conduz a um início precoce e a um percurso crónico e combinado de PH/DA com comportamentos de oposição. A persistência destes dois problemas é acompanhada por ciclos crescentes de coerção familiar, que por sua vez contribuem para exacerbar os problemas.

De acordo com Sonuga-Barke e cols. (2005) esta taxonomia pode ser útil enquanto base de trabalho na medida em que, ao permitir uma melhor compreensão da evolução do quadro, poderá contribuir para uma melhor adequação das estratégias clínicas às

especificidades de cada um dos subgrupos. Assim, de acordo com a taxonomia descrita, a intervenção no tipo Oposicionalidade Emergente poderá ter como alvo primário o treino parental; no tipo Início Tardio de PH/DA a intervenção poderá ser conduzida ao nível das estratégias psicossociais de controlo da agressividade, em combinação com estratégias orientadas para a facilitação da adaptação da criança à escolaridade formal; no Tipo Limitado ao Pré-escolar poderão ser implementadas estratégias de *coping* parental e suporte parental durante o período que antecede a integração da criança na escolaridade básica; e no tipo Início Precoce da PH/DA Crónica poderá ser implementada uma estratégia multi-modal, com intervenções comportamentais e medicamentosas adequadas à idade da criança.

## 4 Avaliação e intervenção

### 4.1 Avaliação

A avaliação da PH/DA é um processo exigente e complexo que implica um conhecimento sólido do desenvolvimento infantil, da sintomatologia inerente a este quadro, dos problemas e comorbilidades usualmente a ele associados e das estratégias de intervenção disponíveis. A natureza inconstante da manifestação de sintomas e a elevada variabilidade contextual implica o recurso a múltiplos métodos de avaliação e a recolha de dados provenientes de diversas fontes de informação.

De acordo com Barkley (2006), o processo de avaliação nas crianças deverá ter como objectivo principal não só a determinação da presença ou ausência da PH/DA mas também o diagnóstico diferencial relativamente a outras desordens psiquiátricas típicas da fase de desenvolvimento em estudo. A determinação da existência ou não de comorbilidades é de extrema relevância, na medida em que o seu nível de extensão poderá condicionar quer o prognóstico, quer as decisões terapêuticas implementadas (Barkley, 2006). É neste sentido que a *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP, 2007) indica que durante o processo de avaliação deverá ser realizado o diagnóstico diferencial de forma a identificar possíveis perturbações de aprendizagem, défices cognitivos, perturbações do desenvolvimento, ou outras perturbações psiquiátricas, tais como a perturbação de oposição, perturbações depressivas ou de ansiedade e perturbação de tiques.

Um outro objectivo da avaliação é identificar o padrão psicológico de funcionamento da criança, ao nível das suas áreas fortes e vulnerabilidades/dificuldades, com o propósito de compreender a forma como elas poderão influenciar a implementação das medidas terapêuticas.

Finalmente a avaliação deverá preocupar-se em delinear qual o tipo de intervenção que é necessário implementar nas diferentes áreas de vida da criança, nomeadamente no percurso académico, na interacção social, etc. A intervenção poderá incluir diversas estratégias tais como, por exemplo, o aconselhamento individual, o treino parental, a terapia familiar, a modificação comportamental no contexto da sala de aula, a prescrição de medicação

estimulante ou anti-depressiva e o encaminhamento para serviços educacionais (Barkley, 2006).

A revisão da literatura sobre a PH/DA permite identificar alguns procedimentos mais usados na identificação e avaliação das crianças que apresentam problemas de hiperactividade, impulsividade e atenção. De entre os procedimentos disponíveis são salientados os seguintes: entrevistas a pais, criança e professores; escalas de avaliação do comportamento da criança para pais e professores; medidas de auto-resposta parental relativas a condições psiquiátricas relevantes; medidas laboratoriais dos sintomas da PH/DA; técnicas de observação directa; e medidas do funcionamento parental e familiar (Goldstein & Goldstein, 1998).

De acordo com a AACAP (2007) a avaliação da PH/DA deverá incluir, na sessão inicial, a realização de *entrevista* parental na qual será explorada a história médica, psiquiátrica e de desenvolvimento da criança bem como a história familiar. Dever-se-á ainda avaliar de forma meticulosa o padrão de manifestação dos comportamentos sintomáticos definidos nos critérios do DSM-IV e identificar eventuais comorbilidades.

Posteriormente, a AACAP (2007) sugere que seja aplicada aos pais uma *escala comportamental*, que possibilite estabelecer uma linha base para a severidade da sintomatologia da criança. De forma a complementar a informação recolhida com os pais e a fundamentar a elaboração do diagnóstico, é sugerida a obtenção de informação sobre o *contexto escolar*, por exemplo através de grelhas de *observação*, de relatórios escolares, de *testes* de desempenho escolar ou notas escolares e de planos educativos individuais.

De acordo com este organismo, o exame da criança deverá também incluir a avaliação da sua *capacidade cognitiva*, do tipo de discurso produzido e das competências de linguagem adquiridas, bem como do nível de coordenação motora grosseira e fina atingido. Deverá ainda ser realizado o *rastreo* de possíveis *deficiências visuais ou auditivas*. É igualmente sugerido que, quando indicado, seja realizado encaminhamento para *avaliação neurológica* ou para outra área da medicina (AACAP, 2007).

Seguidamente, e tendo por base a avaliação elaborada, é programada a implementação de estratégias de intervenção que tenham em consideração os diferentes graus de disfuncionalidade e os recursos familiares e educacionais disponíveis. Durante a implementação da intervenção o funcionamento da criança deverá ser avaliado e monitorizado em diferentes contextos (AACAP, 2007).

Especificamente para as crianças entre os 3 e os 5 anos, a AACAP (2007) recomenda que o clínico avalie de forma mais rigorosa a possibilidade de existir um historial de abusos e/ou negligência e de exposição ao chumbo. Ao nível da intervenção, é recomendado que previamente à prescrição de medicação sejam promovidas estratégias psicossociais tais como o treino parental ou a introdução da criança num contexto pré-escolar altamente estruturado. Quando a medicação for imprescindível, deve ser utilizada uma dosagem inferior à habitualmente prescrita às crianças mais velhas, acompanhada de uma monitorização constante dos seus possíveis efeitos secundários.

A avaliação de um possível quadro de PH/DA faz, pois, apelo a diversos recursos que podem ir da observação directa, à entrevista e à aplicação de testes e escalas comportamentais. Passamos a apresentar os métodos mais utilizados na avaliação da PH/DA.

#### **4.1.1 Métodos e instrumentos de avaliação**

##### **4.1.1.1 Entrevista**

A entrevista, entendida enquanto tarefa individualizada e ideográfica, orientada para a procura de informação relevante, é o método mais utilizado no exame psicológico, sendo considerado indispensável por muitos clínicos, uma vez que ao ser habitualmente a primeira forma de aproximação do clínico à criança e figuras significativas, permite uma formulação de hipóteses sobre os problemas apresentados. Usualmente as entrevistas são utilizadas como instrumentos de despistagem ou como método de diagnóstico de problemas (Simões, 1998).

De acordo com Simões (1998) os objectivos mais comuns das entrevistas incluem: a) facultar informação técnica acerca dos problemas subjacentes ao pedido de informação; b) obter consentimento informado e estabelecer uma relação empática e positiva com o sujeito ou com outros interlocutores; c) delimitar e expor os objectivos posteriores; d) obter a autorização para a integração de outros informadores no processo de avaliação; e) servir de base no processo de escolha de instrumentos adicionais; f) identificar, com os diversos interlocutores, áreas de funcionamento deficitário e áreas ‘fortes’, preocupações, expectativas objectivas e motivações para alterar os problemas identificados; e g) permitir a planificação e avaliação de estratégias de intervenção.

As avaliações compreensivas realizadas em contexto clínico baseiam-se essencialmente em entrevistas clínicas semi-estruturadas ou estruturadas, que permitem que o terapeuta recolha, de forma sistemática, informação relativa ao tipo, severidade e duração dos sintomas definidos no DSM para a PH/DA (Power & Ikeda, 1996).

Relativamente ao tipo de entrevista realizado, ambas as modalidades, estruturada ou semi-estruturada, apresentam vantagens e inconvenientes. Nas entrevistas altamente estruturadas a informação recolhida não se baseia na interpretação das respostas dos informadores, pelo que estas entrevistas são mais fidedignas do que as semi-estruturadas, mas poderão possuir uma menor validade. As entrevistas estruturadas têm sido cada vez mais utilizadas enquanto método de avaliação, uma vez que permitem obter dados importantes para a formulação de diagnóstico de PH/DA, investigar possíveis comorbilidades e realizar o diagnóstico diferencial, com um maior grau de standardização dos dados recolhidos (Simões, 1998). Exemplos destes instrumentos são a *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC; Costello, Edelbrock, Kalas, Kessler e Klaric, 1982), a *Interview Schedule for Children* (Kovacs; 1982), a *Diagnostic Interview for Children and Adolescents, Revised Parent Version* (DICA-R-P; Reich et al., 1991) e a *Parent Account of Child Symptoms* (PACS; Taylor, Chadwick, Heptinstall & Danckaerts, 1996) (cf., por exemplo, Simões, 1989).

No que concerne à percepção dos sintomas por diferentes informadores, Mitsis, McKay, Sculz, Newcorn e Halperin (1999) referem que nas entrevistas estruturadas transparecem as diferenças entre informadores, verificando-se que o grau de concordância entre pais e professores neste tipo de instrumento de avaliação da PH/DA é muito baixo.

Em alternativa, as entrevistas semi-estruturadas exigem um entrevistador com competências específicas, que consiga orientar a recolha de informação para as áreas relevantes, e requerem treino ao nível da análise de dados. Inicialmente neste tipo de entrevistas é permitido ao informador apresentar, de uma forma livre, a sua própria perspectiva sobre as suas preocupações e sobre os comportamentos definidos como problemáticos e impacto que estes têm nos diferentes contextos. Desta forma é possível obter uma grande quantidade de informação, principalmente nas fases iniciais de avaliação (Simões, 1998). Assim as entrevistas semi-estruturadas tendem a ser mais válidas mas menos fidedignas. Ambas as modalidades podem fornecer informação relativa à presença de perturbações comórbidas ou problemas comportamentais (Stefanatos & Baron, 2007).

No que diz respeito à clarificação da sintomatologia apresentada pelas crianças com PH/DA, a entrevista com pais é indispensável para a formulação do diagnóstico, uma vez que,

usualmente, no contexto de avaliação estas crianças alteram o seu comportamento. De forma idêntica, a informação recolhida com os professores na entrevista é considerada muito relevante e constitui uma medida ecologicamente válida do ajustamento à escola. A aplicação desta metodologia permite a recolha de informação sobre os comportamentos exibidos dentro e fora da sala de aulas e sobre estratégias de controlo aplicadas nestas situações, bem como obter medidas de desempenho escolar, muitas vezes caracterizado como sendo irregular na PH/DA (Simões, 1998).

De um modo global, as limitações apontadas à utilização da entrevista no diagnóstico da PH/DA referem a ausência de dados normativos para a avaliação da severidade dos problemas da criança em relação aos seus pares do mesmo género e idades idênticas, informação inadequada sobre a validade e precisão dos instrumentos utilizados, dificuldade na adaptação destes procedimentos para utilização com professores e exigência de tempo elevada (Pelham, Chacko, & Wymbs, 2004; Power & Ikeda, 1996).

#### **4.1.1.2 Escalas de Avaliação Comportamental para Pais e Professores**

As escalas de avaliação do comportamento da criança tornaram-se num elemento essencial da avaliação e diagnóstico das crianças com PH/DA. A disponibilidade de várias escalas com dados normativos para um amplo leque de idades, com uma validade e fiabilidade aceitáveis, torna a sua incorporação no protocolo de avaliação conveniente e de extrema utilidade. A informação retirada destas escalas é imprescindível para a determinação da presença de desvios estatísticos em relação ao esperado, indicativo de comportamentos problemáticos, o estabelecimento dos critérios diagnósticos para a PH/DA e do grau de comorbilidade existente.

Estes instrumentos podem ser aplicados em diferentes momentos da avaliação/intervenção, nomeadamente: no início, como instrumento de rastreio, de identificação de problemas e avaliação da gravidade dos problemas; durante a avaliação para recolha de informação relevante para a realização do diagnóstico; ou após a intervenção como forma de avaliação dos resultados alcançados e identificação de mudanças comportamentais (Simões, 1998).

As escalas comportamentais, ao apresentarem itens com conteúdo específicos, poderão conduzir professores e pais a uma melhor operacionalização das suas conceptualizações da

perturbação, conduzindo a respostas mais objectivas comparativamente às dadas em situação de entrevista (Simões, 1998).

A grande vantagem das escalas comportamentais prende-se com o facto de permitir recolher uma quantidade extensa de informação, passível de ser omitida aquando da aplicação de outros métodos, num espaço reduzido de tempo e com um baixo nível de investimento (Shapiro, 1993). Este método oferece um meio de obtenção de dados provenientes de fontes de informação privilegiadas, na medida em que partilham meses ou anos de vivências conjuntas com a criança. Ao ser aplicada em contextos habituais de vida da criança permitem a recolha de dados sobre comportamentos que usualmente não ocorrem nos contextos particulares de avaliação. Permitem, ainda, filtrar as variações situacionais, focando a avaliação nas características mais estáveis e persistentes da criança.

Outra vantagem das escalas de avaliação comportamental é o facto de permitirem não só a quantificação de opiniões, mas também possibilitarem a comparação destas pontuações com normas recolhidas em grandes grupos de crianças. Todavia, ao basearem-se em opiniões, estão sujeitas a preconceitos e ao impacto que as representações individuais dos informadores possam ter nas informações prestadas, com eventuais implicações ao nível da fiabilidade e validade destes instrumentos.

Segundo Barkley (2006), a desvantagem da utilização de escalas de avaliação comportamental prende-se com o excesso de confiança nas suas qualidades psicométricas, por parte dos técnicos, o que poderá conduzir à exclusão de técnicas de avaliação complementares. Simões (1998) refere que a informação obtida apresenta algumas limitações, uma vez que são identificados, na literatura, problemas metodológicos no planeamento e análise dos dados das investigações desenvolvidas com este tipo de instrumentos. O autor defende que, na medida em que as escalas não permitem a recolha de informação sobre o início e desenvolvimento da sintomatologia, o uso exclusivo deste método não permite efectuar um diagnóstico (Simões, 1998). Salienta que outra das desvantagens advém do facto de as escalas comportamentais, na sua maioria, comportarem apenas itens negativos, o que poderá conduzir ao enviesamento das respostas dadas.

Segundo Barkley (2006) as escalas de avaliação comportamental deverão cumprir um conjunto de critérios essenciais à obtenção de uma boa precisão e validade, nomeadamente:

a) os itens devem estar escritos de forma clara e facilmente compreensível pelos informadores, uma vez que quanto mais específico e operacional o item for melhor será a sua precisão;

b) a escala deve conter apenas o número estritamente necessário de itens, e estes deverão ser de elevada pertinência para o constructo psicológico ou comportamental em estudo (princípio da parcimónia), de forma a constituir uma amostra adequada do constructo em avaliação;

c) o formato de resposta facultado deverá permitir a discriminação da frequência ou severidade do comportamento que está a ser cotado, para ser possível obter uma amostragem representativa da amplitude dos sintomas ou constructos na população em estudo;

d) os itens devem reflectir o constructo em avaliação, estando significativamente correlacionados com outras medidas do mesmo constructo (validade concorrente), obtidas através de outros instrumentos, fontes e também com as obtidas num contexto natural;

e) a escala deve discriminar entre amostras de sujeitos que se sabe terem diferentes sintomas ou comportamentos (validade discriminante);

f) a escala deve correlacionar-se significativamente consigo própria ou escalas comparáveis, quando utilizadas numa fase posterior do desenvolvimento (validade preditiva);

g) a escala deve possuir valores aceitáveis de confiança, quer ao longo do tempo, quer inter-avaliadores;

h) a escala deve possuir capacidade para prever as diferenças nas respostas individuais às intervenções realizadas no contexto clínico.

Relativamente à sequência da administração das diferentes escalas, é sugerido que, inicialmente, seja utilizada uma escala de largo espectro que avalie as grandes dimensões da psicopatologia do desenvolvimento infantil (Goldstein & Goldstein 1998), nomeadamente: depressão, ansiedade, dificuldades interpessoais, comportamentos obsessivos, agressão, conduta delinvente e comportamentos de desatenção, hiperactividade e impulsividade. É sugerido na literatura que estas escalas sejam preenchidas por pais e complementarmente por professores. Exemplos deste tipo de escalas são a *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1983), as *Conners Parent and Teacher Rating Scales - Revised* (CPRS-R; Goyette, Conners, & Ulrich, 1978) e o *Behavioral Assessment System for Children* (BASC; Reynolds e Kamphaus, 1992). Todas estas escalas facultam versões para pais e professores, com dados normativos satisfatórios (Angello et al., 2003).

A CBCL é considerada uma das escalas mais robustas de avaliação comportamental, devido à qualidade da sua fundamentação empírica, às áreas abrangidas e à quantidade de documentação disponível sobre a sua precisão e validade. É uma escala que segue uma abordagem normativo-desenvolvimental que permite a comparação de competências

adaptativas e problemas comportamentais para três faixas etárias (4-5, 6-11, 12-16 anos), tendo em consideração o género masculino e o feminino separadamente (Barkley, 2006).

Ao informador é solicitado que cote o comportamento da criança relativo à área da competência social (20 itens) e problemas de comportamento (118 itens), através do recurso a uma escala tipo *Likert*. A CBCL foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa em 1992, recebendo a denominação de “Inventário de Competências Sociais e de Problemas de Comportamento em Crianças e Adolescentes (ICCP) (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994). A sua composição factorial compreende nove factores, nomeadamente: Hiperactividade/Inatenção, Agressividade, Oposição/Imaturidade, Problemas Sociais e Queixas Somática, Ansiedade, Depressão, Comportamentos Obsessivos/Esquizóides e Evitamento. Este questionário, na sua versão portuguesa, apresenta um consistência interna aceitável (de .61 a .83), uma boa estabilidade temporal (de .56 a .75) e uma boa validade concorrente com outros instrumentos de avaliação psicopatológica, como seja o Questionário para Pais de Rutter (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994).

A versão para professores da CBCL, designada por Teacher Report Form (TRF, Achenbach & Edelbrock, 1983) possui um formato idêntico à versão para pais e as suas qualidades psicométricas são igualmente positivas.

Como limitação para o CBCL e TRF, Simões (1998) refere: “a) ausência de perfis empíricos típicos; b) sobreposição entre itens pertencentes a diferentes escalas; c) ausência de escalas adaptativas que possam ajudar no diagnóstico diferencial; d) presença de um número muito reduzido de competências sociais e escolares importantes para avaliar o distúrbio de hiperactividade e e) problemas com as amostras” (Simões, 1998, p. 15).

A versão auto-administrada do questionário de problemas do comportamento para crianças e adolescentes (*Youth Self-Report*, Achenbach, 1991) é aplicada entre os 11 e os 18 anos e é composta por duas partes (17 itens relacionados com competências, actividades e interesses sociais do indivíduo e 119 dos quais 103 estão relacionados com problemas específicos do comportamento e 16 são referentes a comportamentos socialmente desejáveis). Os estudos realizados por Fonseca e Monteiro (1999) com uma amostra portuguesa de alunos do 6º ao 12º ano de escolaridade, revelaram, na análise factorial, uma estrutura composta por 6 factores, designados por: Comportamento Anti-social, Problemas de Atenção/Hiperactividade, Ansiedade/Depressão, Isolamento, Queixas Somáticas e Problemas de Pensamento. São identificados bons índices de precisão ao nível da consistência interna e da estabilidade temporal. A análise discriminante, realizada com base na comparação de um

grupo clínico comum com um grupo da mesma comunidade, reflecte os problemas apresentados pelos sujeitos do primeiro grupo.

As *Conners Rating Scales* (CRS) foram desenvolvidas de forma a que pais, professores e adolescentes possam identificar problemas comportamentais em crianças e adolescentes entre os 3 e os 17 anos. Actualmente estão disponíveis três versões: 1) a original com 93 itens; 2) a revista composta por 48 itens; e 3) a abreviada que inclui apenas 10 itens. Com a revisão da escala foram retirados muitos itens relativos à dimensão mais internalizante do comportamento, pelo que esta passou a ser principalmente utilizada na avaliação da dimensão mais externalizante.

A escala de Conners para Professores (Conner-28) foi estudada para a população portuguesa (Fonseca, Ferreira, Simões, Rebelo & Cardoso 1996), tendo sido estabelecidas normas para alunos do 2º, 4º e 6º ano de escolaridade. A estrutura factorial identificada nesta versão destaca quatro factores, designados de Hiperactividade/Anti-Social, Problemas de Atenção/Imaturidade, Problemas Sociais/Impopular e Problemas Emocionais/Hipersensibilidade, que explicam 56.4% da variância. A validade convergente assinalou a existência de correlações elevadas entre esta escala e a versão portuguesa dos questionários de Achenbach para pais e professores, quando os questionários eram preenchidos pelo mesmo informador, e apenas moderadas a baixas quando as fontes de informação eram diferentes (Fonseca et al., 1996). Assim, apesar de apresentar uma estrutura factorial diferente da encontrada na versão original da escala (para a qual foram identificados três factores – Excesso de Actividade Motora, Oposição e Problemas Cognitivos/Desatenção; Goyette, Conners & Ulrich, 1978) a versão portuguesa replica as boas propriedades psicométricas da versão americana.

As formas reduzidas das escalas de Conners para pais e professores foram também estudadas para uma amostra de crianças portuguesas de idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos (Rodrigues, 2007), sendo os resultados promissores quanto às qualidades psicométricas da escala e às potencialidades da sua utilização como instrumento de despiste, na monitorização de intervenções, na investigação e no apoio ao diagnóstico clínico.

Comparativamente com a *CBCL*, a *CPRS-R* apresenta algumas desvantagens na avaliação da PH/DA, uma vez que a sua precisão e validade não se encontram tão bem estudadas, possuindo uma amplitude de avaliação das dimensões de psicopatologia menor e dados normativos disponíveis baseados em amostras mais pequenas (Kumar & Steer, 2003).

O *Behavioral Assessment System for Children (BASC)*; Reynolds & Kamphaus, 1992) foi desenvolvido para possibilitar a pais e educadores a avaliação dos comportamentos da criança em domínios emocionais e comportamentais específicos e igualmente ao nível das funções executivas. Nas duas versões são facultadas 3 formas diferentes consoante a idade, nomeadamente: pré-escolar (4-5 anos), escolaridade básica (6-11 anos) e adolescência (12-18 anos). Mais especificamente, esta escala compreende a avaliação das seguintes áreas: adaptabilidade, ansiedade, agressão, problemas de atenção, atipicabilidade, problemas de conduta, depressão, hiperactividade, liderança, aptidões sociais, somatização e afastamento (Simões, 1998). Estas diferentes áreas encontram-se agrupadas em 5 compósitos, nomeadamente: competências adaptativas, problemas externalizantes, problemas internalizante, problemas escolares e outros problemas (Simões, 1998).

Em 1985, Kaumphaus e Reynolds reviram a *BASC* criando a *BASC Monitor*. Esta nova versão apresenta como objectivo principal permitir a diferenciação entre os três subtipos existentes de PH/DA. Esta escala disponibiliza uma versão para professores, uma para educadores e um sistema de observação (*Student Observation System*) que pode ser utilizado conjuntamente com a versão para professores. A *BASC-Monitor* é mais reduzida que a *BASC* original e possui na sua composição itens representativos do DSM-IV que não são pontuados, uma vez que os dados normativos da *BASC-Monitor* se baseiam na escala anterior, que não incorporava esses itens (Angello et al., 2003). A *BASC-Monitor* apresenta normas para os seguintes intervalos etários: 4-5; 6-7; 8-11; 12-14 e 15-18 anos.

Relativamente às propriedades picométricas, a versão professores da *BASC-Monitor* apresenta uma consistência interna que varia entre .57 e .93 nas diferentes subescalas das duas versões. Relativamente aos coeficientes de estabilidade, os valores da análise teste-reteste para um intervalo de 2 a 8 semanas, em ambas as versões, variam entre .60 e .93, sendo os valores mais baixos obtidos na faixa dos 4-5 anos de idade (Jarratt, Riccio e Siekierski, 2005). Relativamente à validade os autores do instrumento apresentam dados que indicam que a escala permite diferenciar entre crianças com PH/DA e crianças sem esta perturbação e, dentro das crianças com PH/DA, permite diferenciar as crianças com o tipo predominantemente desatento das crianças com o tipo combinado (Kaumphaus & Reynolds, 1985).

Após a aplicação destas escalas abrangentes, poderão ser utilizadas escalas mais restritas com um enfoque específico na avaliação dos sintomas da PH/DA. Entre estas escalas, encontram-se: a *ADHD Rating Scale-IV (SC-4)*; Gadow & Sprafkin, 1997), a *Attention Deficit*

*Disorders Evaluation Scale (ADDES; McCarney, 1989)*, a *Child Attention Problems Scale (Barkley, 1990)* e a *ADD-H Comprehensive Teacher's Rating Scale (ACTeRS; Ullmann, Sleator, & Sprague, 1984)*.

A *ADHD Rating Scale-IV (SC-4; Gadow & Sprafkin, 1997)* é uma escala composta por 50 itens, que tem por objectivo a avaliação, por pais e educadores, de várias categorias do comportamento disruptivo. Esta escala é, na sua essência, um instrumento de rastreio da PH/DA e da Perturbação de Oposição (PO), para crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 3 e os 18 anos, podendo ser utilizada igualmente como instrumento de monitorização da eficácia da intervenção na Perturbação de Oposição (Angello et al., 2003). Em termos de qualidades psicométricas, a SC-4 apresenta uma boa estabilidade temporal (valores teste-reteste com um intervalo de 6 semanas, entre .70 e .89 para a categoria de PH/DA, PO, e Conflito). A consistência interna para as escalas preenchidas por pais e professores é elevada (entre .92 e .95). Ao nível da correlação com outras escalas de avaliação da PH/DA verificou-se que a SC-4 apresenta correlações moderadas e elevadas (.45 a .88) com algumas subescalas do *Teacher Report Form* de Achenbach (Zang, Faries, Vowles, & Michelson, 2005). De acordo com Power, Andrews, Eiraldi, Doherty, Ikeda, DuPaul e Landau (1998) da análise factorial da *ADHD Rating Scale-IV* resultam evidências que suportam decisivamente a existência das duas dimensões de comportamentos definidas no DSM-IV, nomeadamente, desatenção e hiperactividade-impulsividade.

A versão da SC-4 para o pré-escolar é composta por 18 itens, onde é solicitado a pais e educadores de crianças entre os 3 e os 5 anos que cotem a frequência da ocorrência dos sintomas da PH/DA definidos pela DSM-IV-TR (APA, 2000). Nesta escala foram introduzidos exemplos adequados ao nível de desenvolvimento das crianças desta faixa etária. Cada um dos itens é cotado através de uma escala tipo *Likert* que abrange valores entre 0 (não ocorre) e 3 (muito frequentemente). A escala oferece pontuações para as subescalas Desatenção e Hiperactividade/impulsividade e para a escala total (McGoey, DuPaul, Haley & Shelton, 2007). Os estudos realizados com a SC-4 versão pré-escolar, demonstraram que possui uma precisão e validade adequada à população a que se destina. A consistência interna desta versão é elevada situando-se entre .86 e .96. Quando comparada com outras escalas que avaliam os mesmos construtos (validade concorrente) foram obtidas correlações moderadas a elevadas, com valores situados entre .54 e .96 (Zhang, Faries, Vowles, & Michelson, 2005).

De um modo global, a SC-4 é considerada como sendo uma boa medida de rastreo da PH/DA e de monitorização dos progressos da intervenção implementada (McGoey, DuPaul, Haley, & Shelton, 2007).

A *Attention Deficit Disorders Evaluation Scale (ADDES*; McCarney, 1989) é uma escala que oferece duas versões, uma composta por 60 itens destinados a avaliar o comportamento da criança na situação escolar e uma composta por 40 itens para avaliação do comportamento exibido pela criança em casa. A versão escolar tem dados normativos para as crianças e adolescentes entre os 4 e os 19 anos e a versão casa possui dados para crianças e adolescentes entre os 3 e os 19 anos. De acordo com McCarney (Barkley, 2006) esta escala pode ser utilizada para o rastreo e diagnóstico da PH/DA e para a monitorização da intervenção neste quadro clínico. Possui uma boa consistência interna (entre .87 e .97) e uma excelente estabilidade teste-reteste (.88 -.97). O acordo entre avaliadores, em ambas as versões, é elevado situando-se em .85 na versão escolar e .82 na versão para pais. De acordo com a revisão efectuada por Angello e col. (2003) esta escala apresenta bons índices de validade de conteúdo, validade de construto e validade concorrente. A validade de diagnóstico também foi comprovada para ambas as versões.

A *Child Attention Problems Scale (CAP*, Barkley, 1990) teve por base os estudos implementados por Edelbrock sobre a avaliação dos efeitos da medicação estimulante em crianças com PH/DA. A CAP é composta por 12 itens, sendo que cada um deles deve ser cotado pelos avaliadores através de uma escala tipo *Likert* com pontuações situadas entre 0 (falso) e 2 (frequentemente verdadeiro). Esta escala abrange uma população entre os 6 e os 16 anos e avalia comportamentos de desatenção e de hiperactividade. De acordo com Barkley (2006) a CAP demonstra uma elevada sensibilidade aos efeitos da utilização de medicação psicoestimulante em crianças com PH/DA, apesar de muitas das suas características psicométricas não terem ainda sido estudadas. No entanto, o autor salienta que, ao ser construída com itens retirados da CBCL, a CAP pode beneficiar do rigor da standardização e dos dados normativos desta última. Barkley (2006) refere ainda que a aplicação desta escala é vantajosa na medida em que possibilita a classificação da PH/DA de acordo com o subtipo manifestado. A desvantagem identificada é de que, uma vez que esta escala não utiliza a lista precisa de sintomas de desatenção e hiperactividade-impulsividade apresentada pela DSM-IV, os seus resultados só por si não suportam automaticamente o diagnóstico de PH/DA.

A *ADD-H Comprehensive Teacher's Rating Scale (ACTeRS*; Ullmann, Sleator & Sprague, 1984) foi desenvolvida com o objectivo de ajudar na identificação das crianças com

problemas de atenção e possibilitar a monitorização da eficácia do tratamento. Esta escala é destinada a professores e é composta por 24 itens distribuídos pelas dimensões atenção, hiperactividade, competências sociais e comportamento de oposição. Possui uma versão para pais, composta por 25 itens distribuídos pelas 4 subescalas anteriormente referidas, à qual é acrescentada a subescala “primeira infância”. Aos avaliadores é solicitada a cotação de cada um dos itens de 1 a 5, de acordo com a frequência da manifestação dos comportamentos pelas crianças entre os 5 e os 14 anos. No que concerne às qualidades psicométricas da escala *ACTeRS*, Angello e cols. (2003) referem que a consistência interna é boa ( de .92 a .97), com índices de correlação teste-reteste aceitáveis (.72 - .82). A precisão entre avaliadores é igualmente considerada aceitável (de .51 a .73). Os estudos da validade da *ACTeRS* revelam que discrimina as crianças com PH/DA das que não possuem este quadro, e as crianças com PH/DA das que têm dificuldades de aprendizagem. A eficácia da *ACTeRS* também se manifesta ao nível da monitorização do efeito dos tratamentos implementados. Apesar de ter sido validada, são apontadas como críticas a estes instrumentos a falta de evidências que suportem o objectivo destas escalas, a limitação da informação relativa à standardização e dados normativos e a investigação insuficiente sobre as suas versões actuais. Ao nível teórico, é referida a falta de conexão entre os itens da escala e os critérios de diagnóstico definidos no DSM-IV (Angello et al., 2003).

Uma outra escala que poderá ser útil na avaliação das crianças com PH/DA é a *Self-Control Rating Scale* (SCRS; Kendal & Wilcox, 1979), que foi desenvolvida com o objectivo de avaliar os défices apresentados pelas crianças com PH/DA relativos à capacidade para inibir comportamentos, seguir regras e controlar a impulsividade, procurando avaliar o constructo relativamente homogéneo denominado de auto-controlo (Barkley, 2006). Apesar da sua utilidade, os dados normativos baseiam-se numa amostra relativamente pequena, composta por 110 crianças do 3º ao 6º ano de escolaridade. Contudo, a análise da escala, destaca um coeficiente teste-reteste satisfatório, verificando-se também que a escala se correlaciona de forma positiva com as observações realizadas na sala de aula sobre os comportamentos fora de tarefa, discrimina as crianças com PH/DA das crianças sem PH/DA ou com outras patologias e é sensível aos efeitos do tratamento implementado através de programas de auto-controlo (Barkley, 2006)

Willcutt, Hartung, Lahley, Loney e Pelham (1999) examinaram a aplicabilidade, por parte do terapeuta em contexto clínico, da escala de avaliação comportamental *Hillside Behavior Rating Scale* (Gittelman & Kline; 1985). Esta escala é composta por sete itens que

avaliam a actividade motora, distractibilidade, controlo de impulso, tolerância à frustração, cooperação, interesse na tarefa e atenção. Os autores concluíram que esta escala de avaliação da PH/DA no contexto clínico de avaliação possui um bom índice de precisão, estando significativamente associada com outras medidas de avaliação da PH/DA e medidas de avaliação de défices funcionais. Verifica-se, assim, que esta escala fornece uma informação única que auxilia a caracterização/diagnóstico do caso. Contudo, ela não deverá ser utilizada em substituição das escalas preenchidas por pais e professores.

No que concerne ao grau de acordo entre informadores no preenchimento de escalas comportamentais, Mitsis e col. (2000) referem que a percentagem de concordância entre pais e professores, quanto ao diagnóstico da PH/DA, é apenas moderada, situando-se nos 74%. Os autores consideram que este valor poderá ter subjacente o facto de as crianças se comportarem de forma distinta em diferentes situações e o facto de os julgamentos solicitados no preenchimento dos questionários para quantificação do comportamento serem relativamente subjectivos. Referem ainda que a utilização das opiniões dos adultos para a determinação do diagnóstico de hiperactividade será, em adição ao comportamento exibido pela criança, de alguma forma condicionada pelas características e estado mental do adulto informante (Mitsis, Mckay, Schultz, 2000).

Verhulst e Akkerhuits (1989, cit. in Keogh & Bernheimer, 1998) encontram no CBCL correlações entre pais e professores geralmente baixas ou moderadas, inferiores aquando da avaliação das crianças mais novas (.25 para crianças de 4 e 5 anos e .35 para crianças entre os 6 e os 12 anos). No que toca à dimensão internalização/externalização, Phares e col. (1989, cit. in Keogh & Bernheimer, 1998) encontram taxas de concordância entre pais e professores de .26 e .35, respectivamente. De uma forma global os pais tendem a identificar um maior número de comportamentos problemáticos do que os professores.

Relativamente à determinação de subtipos da PH/DA, Mitsis, McKay, Sculz, Newcorn e Halperin (1999), afirmam existir uma fraca concordância entre pais e educadores quanto à sintomatologia manifestada pela criança no contexto escolar, verificando-se, na comparação das respostas, que a informação dos pais se correlacionava apenas moderadamente com as respostas dadas pelos professores.

De acordo com Mitsis, Mckay e Schultz (2000) a combinação dos dados provenientes de pais e de professores possui implicações ao nível da identificação do subtipo de PH/DA, verificando-se que, quando o diagnóstico é feito apenas com base nos registos de pais ou apenas no dos professores, os dados obtidos frequentemente se direccionam para um

diagnóstico de PH/DA-Tipo Predominantemente Desatento ou Predominantemente Hiperactivo-impulsivo. Contudo, se os dois conjuntos de dados forem combinados, a maior parte das crianças passa a ser identificada como pertencendo ao Tipo Combinado. Estes dados indicam que a forma como a informação proveniente de diferentes fontes é combinada possui implicações relevantes, quer para o processo de avaliação, quer para a implementação do tratamento.

De acordo com uma meta-análise efectuada por Achenbach (1987), os estudos empíricos que abordam as correlações entre avaliadores identificam uma correlação média de .27 entre os resultados das escalas preenchidas por educadores e pais. O grau de concordância identificado entre os informadores que estabelecem relacionamentos similares com a criança tende a ser superior quando comparados com aqueles que desempenham papéis díspares na vida desta, situando-se em média no valor de .64 para o acordo entre professores e de .59 entre pais.

Neste sentido, Angello e col. (2003), no estudo que efectuaram a seis escalas de avaliação para crianças e adolescentes com PH/DA identificaram correlações entre pais e educadores de .41 a .45 na escala ADHD-IV, de .23 a .46 na SC-4. Os coeficientes obtidos entre informadores que lidam com a criança num mesmo contexto revelaram-se mais elevados, apresentando valores de .51 a .71 na ACTeRS educadores, de .81 a .90 na ADDES-2nd educadores e de .84 na ADDES-2nd pais.

Partindo do estudo de uma amostra de crianças com atraso de desenvolvimento, Hunder e col. (1997) defendem que a diferença de concordância entre pais e professores é permeável à variável stress parental, identificando que tendencialmente esta diferença aumenta sempre que o stress parental se agrava, o que poderá significar que esta variável poderá estar associada ao nível de tolerância dos pais relativa à disfuncionalidade dos comportamentos apresentados pelas crianças. Estes autores referem que outra das variáveis que poderá interferir com o grau de concordância entre pais e professores é o grau de incapacidades da criança, sendo que quando este é mais severo a discordância entre estes informadores aumenta, com os pais a tenderem a pontuar mais baixo na sua avaliação do comportamento adaptativo da criança.

Relativamente à informação fornecida por ambos os pais, a literatura aponta a mãe como sendo a melhor fonte de informação sobre os problemas internalizantes e externalizantes da criança, sendo a pessoa mais requisitada pelos clínicos para a recolha de informação. Os progenitores masculinos também são vistos como fontes de informação

fidedignas, sendo requisitados mais frequentemente que os professores, embora sejam considerados menos atentos na recolha de informação sobre os primeiros anos de vida da criança (Treutler & Epkins, 2002). As escalas preenchidas por pais e mães sobre a componente externalizante do comportamento, como a hiperactividade, exibem níveis baixos a moderados de concordância, detectando-se que o acordo entre estes é inferior no período pré-escolar, quando comparado com o período escolar e adolescência.

No que diz respeito especificamente aos sintomas da PH/DA, Kumar e Steer (2003) identificaram que os pais apresentam uma tendência mais elevada para sinalizar comportamentos de desatenção e de hiperactividade-impulsividade nos seus filhos do género masculino e as mães tendencialmente identificam um maior número de comportamentos nas crianças do género feminino. Contudo, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

De acordo com Treutler e Epkins (2002) a limitação no grau de concordância entre pais e mães poderá dever-se a factores que incluem enviesamentos e constrangimentos específicos às mães e aos pais. Exemplificam justificando que mães e pais podem ter percepções e níveis de tolerância diferentes acerca dos sinais precoces dos comportamentos de hiperactividade-impulsividade. A diferença poderá ter também subjacente sintomas psicopatológicos apresentados pelos progenitores, tais como depressão, ansiedade ou irritabilidade, características estas habitualmente associadas com a sinalização de um maior número de comportamentos negativos na criança.

Leblanc e col. (2008) desenvolveram um estudo no qual procuraram, através da aplicação repetida a pais e mães de escalas comportamentais, durante o período de vida dos seus filhos compreendido entre os 19 e os 84 meses, avaliar o impacto que a repetição destas medidas possuía ao nível da validade preditiva dos comportamentos de hiperactividade-impulsividade nesta faixa etária. Os autores concluíram que as mães e os pais facultaram informações relevantes sobre os sinais precoces dos comportamentos de hiperactividade e impulsividade. Em todas as idades verificou-se uma concordância substancial entre a informação dada pelas mães e pelos pais relativa a comportamentos iniciais de hiperactividade-impulsividade, situando-se a percentagem de acordo nos 62%. Relativamente às possíveis alterações ao longo do tempo no preenchimento das escalas, Leblanc e col. (2008) concluíram que a identificação da sintomatologia foi estável ao longo das várias administrações, verificando-se que mães e pais, pelos 19 meses da criança, já conseguiam identificar os sintomas que posteriormente continuavam a sinalizar.

#### 4.1.1.3 Observação directa

A observação é feita directamente pelo profissional e fornece informação importante sobre a criança e sobre os seus comportamentos. Contudo, quando realizada em contexto clínico, a informação retirada mostra-se usualmente insuficiente para fundamentar um diagnóstico, uma vez que o comportamento exibido pela criança neste contexto pode ser atípico, quando comparado com o manifestado no contexto natural de família ou escola (Shapiro, 1993). Assim, a utilização da observação requer, sempre que possível, devido à elevada inconstância da sintomatologia inerente a esta patologia, que a sua implementação seja feita em vários ambientes, tais como situações de brincadeira e situações estruturadas, em casa e na escola, e em diferentes momentos durante vários dias (Barkley, 1990). Na planificação do *timing* de aplicação deste tipo de instrumento, e de forma a minimizar o gasto de tempo, é importante ter em consideração que a criança deverá estar a executar uma tarefa na qual exista uma elevada probabilidade de ocorrência dos comportamentos em estudo.

Com o objectivo de determinar a frequência e gravidade dos sintomas da PH/DA têm sido desenvolvidos sistemas de codificação para as observações realizadas em contexto natural. De entre os instrumentos disponíveis, o *Hiperactive Behavior Code* (Jacob, O'Lary, & Rosenblad, 1978) e o *Classroom Observation Code* (Abikoff, Gittman-Klein, & Klein, 1977) têm sido os mais utilizados (cf. Shapiro, 1993). Estes instrumentos, segundo Shapiro (1993), têm demonstrado uma boa validade e elevadas correlações com escalas de avaliação como a *Conners Teacher Rating Scale*. Contemplam a avaliação de comportamentos do tipo: fora de tarefa, vocalização, brincar com objectos, levantar-se do lugar e desassossego (Barkley, 2006).

Barkley (1990) refere que a desvantagem atribuída a estes instrumentos prende-se com o facto de, muitas vezes, não determinarem os antecedentes e as consequências dos comportamentos avaliados e de negligenciarem a observação das interacções estabelecidas com professores e pares quando aplicadas fora do contexto escolar. Outras desvantagens apontadas à aplicação da observação são o facto de a maior parte das situações de avaliação envolver um elevado dispêndio de tempo, muitas vezes impraticável, a ausência generalizada de dados normativos e as dificuldades de delimitação de um grupo de comparação adequado (Power & Ikeda, 1996).

Goldstein e Goldstein (1998) referem que na análise dos dados obtidos através da observação das crianças, quer no contexto familiar quer no contexto clínico, é importante ter em consideração que a presença de um elemento estranho e o factor novidade induzido por esta situação poderá conduzir a que a criança com PH/DA não manifeste os seus comportamentos habituais. Deste modo, a interpretação dos dados obtidos através da observação no contexto de sala de aula tem que considerar as possíveis consequências negativas que poderão advir da introdução de uma pessoa estranha neste contexto habitual de aprendizagem (Goldstein & Goldstein, 1998). De forma a minimizar estas consequências e a contaminação dos comportamentos habitualmente apresentados, o observador deverá entrar na sala de forma rápida e silenciosa, não deverá fixar o aluno alvo durante períodos longos, e após recolher a informação, deverá abandonar o contexto sem interagir com ninguém (Barkley, 2006).

Outras medidas de quantificação dos comportamentos específicos da PH/DA têm sido obtidas em laboratório através de procedimentos de observação sistemática de comportamentos “fora de tarefa” ou através de aparelhos que medem o número de movimentos das pernas. Apesar de os dados obtidos indicarem a existência de diferenças no número de comportamentos “fora de tarefa” e no número de movimentos das pernas entre as crianças com PH/DA e as crianças do grupo sem esta patologia, é defendido de uma forma consensual que estas medidas laboratoriais de observação, apesar de se poderem constituir como indicadores da presença da PH/DA, não possuem valor preditivo relativamente ao desenvolvimento desta patologia (Barkley, 2006).

A observação da criança, no contexto pré-escolar pode fornecer informação relevante sobre a capacidade da criança para se adaptar à estrutura de funcionamento e sobre o seu comportamento face à imposição de regras, padrão usual de respostas a instruções e grau de adequação das interações estabelecidas com os pares. Comparativamente às observações realizadas em contexto clínico, as que têm lugar em ambiente escolar tendem a ser mais elucidativas do comportamento habitual da criança, uma vez que, quando integradas em contextos não familiares, as crianças tendem a inibir temporariamente os seus comportamentos impulsivos e hiperactivos.

#### 4.1.1.4 Testes e medidas laboratoriais

No que diz respeito às medidas laboratoriais para avaliar a capacidade de atenção, Shapiro (1993) refere que um dos tipos de teste mais utilizado é o de realização contínua, (*Continuous Performance Test* ou CPT). Estes testes foram desenvolvidos com o objectivo de facultar uma medida objectiva da atenção sustentada que oferecesse validade discriminante elevada. Neste formato de teste é habitualmente solicitado à criança que, durante a observação de um ecrã no qual são projectados na sua direcção, numa velocidade rápida, letras ou números, responda a certos estímulos ou par de estímulos numa sequência de projecções. As pontuações derivadas do CPT são o número de respostas correctas, número de estímulos-alvo não identificados e número de não-alvos sinalizados (Barkley, 2006).

Um dos testes mais utilizados neste contexto é o *Gordon Diagnostic System* (GDS; Gordon, 1983), uma vez que apresenta como vantagens a possibilidade de ser aplicado em diferentes contextos, requerer um tempo de administração de apenas 9 minutos, ser uma medida directa do comportamento da criança e possuir propriedades psicométricas aceitáveis (Shapiro, 1993). O autor salienta que, apesar de o GDS apresentar uma precisão teste-reteste satisfatória e uma aceitável validade concorrente e discriminante, o número de falsos-negativos é demasiado elevado, situando-se entre os 15 e os 35%. Barkley (2006) contrapõe que a taxa de falsos-positivos, situada nos 2%, é excelente.

Outro dos métodos de avaliação da atenção utilizados é o dos testes de cancelamento. Estes testes habitualmente solicitam à criança que, ao examinar minuciosamente uma série de símbolos apresentados em linhas numa folha de papel, risque ou sublinhe os estímulos-alvo (Goldstein & Goldstein, 1998). De acordo com Barkley (2006) um dos testes de cancelamento mais promissores é o *Children Ckecking Test* (Margolis, 1972), uma vez que, ao contrário de muitas medidas laboratoriais deste tipo, se correlaciona moderadamente, mas de forma significativa, com outras medidas de avaliação da atenção.

Como medidas de avaliação do grau de impulsividade comportamental em crianças com PH/DA têm sido utilizados testes como o *Matching Familiar Test* (MFFT; Kagan, 1966) e o *Stroop Word-Color Association Test* (Stroop, 1935). De acordo com Barkley (2006) o primeiro instrumento deverá ser utilizado com precaução no contexto clínico uma vez que as suas medidas de precisão e validade necessitam de uma maior investigação. O *Stroop Word-Color Association Test*, por seu turno possui uma boa fundamentação neuropsicológica e

faculta informação relevante sobre uma área neurológica actualmente valorizada no estudo da PH/DA, a área orbito-fronto-límbica (Barkley, 1990).

## 4.2 Intervenção

Apesar de ser amplamente difundida a ideia de que a intervenção nos casos de PH/DA deve ser implementada o mais precocemente possível, não se verifica o mesmo nível de consenso quanto à necessidade de formulação de um diagnóstico formal da mesma, uma vez que a confirmação de um diagnóstico conduz muitas vezes à prescrição de medicação, que se pretende evitar ou adiar.

Embora a investigação produzida sobre a utilização de medicação na PH/DA tenha vindo a indicar que esta estratégia de intervenção poderá ser benéfica na idade pré-escolar, os resultados obtidos continuam a gerar conflito na medida em que os estudos conduzidos apresentam muitas limitações tais como: tamanhos de amostras muito reduzidos, desenhos investigacionais retrospectivos e investigação limitada dos resultados obtidos (Kratochvil, Greenhill, March, Burke, & Vaughan, 2004).

Daly, Creed, Xanthopoulos e Brown (2007) referem que uma das críticas mais comuns à utilização da medicação em crianças do *pré-escolar* prende-se com o facto de não existirem evidências de que ela produza mudanças a curto ou a longo prazo no rendimento académico dessas crianças com PH/DA. Porfirio, Fernandes e Borges (1998), mencionam que os estudos clínicos realizados na idade pré-escolar não evidenciam que a utilização de psicoestimulantes seja eficaz nesta faixa etária, referindo ainda que a avaliação do efeito desta medicação é difícil de implementar devido à insuficiência dos critérios de diagnóstico desenvolvidos pela DSM-IV para esta faixa etária.

De acordo com a revisão de estudos sobre os resultados da aplicação de metilfenidato nas funções executivas de crianças com PH/DA, entre os 4 e os 12 anos, Pietrzak, Mollica, Maruff e Snyder (2006) verificaram que 63.5% dos estudos reconheceram melhorias em alguns aspectos do funcionamento cognitivo e que em 33.5% não foram detectadas mudanças ou identificou-se deterioração. De acordo com os autores, quando são observadas melhorias, os dados apontam que a utilização de doses mais elevadas é eficaz ao nível da atenção/vigilância e memória de trabalho e as doses mais baixas demonstram melhores

resultados em tarefas de planeamento, flexibilidade, controlo inibitório e velocidade de discurso (Pietrzak, Mollica, Maruff, & Snyder, 2006).

Relativamente às respostas das crianças à intervenção medicamentosa, Diamond (2005) identifica que a maior parte das crianças com PH/DA Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo e Tipo Combinado responde de forma positiva à medicação com metilfenidato, sendo que dois terços destas reagem positivamente quando as doses prescritas são consideradas moderadas ou elevadas. Nas crianças com PH/DA Tipo Predominantemente Desatento, é reconhecido que uma percentagem significativa destas crianças não responde de forma positiva ao metilfenidato, sendo que aqueles que reagem positivamente, por norma, respondem melhor à prescrição de doses mais baixas. As crianças com PH/DA Tipo Predominantemente Desatento, por outro lado, apresentam respostas positivas à toma de anfetaminas (Barkley, 1990).

A utilização de medicação psicoestimulante requer precaução, uma vez que frequentemente surgem sintomas secundários tais como diminuição do apetite, dores de cabeça, desconforto abdominal, problemas de sono, irritabilidade, tiques motores, náuseas, fadiga e isolamento social. Estes sintomas, em 4 a 10% das situações são suficientemente severos para justificar a interrupção da medicação (Daly, Creed, Xanthopoulos, & Brown, 2007).

Greenhill e col. (2005) salientam que, apesar de a utilização de psicoestimulantes estar amplamente implementada nas crianças com idade escolar, não existem evidências sólidas sobre a eficácia e segurança de psicoestimulantes, como o metilfenidato, em crianças do pré-escolar. Os autores referem que os pouquíssimos estudos realizados chegam a conclusões díspares, sendo que, apesar de 60% destes apresentarem resultados positivos, 20% dos estudos não verificam diferenças entre o grupo sob medicação e o grupo placebo e 20% identificam taxas de efeitos secundários mais elevados comparativamente com as crianças em idade escolar. De entre os efeitos secundários identificados salientam-se problemas ao nível do sono, irritabilidade, comportamentos e pensamentos repetitivos, diminuição do apetite, dores de cabeça e de estômago e um maior isolamento (Wigal et al., 2006). Assim, perante a carácter inconclusivo das evidências sobre a utilização de psicoestimulantes em crianças de idade pré-escolar, elevada prevalência de efeitos secundários adversos e objecções éticas relativas à utilização de medicação para modificar o comportamento das crianças tão novas, é sugerido na literatura que a utilização de medicação em crianças pré-escolares com PH/DA seja evitada até existirem dados consistentes que comprovem a sua eficácia.

Em alternativa à prescrição de medicação, um dos procedimentos mais utilizados com crianças em idade pré-escolar é o treino parental direccionado para áreas como a psicoeducação, relações pais-filhos, atenção positiva, controlo comportamental e estabelecimento claro de limites. Devido à eficácia comprovada destes procedimentos quando utilizados com pais cujos filhos possuem idades superiores aos 6 anos, tem-se assistido a um aumento do número de estudos empíricos realizados com crianças com PH/DA em idade pré-escolar, nos quais se procura avaliar os benefícios obtidos através deste tipo de intervenção (Daley & Thompson 2007).

Daley e Thompson (2007), analisando as intervenções de aconselhamento parental e grupos de suporte em comparação com programas de treino parental, identificam nestes últimos, efeitos mais substanciais ao nível da PH/DA da criança e do nível de bem-estar sentido pelas mães, continuando estes efeitos a ser identificados 15 semanas após o término da intervenção. Os dados também indicam que, uma vez o padrão parental estabelecido, os efeitos positivos visíveis no comportamento da criança em idade pré-escolar podem ser observados fora do contexto familiar e durante um período de tempo longo (Daley & Thompson, 2007).

Outro contexto de intervenção com este tipo de treino tem sido o jardim-de-infância, onde são desenvolvidas junto das educadoras competências tais como: recompensar comportamentos adequados; formular pedidos e instruções efectivas, ensinar auto-controlo; e utilizar métodos de disciplina consistente (DuPaul & Eckert, 1997). Apesar de os resultados da implementação desta estratégia, avaliados através da diminuição do número de comportamentos inadequados, serem promissores, na medida em que identificam a existência de evoluções positivas, há ainda pouca investigação centrada na faixa etária pré-escolar.

De acordo com DuPaul e Eckert (1997) o treino de competências comportamentais no contexto pré-escolar deveria constituir uma prioridade em termos investigacionais, uma vez que os resultados obtidos parecem ser positivos e atenuam as tomadas de decisão extremas, tais como remover a criança do contexto pré-escolar. De um modo global, e apesar dos treinos de competências terem demonstrado ser estratégias de intervenção promissoras, a falta de replicação e generalização dos estudos realizados enfraquece a utilização e validação dos seus procedimentos.

A utilização do treino auto-instrucional, recorrendo à utilização de técnicas cognitivo-comportamentais, resultou num número muito limitado de sucessos na população de crianças com idades inferiores aos 6 anos. Bryant e Budd (1982) concluíram que a periodicidade e

duração desta intervenção (2 horas/dia) poderiam ser inadequadas para esta população, considerando o seu nível de desenvolvimento, principalmente para aquelas crianças que apresentam défice ao nível da atenção.

De um modo consensual é defendido que, em alternativa à terapia medicamentosa amplamente utilizada em crianças em idade escolar com PH/DA, a intervenção na faixa pré-escolar deverá ser feita com recurso a terapias não medicamentosas, que deverão constituir uma prioridade ao nível da investigação.

***Componente Empírica***

## 5 Objectivos e hipóteses

O presente estudo integra-se na área de investigação relativa à avaliação psicológica de crianças com Perturbação de Hiperactividade/Défice de Atenção e tem por finalidade estimar a plausibilidade da utilização de um questionário de avaliação comportamental como possível medida de rastreio de crianças em situação de risco para o desenvolvimento da PH/DA.

A primeira fase deste estudo exploratório consistiu na construção de um questionário de avaliação de comportamentos de risco para o desenvolvimento de um quadro de PH/DA, em crianças de idade pré-escolar.

Numa segunda fase, pretende-se proceder à validação deste questionário através da sua aplicação a educadores(as) e a pais de crianças com cinco anos de idade, a frequentarem o último ano do pré-escolar em instituições privadas ou públicas.

Assim, após os estudos realizados relativos à precisão e validade das duas versões do questionário, e com o propósito de validar pontes de corte com recurso a factores externos, seleccionou-se dois subgrupos da amostra, compostos pelas crianças que, no questionário dos educadores, se situaram entre o percentil 60 e o 80 e entre o percentil 80 e o 100, aos quais foram aplicados três testes de avaliação psicológica, e foi feita a observação directa no sentido de detectar eventuais comportamentos indicadores de Hiperactividade e Déficit de Atenção.

Os testes aplicados foram o Teste de Completamento de Gravuras e o Teste de Tabuleiro dos Animais da WPPSI-R e o Teste de Atenção Visual da NEPSY. Para a observação directa foi construída, com base nos critérios da DSM-IV, uma grelha para identificação de comportamentos sintomáticos de PH/DA manifestados.

Tendo em conta a revisão de literatura efectuada e os objectivos propostos colocamos as seguintes hipóteses para o presente estudo:

*-H1:* Prevê-se que, na idade pré-escolar, os itens dos questionários saturem em dois factores: um relacionado com Actividade (excessiva) e o outro com (déficit de) Atenção (Power, Andrews, Eiraldi, Doherty, Ikeda, DuPaul & Landau, 1998).

-H2: Prevemos que os resultados obtidos nos questionários preenchidos pelos educadores se correlacionem positivamente com os resultados obtidos nos questionários preenchidos pelos pais, sendo as correlações moderadas (Angello, Volpe, DiPerna, Gureasko-Moore, Gureasko-Moore, Nebrig & Ota, 2003).

-H3: Comparando os resultados obtidos nos questionários preenchidos pelos educadores e pelos pais prevê-se que os pais reportem um número de comportamentos de Hiperactividade/Défice de Atenção significativamente superior (Keogh & Bernheimer, 1998).

-H4: Definindo um ponto de corte para risco de problemas relacionados com a PH/DA, espera-se identificar um maior número de crianças do sexo masculino acima desse ponto de corte comparativamente ao número de crianças do sexo feminino (Pelham, Cacko & Brian, 2004).

Com base nos objectivos e hipóteses definidos, pretendemos, neste capítulo, descrever os procedimentos implementados e apresentar os resultados obtidos neste estudo exploratório, nomeadamente:

- 1) Descrever o procedimento de construção dos questionários utilizados;
- 2) Estudar as qualidades psicométricas dos questionários, nomeadamente: a) descrever os critérios e procedimentos de definição da amostra; b) apresentar os vários estudos de precisão e validade efectuados; c) definir pontos de corte provisórios dos questionários recorrendo a critérios externos obtidos através de testes psicológicos e observações directas em situação de teste; d) apresentar os dados relativos à caracterização demográfica dos sujeitos cujos resultados se situam acima do ponto de corte; e) apresentar os dados obtidos pelos 3% com pontuações mais elevadas no questionário para professores, através da análise qualitativa dos resultados nos questionários e testes aplicados; e f) apresentar as conclusões obtidas, identificação das potencialidades e limitações e indicações para futuros estudos.

## **6 Amostra**

### **6.1 Procedimentos para recolha da amostra**

A amostra do presente estudo exploratório engloba-se no tipo de amostragem não-probabilística, não seguindo por esse facto os princípios básicos da teoria das probabilidades (Maroco, 2007). O procedimento de amostragem utilizado foi a amostragem accidental, por conveniência, uma vez que se optou por recolher a amostra numa área geográfica circunscrita.

Na primeira fase da definição da amostra, estabeleceu-se contactos com os Presidentes do Conselho Directivo de vários agrupamentos de escolas dos concelhos de Leiria, Pombal e Marinha Grande e com os Directores de alguns Jardins-de-Infância Privados dos concelhos de Leiria e Coimbra. Após a realização das reuniões, nas quais foram explicados os objectivos do estudo exploratório, os seus procedimentos e metodologia a utilizar, foi entregue uma cópia dos instrumentos de avaliação para posterior análise em Conselho Pedagógico, nas instituições públicas, e em reunião de equipa nas instituições privadas.

Num segundo momento, após a obtenção do consentimento das instituições, foi realizado um contacto directo com as educadoras que aceitaram colaborar no preenchimento do QADHPE-E (cf. Anexo A). Nesta reunião foram explicados quais os objectivos deste questionário, qual a forma de os preencher e quais os procedimentos e metodologias que iriam complementar esta primeira fase de avaliação. Foi também pedido às educadoras que definissem um código que emparelhasse a versão preenchida por si com a versão do questionário preenchida pelos pais/encarregados de educação de cada uma das crianças avaliadas. Solicitou-se-lhes que entregassem aos referidos pais um envelope que continha um documento com a descrição do trabalho que estava a ser realizado e no qual era pedida a sua colaboração e um exemplar (cf. Anexo B) do QADHPE-P a ser preenchido pelos pais e devolvido no envelope fechado que o acompanhava.

Na segunda fase do estudo, e após a selecção, com base na pontuação obtida no QADHPE-E, das crianças que iriam participar neste segundo momento, foi definido, de acordo com a disponibilidade das educadoras e plano de actividades das turmas, quais as

datas possíveis para a aplicação individual dos instrumentos de avaliação psicológica em contexto escolar, num espaço reservado.

## 6.2 Descrição da amostra

A amostra total deste estudo é composta por 276 crianças de 5 anos de idade a frequentar o último ano do ensino pré-escolar, durante o ano lectivo 2007-2008, em jardins-de-infância dos concelhos de Leiria, Coimbra, Marinha Grande e Pombal. Das 276 crianças cujas educadoras responderam ao questionário 56% são do género masculino e 44% são do género feminino. Do total destas crianças obtivemos 74 % de questionários respondidos pelos pais, verificando-se, contudo, que a distribuição por género foi idêntica à amostra global, isto é, 55% do género masculino e 45% do género feminino (cf. Tabela 1).

**Tabela 1. Distribuição das crianças em função do género**

	Quest. Educadores		Quest. Pais	
	n	%	n	%
Masculino	154	56	112	55
Feminino	122	44	91	45
Total	276	100	203	100

No que concerne à Tipologia de Áreas Urbanas, procurou-se incluir na amostra crianças provenientes das três áreas urbanas definidas pelo Instituto Nacional de Estatística, nomeadamente: Áreas Predominantemente Urbanas (APU), Áreas Moderadamente Urbanas (AMU) e Áreas Predominantemente Rurais (APR).

**Tabela 2. Distribuição das crianças por área geográfica**

	Quest. educadores		Quest. Pais	
	n	%	n	%
Áreas Predominantemente Urbanas	177	64	122	60
Áreas Moderadamente Urbanas	72	26	54	27
Áreas Predominantemente Rurais	27	10	27	13
Total	276	100	203	100

Tendo em consideração os dados apresentados pelo INE relativos à população residente no Continente por NUTS II e NUTS III (INE, 1999, p. 20), as percentagens da amostra recolhida em APU (64%) e APR (10%) situam-se um pouco abaixo dos valores

nacionais (68% e 16% respectivamente), enquanto a percentagem da amostra recolhida em AMU (26%) se situa acima do valor de 16% identificado para a população. Na amostra da versão para pais verifica-se um valor um pouco mais baixo na percentagem de crianças residentes em APU (60%) e ligeiramente mais elevado no número de crianças residentes em APR (13%) (cf. Tabela 2).

Relativamente ao Tipo de ensino frequentado, verifica-se que 75% das crianças frequentam instituições públicas de ensino e 25% Instituições Privadas (cf. Tabela 3).

**Tabela 3. Distribuição das crianças por tipo de ensino frequentado**

	Quest. educadores		Quest. Pais	
	n	%	n	%
Público	208	75	160	79
Privado	68	25	43	21
Total	276	100	203	100

No que concerne à distribuição da amostra relativamente às profissões de pais e mães, codificadas segundo a Classificação Nacional das Profissões (IEFP, 1994) (cf. Tabela 4), denota-se que a maioria dos pais e mães estão incluídos na categoria Trabalhadores não Qualificados (25% mães e 30% pais), seguida da categoria Operadores, Artífices e Similares para as mães (22%) e Profissionais de Instalações e Máquinas para os pais (20%). Nestes três grupos profissionais estão integrados aproximadamente 50% dos pais do total da amostra.

**Tabela 4. Distribuição das crianças por grupo profissional da mãe e do pai**

Grupo Profissional	Mãe		Pai	
	n	%	n	%
Directores ou Quadros Dirigentes	1	0.5	6	3
Profissionais Intelectuais e Científicos	10	5	5	2
Profissionais Técnicos	30	15	24	12
Empregados Administrativos e Similares	31	15	9	4
Empregados de Comércio e Serviços Pessoais	33	16	39	19
Trabalhadores da Agricultura e Pesca	-	-	-	-
Operadores, Artífices e Similares	44	22	19	9
Operadores de Instalações e Máquinas	2	1	40	20
Trabalhadores não Qualificados	50	25	61	30
Estudantes	1	0.5	-	-
Total	201	100	203	99

Ao nível das habilitações literárias (cf. Tabela 5) verifica-se que a maioria dos progenitores completou pelo menos o 3º Ciclo do ensino básico (60% das mães e 74% dos pais). Comparativamente com os pais, a percentagem de mães que completou o ensino

secundário é mais elevada (19% comparativamente com 11%), diferença que se atenua ligeiramente ao nível da obtenção do grau de licenciatura (21% comparativamente com 15%).

**Tabela 5. Distribuição das crianças por grau de escolaridade da mãe e do pai**

Nível de escolaridade dos pais	Mãe		Pai	
	n	%	n	%
1º Ciclo	19	10	35	17
2º Ciclo	52	26	65	32
3º Ciclo	50	25	51	25
Ensino Secundário	38	19	22	11
Ensino Superior	42	21	30	15
Total	201	101	203	100

Relativamente ao preenchimento do QADHPE-P verificou-se que este foi tendencialmente preenchido pelas mães (92%), identificando-se um número muito baixo de questionários preenchidos por pais (5%). Os restantes questionários (3%) foram preenchidos por familiares próximos (irmãos, avós ou por ambos os progenitores).

## 7 Procedimentos de construção dos questionários

Para a construção do Questionário a aplicar a educadores e a pais, num primeiro momento procedeu-se à recolha de um conjunto de escalas/inventários comportamentais com o objectivo de seleccionar aqueles que abrangiam na sua composição itens orientados para a avaliação da hiperactividade-impulsividade e défice de atenção.

De entre as escalas/inventários comportamentais analisados foram seleccionados os seguintes: a) *Caregiver-Teacher Report Form for Ages 1 ½-5* (C-TRF; Achenbach, 1997); b) *Child Behavior Checklist for Ages 1 ½-5* (CBCL/1 ½-5; Achenbach & Rescorla, 2000); c) *Rutter Parent Questionnaire* (Rutter, Tizard, & Whitmore, 1970); d) *Rutter Teacher Questionnaire* (Rutter, 1967); e) *The Preschool and Kindergarten Behavior Scales-Second Edition* (PKBS-2; Merrel, 2003); f) *Early Childhood Attention Deficit Disorders Evaluation Scale – Home Version* (ECADDES; McCarney, 1995); g) *Early Childhood Attention Deficit Disorders Evaluation Scale – School Version* (ECADDES; McCarney, 1995); h) Guia para Avaliação do Comportamento na Sessão de Teste com a WISC-III (GATSB; Psychological Corporation, 1993); e g) *ADHD Rating Scale* (DuPaul, 1990).

Partindo-se da identificação e selecção dos itens direccionados para a avaliação das dimensões Hiperactividade-Impulsividade e Défice de Atenção, procedeu-se à sua tradução, a qual foi revista por um especialista com formação em língua inglesa.

Posteriormente, agruparam-se os itens de acordo com as dimensões avaliadas, nomeadamente: Défice de Atenção, Hiperactividade-Impulsividade. Dentro de cada uma destas dimensões procedeu-se à comparação entre os itens provenientes das diferentes escalas de forma a eliminar os itens que se sobrepunham na avaliação de um determinado comportamento. Foram também retirados itens cujos conteúdos não se ajustavam às características da faixa etária pré-escolar.

Após a elaboração da lista inicial de itens, versão equivalente para educadores e para pais, foi solicitado a duas profissionais na área do pré-escolar a análise cuidadosa da terminologia utilizada de forma a adequá-la à avaliação de comportamentos de crianças em idade pré-escolar. Foi, igualmente, solicitado a duas profissionais da área da Psicologia a revisão crítica da lista de itens.

O passo seguinte consistiu no preenchimento do questionário por duas educadoras e dois pais. No final da aplicação foi solicitada a colocação de dúvidas relativas aos itens e foi realizado um afinamento da linguagem utilizada no sentido de torná-la mais compreensível.

No questionário destinado aos pais foram ainda incluídas questões para recolha de alguns dados pertinentes para a avaliação, relativos à criança e caracterização sociodemográfica da família.

Ao questionário assim criado atribuiu-se a designação de Questionário de Avaliação da Desatenção e Hiperactividade no Pré-escolar educadores/pais (QADHPE-E e QADHPE-P respectivamente).

O QADHPE é composto por três partes distintas, uma primeira onde é feita a contextualização da aplicação do questionário e são explicadas algumas normas de preenchimento. Na segunda parte são colocadas algumas questões de resposta directa relativas à caracterização do Jardim-de-infância e da criança, no QADHPE-E, e no QADHPE-P é solicitado um resumo dos dados biográficos dos pais e da criança. No QADHPE-E é ainda pedido às educadoras que identifiquem se o nível de rendimento escolar de cada criança é idêntico ao dos seus pares ou se situa num nível inferior ou superior.

A terceira parte é composta pelas instruções relativas à forma de preenchimento dos itens, e por um conjunto de 24 afirmações descritoras de comportamentos de desatenção, hiperactividade e impulsividade, às quais é solicitado ao avaliador que cote os comportamentos descritos com base numa escala tipo *Likert*, em que ao número 1 corresponde à resposta “nunca - a criança não manifesta o comportamento”, e ao número 5 a resposta “sempre - a criança manifesta constantemente o comportamento”. As 24 afirmações são equivalentes em ambas as versões.

No QADHPE-P foi ainda integrada uma quarta parte onde são solicitadas informações sobre a composição do agregado familiar, historial de doenças psiquiátricas na família, percurso clínico da mãe durante a gravidez e parto e história médica da criança.

## 8 Resultados

### 8.1 Estudos relativos à precisão

O conceito de precisão, quando aplicado ao estudo das qualidades psicométricas de um instrumento de avaliação, assume significados distintos, podendo referir-se à consistência dos resultados obtidos pelo mesmo sujeito numa aplicação única (consistência interna), ou à comparação entre os resultados obtidos em diferentes momentos (estabilidade temporal), ou por diferentes informadores (acordo entre avaliadores), ou ainda, quando se comparam os resultados obtidos através de conjuntos equivalentes de itens (formas equivalentes), ou noutras condições de avaliação (Anastasi & Urbina, 1997).

Na construção de um teste, por norma, os autores têm como objectivo fulcral atingir o nível mais elevado possível de consistência interna, uma vez que esta condição constitui um pré-requisito, embora não suficiente por si só, para a obtenção de uma validade elevada (Kline, 2000).

Relativamente ao estudo da precisão do QADHPE, serão apresentados nos dois pontos subsequentes os resultados obtidos ao nível da consistência interna e erro padrão de medida, e acordo entre informadores.

#### 8.1.1 Consistência interna e Erro Padrão da Medida

A consistência interna é definida por Nunnally (1978) como o conjunto de correlações entre os itens contidos num teste e refere-se ao grau em que diferentes partes do instrumento, aplicado num determinado momento, fornecem resultados consistentes entre si.

De entre os diferentes métodos utilizados para o cálculo da consistência interna o Coeficiente alfa de Cronbach é considerado por autores como Nunnally (1978) e Cronbach (1976) como sendo a medida mais eficiente de precisão e o melhor índice de consistência interna, uma vez que fornece uma boa estimativa da precisão, na maioria das situações, já que a principal fonte de erro da medida é devida à amostragem de conteúdo, erro este que este

método contorna. O coeficiente alfa é definido por Kline (2000) como sendo a correlação estimada entre o teste e um outro do mesmo tamanho, retirado do mesmo universo de itens.

Relativamente aos valores do coeficiente alfa, Kline (2000) defende o valor de .90 como sendo o ideal para a população clínica e adverte que o coeficiente de consistência interna de um bom teste não deverá ser inferior a .70. Field (2005) menciona que, consensualmente, a literatura aponta como valor aceitável um alfa que se situe entre .70 e .80.

O Erro Padrão de Medida (EPM) é muito útil na interpretação de resultados individuais, dado que, contrariamente à consistência interna, fornece um intervalo de erro associado a um resultado do teste, em redor do qual se situa o “resultado verdadeiro” (Merrel, 2002). Sendo o EPM uma medida que deriva da precisão de um teste, quanto maior for esta, menor será o EPM (Kline, 2000).

Foram calculados o coeficiente de consistência interna através do método alfa de Cronbach e o EPM, para o questionário preenchido por educadores e por pais.

**Tabela 6. Consistência interna e erro padrão de medida (EPM) para os resultados totais**

	<b>Coeficiente alfa de Cronbach</b>	<b>EPM</b>
QADHPE-E (n=276)	.976	2.68
QADHPE-P (n=203)	.945	3.40

Da análise da Tabela 6 depreende-se que o resultados dos questionários preenchidos pelos educadores apresentam uma consistência interna muito elevada, tendo-se obtido um valor de .976 para o coeficiente alfa de Cronbach. O valor do erro padrão de medida, para o QADHPE-E, pelo contrário, é relativamente reduzido (2.68), o que traduz um erro reduzido associado aos resultados totais.

A análise dos valores da consistência interna relativos ao QADHPE-P permite verificar que, embora os valores não sejam tão elevados quanto os do QADHPE-E, os resultados continuam a ser indicadores de uma consistência interna elevada, na medida em que o coeficiente do alfa de Cronbach é de .945. O valor do erro padrão de medida, para o questionário versão pais, embora ligeiramente superior ao da versão para educadores (3.40), continua a ser considerado relativamente reduzido, o que também traduz um erro reduzido associado aos resultados totais.

De forma a examinar o efeito de cada item na consistência interna do questionário e verificar qual a possibilidade de existir algum item cuja eliminação pudesse aumentar o valor da consistência interna procedeu-se à análise do impacto da retirada de itens sobre o coeficiente alfa, em ambas as versões do questionário. Estudou-se, igualmente, os valores das correlações item-total corrigidas, valores estes que nos dão uma medida do poder discriminativo dos itens e que não deverão ser inferiores a .30 (de acordo com Field, 2005; Pallant, 2005), ou, pelo menos, a .20 (como sugerem Floyd & Widaman, 1995). Se tal não acontecer, podemos inferir que o item avalia algo diferente daquilo que é avaliado pelo questionário como um todo (Pallant, 2005).

Tabela 7. Análise de itens – QADHPE-Educadores

Item	Correlação item-total corrigida	Coefficiente alfa com eliminação do item
1	.71	.976
2	.73	.975
3	.80	.975
4	.83	.975
5	.86	.975
6	.82	.975
7	.86	.975
8	.82	.975
9	.87	.974
10	.78	.975
11	.84	.975
12	.84	.975
13	.73	.975
14	.67	.976
15	.85	.975
16	.74	.975
17	.85	.975
18	.82	.975
19	.79	.975
20	.76	.975
21	.86	.975
22	.79	.975
23	.65	.976
24	.59	.976

Nota. Coeficiente *alfa de Cronbach* questionário – versão educadores = .976

Comparando o valor do alfa de Cronbach para os resultados totais dos QADHPE-E e os alfas de Cronbach obtidos se cada um dos itens fosse eliminado( cf. Tabela 7), conclui-se que, na medida em que as flutuações existentes no caso de eliminação de um item são

mínimas e resultam numa ligeira diminuição do valor do alfa total, não existiriam vantagens neste procedimento pelo que, de acordo com estes critérios, se opta por manter todos os itens.

Relativamente aos valores das correlações item-total corrigidas, observa-se que os valores destas correlações são considerados bons, na medida em que todos se situam acima do valor mínimo aceitável de .30, sendo, mesmo, todas elas superiores a .50 e, na sua maioria, com valores entre .70 e .90, o que traduz um questionário internamente muito consistente. A correlação mais elevada é obtida pelo item 9 (“Não se consegue concentrar durante muito tempo”) e a mais baixa pelo item 24 (“Quando não está ocupado(a) permanece algum tempo imóvel, parecendo estar a ‘sonhar acordado(a)’”). As correlações dos restantes 22 itens situam-se entre .65 e .86.

**Tabela 8. Análise de itens – QADHPE-Pais**

Item	Correlação item-total corrigida	Coefficiente alfa com eliminação do item
1	.56	.943
2	.60	.943
3	.60	.943
4	.58	.943
5	.68	.942
6	.63	.942
7	.79	.940
8	.61	.943
9	.72	.941
10	.61	.943
11	.61	.943
12	.71	.941
13	.56	.943
14	.56	.943
15	.69	.942
16	.54	.943
17	.73	.941
18	.62	.943
19	.66	.942
20	.57	.943
21	.78	.940
22	.69	.942
23	.63	.942
24	.39	.945

Nota. Coeficiente alfa de Cronbach questionário – versão pais = .945

No que diz respeito à versão do questionário administrada aos pais e tendo em consideração os valores que o alfa de Cronbach apresentaria, caso individualmente cada um

dos itens fosse eliminado (cf. Tabela 8), verifica-se que não existiria aumento do valor de alfa com a eliminação de qualquer um dos itens, pelo que se depreende não existir, deste ponto de vista, vantagem na eliminação de qualquer um dos itens que constituem esta escala. No que concerne aos valores das correlações item-total corrigidas, podemos verificar que estas são boas, uma vez que todos os valores são superiores a .30. De salientar que a correlação item-escala mais elevada é a do item 7 (“Não ouve ou não segue indicações verbais por falta de atenção”) e a mais baixa a do item 24 (“Quando não está ocupado(a) permanece algum tempo imóvel, parecendo estar a ‘sonhar acordado(a)’”). As correlações dos restantes 22 itens situam-se entre os valores .54 e .78, sendo no geral, mais baixas do que as verificadas para o QAAHOE-E.

### 8.1.2 Acordo entre informadores

O coeficiente de Pearson é uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas, cujo valor varia entre -1 e +1. Um coeficiente de 1 indica que as duas variáveis têm uma correlação positiva perfeita, logo, quando o valor de uma variável aumenta, o valor da outra aumenta numa medida proporcional. Quando o valor é -1 o coeficiente indica que existe uma relação linear negativa perfeita verificando-se que se o valor de uma variável aumenta o valor da outra diminui em média de forma proporcional (Field, 2005; Pestana & Gageiro, 2005). Um coeficiente de 0 significa que não existe relação linear entre as variáveis, o que implica que, se ocorrer uma alteração no valor de uma variável a outra permanece igual.

No sentido de avaliar o parâmetro Acordo entre Informadores foram calculados os coeficientes de correlação de *Pearson* entre os resultados totais QADHPE-E e do QADHPE-P. Procedeu-se também ao cálculo do teste *t* de Student, para amostras emparelhadas, relativas aos resultados totais das duas versões do questionário.

No que diz respeito aos coeficientes de correlação de Pearson, verifica-se que o resultado obtido, no que concerne à pontuação total é estatisticamente significativo ( $p < .01$ ) com associação linear moderada de .45, indicando que quando a pontuação total do QADHPE-E aumenta, a pontuação total do QADHPE-P também aumenta. O coeficiente de determinação indica que cerca de 20% da variação de uma variável é explicada pela outra variável.

Relativamente aos resultados do teste *t*, tal como se pode ver na Tabela 9, este identificou existir uma diferença significativa entre as pontuações médias atribuídas por educadores e por pais no questionário, com os educadores a atribuírem pontuações mais baixas ( $X = 50.77$ ,  $dp = 18.76$ ) do que os pais ( $X = 55.74$ ,  $dp = 15.18$ ;  $t(198) = -3.9$ ,  $p < .01$ ), indicadoras de menos problemas.

**Tabela 9. Comparação de valores médios do resultado total no QADHPE entre educadores e pais**

Pontuações totais QADHPE	n	média	Desvio-padrão	t
Educadores	276	50.89	18.94	-3.9**
Pais	199	55.74	15.18	

\*\* $p < .01$

### 8.1.3 Síntese dos resultados relativos à precisão

Com base nos vários estudos realizados poderemos concluir que os resultados obtidos ao nível da consistência interna do QADHPE- E são muito satisfatórios, uma vez que o valor de .976 identificado é muito elevado, ultrapassando o limiar mínimo de consistência interna recomendado pela literatura (.80). O QADHPE-P, embora possua um coeficiente alfa mais baixo (.945) preenche igualmente os critérios definidos na literatura sendo, por esse motivo, também considerado como muito satisfatório. Das análises efectuadas quanto à possibilidade de eliminação de algum item, com o objectivo de aumentar a consistência interna, evidenciase que as oscilações nos valores de alfa, caso os vários itens fossem retirados, seriam inexistentes ou mínimas em ambas as versões do QADHPE, o que reforça a elevada consistência interna das mesmas.

Da análise dos valores obtidos no cálculo das correlações item-escala verifica-se que estas são bastante satisfatórias, todas elas com valores situados entre .50 e .90, pelo que se conclui que cada um dos itens avalia algo igual ao que é avaliado pelo questionário no seu todo. No questionário respondido por pais os valores, embora ainda elevados, são um pouco mais baixos do que no preenchido por educadores.

Os valores obtidos para o erro padrão de medida são reduzidos (2.68 para o QADHPE-E e 3.40 para o QADHPE-P) o que traduz um erro reduzido associado aos resultados totais.

O resultado do acordo entre informadores, obtido através do estudo do coeficiente de Pearson e do teste *t* de Student para amostras emparelhadas, indica que existe uma correlação

moderada ( $r=.45$ ) entre a versão do QADHPE para educadores e a versão para pais. Relativamente aos resultados do teste t verificamos que a média da pontuação total do QADHPE-E é estatisticamente mais baixa que a média obtida no QADHPE-P.

## 8.2 Estudos relativos à validade

A validade é, segundo Kaplan e Saccuzzo (1997), a medida de concordância entre a pontuação de um teste e o atributo que se acredita que este mede. Neste sentido, de acordo com Anastasi e Urbina (1997), o conceito de validade tem uma dupla significação uma vez que integra uma dimensão referente à medida em que os valores no teste estão a avaliar aquilo que se pretende medir, e uma outra referente ao conhecimento que possuímos daquilo que o teste está a medir. Este segundo sentido aponta para a necessidade de, antes de sabermos se o teste mede aquilo que se pretende, sabermos o que é que efectivamente ele avalia.

De acordo com o boletim *Standards for Educational and Psychological Testing* (Kaplan & Saccuzzo, 1997), a validade é definida como sendo a evidência relativa à justeza das inferências elaboradas acerca da pontuação dos testes. Neste sentido, a validade não é um atributo inerente a um teste, mas sim o grau em que é razoável usar o resultado do teste para um fim particular ou uma determinada inferência (Suen, 1990). Com base na pontuação de um teste podem ser elaboradas várias apreciações (Foster & Cone, 1995), nomeadamente: se o teste parece válido aos sujeitos a quem se destina – validade facial; se o teste foi construído com base em estímulos que conduzam a respostas relevantes para o constructo em estudo – validade de conteúdo; se as respostas aos estímulos do teste estão relacionadas com outro tipo de respostas, quer disponíveis concorrentialmente ou disponíveis posteriormente no futuro – validade referenciada a critério externo (concorrente ou preditiva, respectivamente); se existe consonância entre os resultados de um teste e o constructo teórico que lhe está subjacente – validade de constructo; e se as previsões efectuadas com base nas pontuações são uma mais-valia para o processo de tomada de decisão – validade de diagnóstico (Foster & Cone, 1995).

### **8.2.1 Validade de conteúdo**

De acordo com Nunnally (1978) um instrumento de avaliação deve por si próprio revelar-se uma medida adequada daquilo que pretende medir. Neste caso, através do estudo de validade de conteúdo pretende-se obter um conjunto de informação que permita demonstrar que o conteúdo dos itens do questionário reflecte os construtos atenção e actividade.

De forma a analisar a validade de constructo do QADHPE são recordados os procedimentos do desenvolvimento e selecção dos itens para o questionário (ponto 7) e feita uma referência sucinta aos resultados referentes às correlações entre cada item e os totais do QADHPE (ponto 8.1.1).

Relativamente ao desenvolvimento e inclusão dos itens, de recordar que estes foram escolhidos tendo por base os critérios de diagnóstico do DSM-IV-R para a PH/DA e vários questionários de comportamento que integram escalas específicas para a avaliação de comportamentos inerentes aos constructos em análise no QADHPE. Os itens seleccionados foram posteriormente apresentados a profissionais a trabalhar com crianças em idade pré-escolar e a pais de crianças em idade pré-escolar, no sentido de avaliar a relevância da sua inclusão e a sua adequação à população seleccionada (crianças com 5 anos de idade). Estes procedimentos tiveram por objectivo garantir que todos os itens do QADHPE eram relevantes para o domínio a avaliar.

Da análise da consistência interna do QADHPE efectuada aquando dos estudos relativos à precisão, salienta-se que os valores das correlações item-escala são todos eles moderados a elevados, permitindo concluir que os itens incluídos nesta escala, provavelmente avaliam todos eles o domínio comportamental que se pretende estudar.

### **8.2.2 Validade de construto: Análise factorial**

A validade de construto de um teste é a dimensão em que se pode dizer que um teste mede um constructo teórico ou um traço (Anastasi & Urbina, 1997), sendo que as pontuações nele obtidas constituem um indicador do constructo teórico que lhe está subjacente (Suen, 1990). Assim, ao proceder-se à validação de constructo está a tentar dar-se resposta à

pergunta sobre que qualidades psicológicas ou que constructos um teste mede (Kaplan & Saccuzzo, 1997). A construção de um teste válido exige múltiplos procedimentos, a realizar sequencialmente em diferentes estádios da construção dos testes e requer a acumulação de informação a partir de várias fontes (Anastasi e Urbina, 1997).

A análise factorial reporta-se a um conjunto de procedimentos matemáticos destinados a analisar as interrelações possíveis entre um conjunto de variáveis. Tem por objectivo simplificar a descrição do comportamento reduzindo o número de categorias, a partir de uma multiplicidade inicial de variáveis de um teste para um pequeno número de factores comuns (Anastasi e Urbina, 1997). Estes factores constituem a estrutura interna do constructo a ser estudado (Suen, 1990).

Cada factor é revelado por um conjunto de itens que apresentam entre si correlações mais elevadas do que com itens não incluídos no conjunto. As correlações identificadas são tidas como representando a validade factorial das medidas. O número de factores encontrados e o modo como os dados se agrupam em cada um deles deve estar de acordo com o que é esperado em função do modelo teórico que fundamenta o teste.

Para decidir, de entre os numerosos factores extraídos, quais aqueles que devem ser retidos, são usualmente utilizados dois critérios: o de Kaiser, que consiste em reter factores cujos *eigenvalue* sejam superior a 1; e o *Scree Test*, o qual dispensa os factores a partir do ponto em que a proporção de variância explicada pelos sucessivos factores se torna estável. Através deste último método é retido um menor número de factores (Suen, 1990).

Com a intenção de avaliar a validade de constructo do QADHPE foram adoptados procedimentos de análise factorial exploratória. Este tipo de análise factorial distingue-se da análise factorial confirmatória uma vez que, ao não ter por objectivo a verificação de hipóteses, pode ter por base a intuição ou uma simples questão aberta acerca do número e tipo de factores que poderão derivar de um conjunto de variáveis (Floyd & Widaman, 1995).

No que diz respeito ao tamanho da amostra foram tomadas em consideração as indicações de Pestana e Gageiro (2005) que consideram que o mínimo de respostas válidas (N) por variável (K) não deverá ser inferior a  $N=5 \times K$ , para um número de variáveis superior a 15, e de Kass e Tinsley (1979) que recomendam um número de 5 a 10 participantes por variável até um total de 300. Conclui-se que as 276 crianças incluídas na amostra satisfazem estes pressupostos relativos à dimensão da amostra, uma vez que  $276 > 120$  ( $5 \times 24$ ) e  $276 > 240$  ( $10 \times 24$ ), respectivamente.

### 8.2.2.1 QADHPE-E

Relativamente à versão do questionário destinada a educadores efectuou-se uma análise em componentes principais, utilizando-se como método para decidir quantos factores reter o critério de Kaiser, que propõe que sejam retidos os componentes com valores próprios (*eigenvalues*) superiores à unidade.

Da análise efectuada conclui-se que a matriz de intercorrelações dos 24 itens que compõem o QADHPE-E é significativamente diferente de uma matriz de identidade (o teste de esfericidade de Bartlett fornece um  $\chi^2 = 7006.80$ ,  $p < .01$ , g.l.=276) e a amostragem é suficientemente adequada (a medida de Kaiser-Meyer-Olkin é de .97 para o conjunto de 24 variáveis, ultrapassando o limite mínimo recomendado por Field (2005) de .60 (cf. Tabela 10).

**Tabela 10. Resultados KMO e Teste de esfericidade de Bartlett do QADHPE-E**

	KMO	Esfericidade		
		$\chi^2$	gl	p
QADHPE-E	.97	7006.8	276	.000**

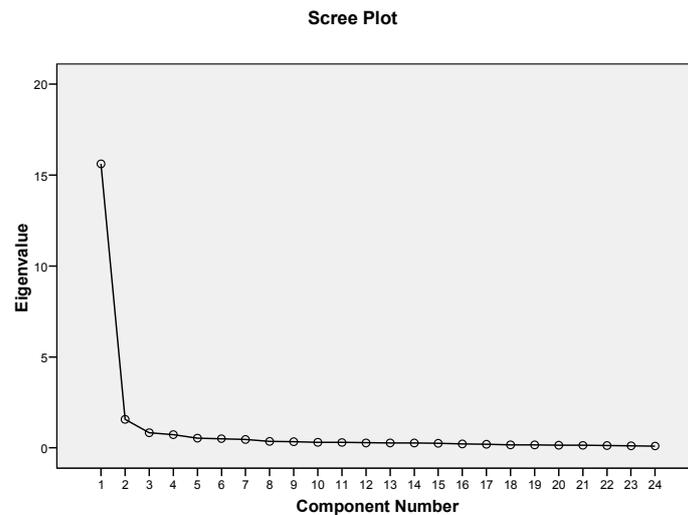
\*\*p<.01

Num primeiro momento, com base no critério de *Kaiser*, analisou-se o número de factores a reter com *eigenvalues* superiores a 1. De acordo com este critério seriam retidos 2 componentes, que explicariam 72% da variância (cf. Tabela 11).

**Tabela 11. Variância total explicada do QADHPE-E**

componente	Eigenvalues Iniciais		
	Total	% Variância	% Cumulativa
1	15.62	65	65
2	1.57	7	72

A opção de reter apenas dois factores é consistente com a inflexão do *scree plot*, que sugere o mesmo número de factores a reter (Figura 1).



**Figura 1. Scree plot para o QADHPE-E**

No que concerne às saturações nos factores, Floyd e Widaman (1995) indicam que, na análise exploratória, saturações que excedam .30 ou .40 são aceitáveis e factores com saturação muito reduzida não são interpretáveis.

Após a extracção dos factores, e de forma a obter uma solução mais facilmente interpretável, sem alterar as propriedades matemáticas de base, procedeu-se à rotação ortogonal dos factores, com o recurso ao método de rotação *Varimax*, no qual cada factor tende a saturar alto num pequeno número de itens e baixo ou muito baixo nos outros itens (Stevens, 1986).

Na Tabela 12 encontram-se os resultados da análise em componentes principais, seguida de rotação *varimax*, com a indicação da saturação factorial nos dois factores, comunicações e percentagens da variância total e da variância comum explicadas por cada um dos factores.

A análise desta Tabela permite identificar que o valor médio das comunicações é igual a .71, o que representa uma proporção bastante elevada da variância de cada variável que pode ser explicada pelo conjunto dos dois factores. Com base nos dados da Tabela 12 identificamos que o primeiro factor apresenta pesos factoriais elevados dos itens 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 17, 18, 19, 21, 23 e 24 e explica 38% da variância total. O segundo factor, com pesos factoriais elevados dos itens 1, 6, 11, 13, 15, 16, 19, 20 e 22, explica 33% da variância total. Relativamente à percentagem de variância comum explicada por cada um dos factores verificamos que o factor I explica 54% e enquanto o factor II explica 46%.

**Tabela 12. Análise factorial seguida de rotação varimax do QADHPE-E**

Item	Factor I	Factor II	Comunalidade
1	.22	.85	.77
2	.74	.31	.64
3	.62	.54	.68
4	.70	.48	.73
5	.78	.44	.80
6	.44	.77	.77
7	.67	.57	.77
8	.64	.55	.71
9	.74	.50	.80
10	.84	.27	.78
11	.48	.74	.78
12	.67	.54	.74
13	.35	.73	.65
14	.64	.33	.52
15	.49	.74	.78
16	.32	.78	.71
17	.80	.41	.81
18	.82	.34	.79
19	.56	.57	.64
20	.30	.83	.78
21	.78	.44	.80
22	.37	.80	.77
23	.57	.38	.46
24	.71	.14	.52
% variância total	38%	33%	
% variância comum	54%	46%	

<sup>(1)</sup> As saturações com interesse para a interpretação (valores superiores a .40) são apresentadas em itálico

Assim, tendo em consideração a análise de conteúdo dos itens, designamos o primeiro factor de “Atenção” e o segundo de “Actividade”. Adicionalmente, salientamos que todas as comunalidades são elevadas, o que demonstra que os factores retidos são apropriados para descrever a estrutura correlacional latente entre os itens. É de notar que o item 19 satura de forma idêntica nos dois factores, reflectindo o facto de que a pontuação obtida neste item poder ser explicada em simultâneo pela atenção e pela actividade.

### 8.2.2.2 QADHPE-P

No que diz respeito à análise factorial do QADHPE versão pais, realizada através do método de componentes principais, verifica-se que a matriz de intercorrelações dos 24 itens que compõem esta versão do questionário é significativamente diferente de uma matriz de identidade (o teste de esfericidade de Bartlett fornece um  $\chi^2 = 2687.49$ ,  $p < .01$ , g.l.=276) e a

amostragem é suficientemente adequada (a medida de Kaiser-Meyer-Olkin é de .94 para o conjunto de 24 variáveis) (cf. Tabela 13).

**Tabela 13. Resultados KMO e Teste de esfericidade de Bartlett do QADHPE-P**

	KMO	Esfericidade		
		$\chi^2$	gl	p
<b>QADHPE-P</b>	.94	2687.49	276	.000**

\*\*p<.01

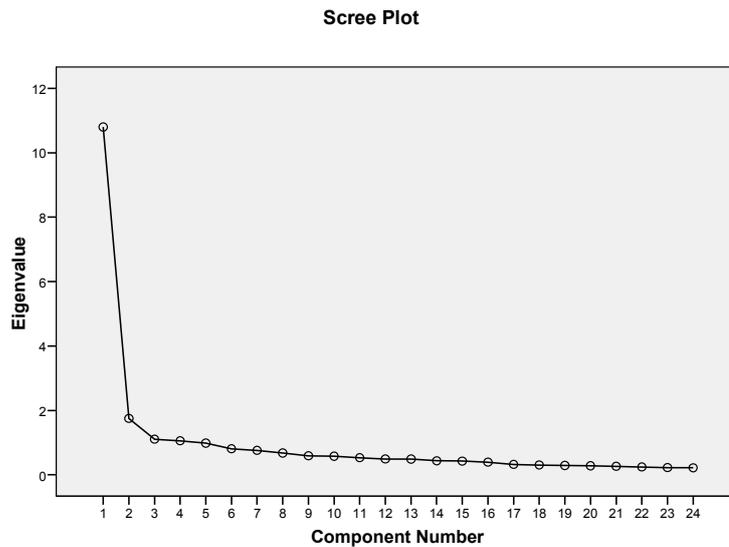
Num primeiro momento, com base no critério de *Kaiser*, analisou-se o número de factores a reter com *eigenvalues* superiores a 1. De acordo com este critério seriam retidos 4 componentes, que explicariam 61% da variância (cf. Tabela 14).

**Tabela 14. Variância total explicada: QADHPE-P**

Componente	Eigenvalues Iniciais		
	Total	% Variância	% Cumulativa
1	10.80	45	45
2	1.75	7	52
3	1.11	5	57
4	1.06	4	61

Como se observa na Tabela 14, os dois primeiros componentes são responsáveis por mais de metade da variância explicada, com base no critério de retenção *eigenvalues* iguais ou superiores a 1, o que reforça a ideia de que o número de componentes a reter com base no critério de *Kaiser* será excessivo. Por outro lado, os valores dos dois *eigenvalues* correspondentes aos dois primeiros componentes são superiores a 1.70 e a partir do terceiro componente os *eigenvalues* apresentam valores próximos de 1. Estes dados são consistentes com a inflexão do *scree plot* de Cattell identificada (Figura 2).

Tendo em consideração que na análise do *scree plot* os factores a reter serão aqueles que se situam acima do ponto de inflexão da curva, identificámos que o número de factores a reter seria inferior ao número a reter de acordo com o critério Keiser. Uma vez que Field (2005) refere que com amostras de mais de 200 sujeitos, o *scree plot* fornece um critério preciso de decisão quanto ao número de factores a reter, da análise do ponto de inflexão da curva do *scree plot*, torna-se mais clara a adequação de decisão de reter somente dois factores.



**Figura 2. Scree plot para o QADHPE-P**

Os dados da análise da matriz de componentes antes da rotação são consistentes com os dados que apontam para a retenção de dois factores, uma vez que a análise das saturações dos itens com valores superiores a .30 permite identificar que a maioria apresenta saturações mais elevadas nos dois primeiros factores. Evidencia-se que nenhum dos itens satura isoladamente nos factores III ou IV. Com base nestes resultados e igualmente na recomendação de Achenbach (1991) de não reter factores com menos de 6 variáveis comuns, é recomendável optar pela retenção de apenas 2 factores, uma vez que no factor III saturam apenas 5 itens (4,13,14,19, e 23) e no factor IV somente saturam 3 (8, 16 e 24).

Após a extracção dos factores forçando um número de 2, procedeu-se à análise dos componentes principais, com uma solução ortogonal pelo método de rotação *varimax*. Na tabela 15 encontram-se os resultados da análise em componentes principais, seguida de rotação *varimax*, com a indicação da saturação factorial nos dois factores, comunalidades e percentagens da variância total e da variância comum explicadas por cada um dos factores.

A análise desta tabela permite identificar que o valor médio das comunalidades é igual a .52, o que representa uma proporção bastante elevada da variância de cada variável que pode ser explicada pelo conjunto dos dois factores. A contribuição proporcional de cada factor para a variância total, após rotação é, respectivamente, igual a 27 e 25%, enquanto as percentagens correspondentes à variância comum explicada são iguais a 52 e 49% respectivamente.

**Tabela 15. Análise factorial seguida de rotação *varimax* QADHPE-P**

Item	Factor I <sup>(1)</sup>	Factor II <sup>(1)</sup>	Comunalidades
1	.07	.77	.60
2	.71	.19	.54
3	.66	.24	.49
4	.50	.37	.39
5	.72	.27	.59
6	.34	.61	.49
7	.62	.53	.67
8	.49	.43	.42
9	.45	.62	.59
10	.75	.46	.60
11	.15	.78	.63
12	.47	.59	.57
13	.20	.65	.46
14	.65	.20	.46
15	.38	.65	.56
16	.34	.47	.34
17	.64	.44	.60
18	.65	.28	.50
19	.53	.47	.49
20	.23	.63	.45
21	.65	.50	.68
22	.23	.80	.69
23	.61	.34	.48
24	.54	.05	.29
% variância total	27	25	
% variância comum	52	49	

<sup>(1)</sup> As saturações com interesse para a interpretação (valores superiores a .40) são apresentadas em itálico

Com base nas recomendações de Tabachnick e Field (2001), da análise das matrizes de componentes rodadas para saturações superiores a .30, denota-se que, apesar de alguns itens saturarem em mais de um factor, a maioria apresenta uma saturação substancialmente mais elevada num dos factores. Assim identifica-se que o primeiro factor apresenta pesos factoriais elevados dos itens 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 14, 17, 18, 19, 21, 23 e 24 e o segundo factor apresenta pesos factoriais elevados dos itens 1, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 19, 20 e 22.

De acordo com a análise conjugada das versões do QADHPE para educadores e para pais, e de forma a facilitar a sua interpretação, agrupamos os itens em função das saturações mais elevadas num determinado factor no conjunto dos dois questionários (Tabela 16).

De acordo com os dados da tabela 16 identificamos que dos 16 itens que saturaram no factor Atenção, 13 apresentam saturações mais elevadas no questionário versão educadores e 3 no questionário versão pais, sendo que as diferenças mais significativas ocorrem no item 4, 9, 12, 18, e 24. No que se refere às saturações no factor Actividade estas são mais elevadas,

com excepção dos itens 11 e 22, na versão preenchida pelos educadores em comparação com a preenchida pelos pais. Relativamente à discrepância entre informadores é de referir que o item 16 apresenta uma saturação muito superior no QADHPE-E (.78) que no QADHPE-P (.47), o mesmo acontecendo para o item 20 (com saturações iguais a .83 e a .63, para a versão educadores e para a versão pais, respectivamente).

**Tabela 16. Agrupamento dos itens por factor de acordo com as saturações no questionário versão pais e versão educadores**

Item	Factor	Factor	Factor	Factor
	Atenção Educadores (I)	Atenção Pais (I)	Actividade Educadores (II)	Actividade Pais (II)
1. É demasiado activo(a), incansável	--	--	.85	.77
2. 'Desliga-se' facilmente da tarefa ficando perdido(a) nos seus pensamentos.	.74	.71	--	--
3. Realiza as actividades demasiado depressa com pouca ou nenhuma qualidade ou correcção.	.62	.66	--	--
4. Parece não escutar mesmo quando se fala directamente com ele(a).	.70	.50	--	--
5. Tem mais dificuldade do que as outras crianças em manter a atenção durante a realização de tarefas dirigidas/orientadas.	.78	.72	--	--
6. Age de forma impulsiva sem pensar.	--	--	.77	.61
7. Não ouve ou não segue indicações verbais por falta de atenção.	.67	.62	--	--
8. Inicia as tarefas sem ouvir as explicações até ao final.	.64	.49	--	--
9. Não se consegue concentrar durante muito tempo.	.74	.45	(.50)	(.62)
10. Tem mais dificuldade em organizar as suas tarefas e actividade do que as outras crianças.	.84	.75	--	--
11. Parece ter dificuldade em permanecer sentado(a) e quieto(a) por um período de tempo razoável.	--	--	.74	.78
12. Durante a realização de uma actividade distrai-se facilmente com estímulos pouco importantes.	.67	.47	(.59)	(.54)
13. Interrompe e intromete-se nas actividades das outras crianças.	--	--	.73	.65
14. Evita e mostra desagrado perante as tarefas que requerem manter o esforço.	.64	.65	--	--
15. Tem dificuldade em seguir instruções devido à sua actividade excessiva.	--	--	.74	.65
16. Precipita-se e dá as respostas antes das perguntas serem concluídas.	--	--	.78	.47
17. Não termina as actividades que começa.	.80	.64	--	--
18. Precisa que as indicações ou as perguntas sejam repetidas várias vezes.	.82	.65	--	--
19. Muda frequentemente de uma actividade para outra, sem terminar a anterior.	(.56)	(.53)	.57	.47
20. Não presta atenção suficiente aos pormenores, cometendo muitos erros nas tarefas propostas.	--	--	.83	.63
21. Tem dificuldade em manter a atenção quando realiza qualquer actividade.	.78	.65	--	--
22. Salta ou corre excessivamente em situações inapropriadas.	--	--	.80	.80
23. Não consegue esperar pela sua vez.	.57	.61	--	--
24. Quando não está ocupado(a) permanece algum tempo imóvel, parecendo estar a 'sonhar acordado(a)'.	.71	.54	--	--

De referir que o item 9 (“Não se consegue concentrar durante muito tempo”) e o item 12 (“Durante a realização de uma actividade distrai-se facilmente com estímulos pouco importantes”) apresentam saturações elevadas em ambos os factores (cf. Tabela 16). Porém, do ponto de vista teórico/conceptual faz mais sentido incluí-los no factor I (Atenção). Já o item 19 (“Muda frequentemente de uma actividade para outra, sem terminar a anterior”) obteve igualmente saturações elevadas em ambos os factores. Contudo, do ponto de vista teórico/conceptual fará mais sentido integrar este item no factor II (Actividade).

### 8.2.2.3 Análise da precisão dos factores Atenção e Actividade

No que se refere à consistência interna dos factores, esta foi calculada através do recurso ao método *alfa de Cronbach*, sendo a análise complementada com o estudo do EPM (Kaplan & Saccuzzo, 1997; Kline, 2000).

Com o objectivo de avaliar o parâmetro acordo entre informadores para os factores Atenção e Actividade, em ambas as versões do QADHPE, foram calculados coeficientes de correlação de Pearson e o teste *t* de Student para amostras emparelhadas foi usado para comparar as médias das pontuações atribuídas por ambos os informadores.

#### *Factor Atenção*

No que concerne à análise da consistência interna do factor Atenção, do QADHPE-E (cf. tabela 17), depreende-se que os resultados deste factor apresentam uma consistência interna muito elevada, tendo-se obtido um valor de .967 para o coeficiente alfa de Cronbach. O valor do EPM, para o QADHPE-E, pelo contrário, é relativamente reduzido (2.05), o que traduz um erro reduzido associado aos resultados totais. Relativamente à análise dos valores da consistência interna relativos ao QADHPE-P verificamos que os valores referentes ao factor Atenção são mais baixos do que na versão educadores. Contudo, o valor de .926 para o alfa de Cronbach continua a ser indicador de uma consistência interna elevada. O valor do EPM para o factor Atenção – pais é relativamente reduzido, apresentando um valor de 3.30.

**Tabela 17. Consistência interna e erro padrão de medida (EPM) para o factor Atenção: QADHPE-E e QADHPE-P**

		<b>Educadores (n=276 )</b>	<b>Pais (n=200 )</b>
<b>Alfa de Cronbach</b>	Factor Atenção	.967	.926
<b>EPM</b>	Factor Atenção	2.05	3.30

Relativamente ao acordo entre informadores verifica-se que a correlação obtida, no que concerne à pontuação no factor Atenção é estatisticamente significativa ( $p < .01$ ) traduzindo uma associação moderada de .46, que indica que, em média, quando a pontuação

do factor Atenção do QADHPE versão educadores aumenta, a pontuação do factor atenção do QADHPE versão pais também aumenta. O coeficiente de determinação indica que 21% da variação de uma variável é explicada pela outra variável.

Relativamente ao resultado do teste *t*, este indicou existir uma diferença estatisticamente significativa entre as pontuações atribuídas por pais e educadores, com os educadores a atribuírem cotações mais baixas ( $X= 31.59$ ,  $dp=12.15$ ) do que os pais ( $X= 33.26$ ,  $dp=9.62$ ;  $t(199)= -2.06$ ,  $p= .04$ ), indicadoras de menos problemas (cf. Tabela 18).

**Tabela 18. Comparação dos valores médios dos resultados no factor Atenção do QADHPE: educadores / pais**

Total QADHPE	n	média	Desvio-padrão	t
Educadores	200	31.59	12.15	
Pais	200	33.26	9.62	-2.06*

\*  $p<0.05$

### **Factor Actividade**

Os valores de consistência interna referentes ao factor Actividade, na versão educadores, apesar de um pouco inferiores aos do factor Atenção, continuam a indicar uma consistência interna muito elevada na medida em que o valor do coeficiente alfa é de .952. O valor de 1.67 referente ao EPM apresenta um valor baixo constituindo-se, igualmente como um indicador de uma boa consistência interna deste factor (Tabela 19).

No que diz respeito aos valores de consistência interna do factor Actividade – versão pais, estes indicam que esta é boa (alfa de Cronbach igual a .879). O valor de 2.25 para o EPM indica que a margem de erro é reduzida.

**Tabela 19. Consistência interna e erro padrão de medida (EPM) para o factor Actividade: QADHPE-E e QADHPE-P**

		Educadores (n= 276)	Pais (n=200 )
<b>Alfa de Cronbach</b>	Factor Actividade	.952	.879
<b>EPM</b>	Factor Actividade	1.67	2.25

No que concerne ao acordo entre avaliadores para o factor Actividade verifica-se que o resultado obtido, embora inferior ao valor alcançado no factor Atenção, é estatisticamente significativo ( $p < .01$ ) com associação linear moderada de .42, o que indica que, em média, quando a pontuação do factor Actividade do QADHPE-E aumenta, a pontuação do factor Actividade do QADHPE-P também aumenta. O coeficiente de determinação indica que 17% da variação de uma variável é explicada pela outra variável.

Relativamente ao resultado do teste  $t$ , este indicou não existir uma diferença estatisticamente significativa entre as cotações atribuídas pelos educadores ( $X= 19.15$ ,  $dp=7.44$ ) e pelos pais ( $X= 20.1$ ,  $dp=5.95$ ;  $t(199) = -1.82$ ,  $p=.070$ ) (cf. Tabela 20).

**Tabela 20. Comparação dos valores médios dos resultados no factor Atenção do QADHPE: educadores / pais**

Totais QADHPE	n	média	Desvio-padrão	t
Educadores	200	19.15	7.44	-1,82
Pais	200	20.10	5.95	

#### 8.2.2.4 Conclusões dos estudos de análise factorial

De acordo com o critério de Kaiser e com o *scree-plot*, a estrutura factorial dos resultados do QADHPE – versão educadores é explicada por dois factores latentes. Concluiu-se que no primeiro factor, que denominamos de Atenção e que explica 38% da variância total explicada, apresentam saturações elevadas os seguintes 15 itens: 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 17, 18, 21, 23 e 24. Relativamente ao segundo factor, que explicam 33% da variância total, nele apresentam saturações elevadas os 9 itens restantes, a saber: 1, 6, 11, 13, 15, 16, 19, 20 e 22. De salientar que o item 19 (“Muda frequentemente de uma actividade para a outra, sem terminar a anterior”) apresenta peso factorial muito idêntico em ambos os factores o que significa que, embora do ponto teórico/conceptual faça mais sentido integrá-lo no factor Actividade, este poderá ser explicado parcialmente pelo nível de Atenção da criança.

Adicionalmente, todas as comunalidades são elevadas, demonstrando que os dois factores retidos são apropriados para descrever a estrutura correlacional latente entre os diversos itens.

No que concerne ao QADHPE-P, os resultados obtidos não foram tão claros uma vez que, de acordo com o critério de Kaiser, o número de factores a reter seria 4, enquanto de acordo com o *scree plot* apenas se reteriam 2 factores. Tendo em consideração a estrutura factorial obtida na análise realizada ao QADHPE versão educadores, que é idêntica ao nível dos itens, a análise dos *eigenvalues* de cada um dos factores identificados, a inflexão da curva do *scree plot*, e a recomendação de Achenbach (1991), que defende a retenção apenas de factores que apresentem 6 variáveis comuns com pesos factoriais acima de .30, optou-se pela retenção de apenas 2 factores. Assim conclui-se que o primeiro factor apresenta pesos factoriais elevados em 14 dos itens, nomeadamente: 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 14, 17, 18, 21, 23 e 24 e explica 27% da variância total. O segundo factor apresenta pesos factoriais elevados dos itens 1, 6, 9, 11, 13, 15, 16, 19, 20 e 22 e explica 25% da variância total. As comunalidades desta versão do questionário, embora inferiores às do questionário dos educadores, apresentam valores que permitem concluir que os dois factores retidos são apropriados para descrever a estrutura correlacional latente entre os diversos itens.

Comparando as estruturas factoriais de ambas as versões verifica-se que todos os itens, à excepção do item 9 (“Não se consegue concentrar durante muito tempo”) possuem pesos factoriais mais elevados no mesmo factor. Relativamente ao item 9 verifica-se que no questionário dos educadores este possui um peso superior no factor Atenção enquanto na versão pais possui um peso factorial superior no factor Actividade. Com base nestes dados podemos depreender que pais e educadores possuem uma opinião um pouco divergente sobre o constructo avaliado por este item, pelo que se poderá ponderar uma possível clarificação da linguagem utilizada na descrição do comportamento em questão. Porém, dado o conteúdo do item e numa tentativa de uniformizar a estrutura de ambos os questionários, decidiu-se incluir este item no factor Atenção em ambas as versões. Assim, em todas as análises subsequentes considerou-se a seguinte estrutura factorial:

Factor 1 (Atenção, 15 itens): 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 17, 18, 21, 23 e 24

Factor 2 (Actividade, 9 itens): 1, 6, 11, 13, 15, 16, 19, 20 e 22.

### 8.3 Dados Normativos

Os dados normativos relativamente à amostra comunitária, em função do género, para o QADHPE-E e para o QADHPE-P são apresentados nas tabelas 21 e 22 respectivamente.

**Tabela 21. Dados Normativos Amostra Comunitária QADHPE-E**

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Resultado Total						
Amostra total (n=276)	50.89	18.95	24	115		
Rapazes (n=154)	54.44	19.61	24	102	3.567	.103
Raparigas (n=122)	46.42	17.14	24	115		
Factor Atenção						
Amostra total (n=276)	31.78	12.10	15	72		
Rapazes (n=154)	33.86	12.29	15	62	3.28*	.001
Raparigas (n=122)	29.13	11.37	15	72		
Factor Actividade						
Amostra total (n=276)	19.13	7.64	9	43		
Rapazes (n=154)	20.58	8	9	41	3.62*	.037
Raparigas (n=122)	17.30	6.75	9	43		

\*p&lt;0.05

De acordo com a análise dos dados da tabela 21 é possível identificar que a pontuação média dos rapazes, na escala total e nos factores do QADHPE-E, é mais elevada do que a obtida pelas raparigas. Com base no cálculo do teste *t* de student para amostras independentes, conclui-se que as diferenças entre médias são estatisticamente significativas para o factor Actividade ( $t(274)=3.28$ ,  $p=.001$ ) e para o factor Actividade ( $t(274)=3.62$ ,  $p=.037$ ).

**Tabela 22. Dados Normativos Amostra Comunitária QADHPE-P**

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Resultado Total						
Amostra total (n=199)	55.74	15.19	27	105		
Rapazes (n=110)	59.20	15.61	27	105	3.68	.106
Raparigas (n=89)	51.47	13.55	27	90		
Factor Atenção						
Amostra total (n=200)	33.26	9.63	16	66		
Rapazes (n=111)	35.11	9.94	16	66	3.09	.191
Raparigas (n=89)	30.96	8.73	16	55		
Factor Actividade						
Amostra total (n=200)	20.10	5.94	9	35		
Rapazes (n=110)	21.58	6.02	9	35	4.06	.217
Raparigas (n=90)	18.28	5.34	9	34		

No que se refere à análise dos dados normativos para o QADHPE-P, os valores obtidos (cf. Tabela 22) indicam que a pontuação média obtida pelos rapazes é ligeiramente superior à obtida pelas raparigas não só resultado total do questionários como também em ambos os factores. Contudo, os resultados do cálculo do teste *t* de student para as três condições indicam que as diferenças não são estatisticamente significativas [Resultado total:  $t(197)=3.68$ ,  $p= .106$ ); factor Actividade:  $t(198)=3.09$ ,  $p= .191$ ); factor Actividade  $t(198)=4.06$ ,  $p= .217$ ].

#### **8.4 Determinação de pontos de corte através de critérios externos**

A análise da validade empírica do QADHPE-E foi efectuada com base em critérios externos, tendo-se seleccionado para este fim três testes de avaliação psicológica sensíveis à atenção ou directamente destinados a avaliá-la (Subtestes de Completamento de Gravuras e Tabuleiro dos Animais da WPPSI-R e Teste de Atenção Visual da NEPSY) e uma grelha de observação directa. Esta análise assume um papel preponderante neste estudo exploratório, uma vez que, com base nos resultados obtidos, se pretende identificar um ponto de corte provisório para o questionário, que permita auxiliar na identificação de quais as crianças da amostra que se encontram em risco de desenvolver um quadro de PH/DA.

A opção de utilizar o QADHPE-E e não o QADHPE-P, prende-se com o facto de os educadores serem referenciados na literatura como a melhor fonte de informação relativa a problemas de desatenção e de hiperactividade, uma vez que o contexto em que observam a criança impõe restrições aos movimentos e coloca exigências elevadas ao nível da atenção prolongada. É igualmente apontado como vantagem o facto de os educadores possuírem uma maior base normativa na qual poderão fundamentar as suas comparações (Simões, 1998).

##### **8.4.1 Critérios externos**

a) *Sub-teste de Completamento de Gravuras da WPPSI-R* – integra um instrumento de avaliação (WPPSI-R) composto por 12 subtestes (6 pertencentes à subescala verbal e 6 à subescala de realização, na qual estão integrados os subtestes Completamento de Gravuras e

Tabuleiros dos Animais), que tem por objectivo a avaliação da inteligência de crianças entre os três e os seis anos e seis meses de idade. Este instrumento encontra-se aferido para a população portuguesa, sendo que os estudos de precisão e validade relativos à população portuguesa sugerem que este é um instrumento com boas qualidades psicométricas. O subteste Completamento de Gravuras é composto por 28 desenhos de objectos ou situações comuns. Os vários desenhos estão incompletos, sendo os pormenores em falta progressivamente mais minuciosos à medida que se avança no teste. A criança tem como tarefa apontar ou designar verbalmente a parte que falta a cada figura. Os vários itens são cotados com 0 ou 1 (Seabra-Santos, 1998). O sucesso desta tarefa está relacionado com competências de atenção aos detalhes, organização visual e memória visual a longo prazo.

b) *Subteste Tabuleiro dos Animais da WPPSI-R* – tal como o anterior, está integrado na escala de Realização da WPPSI-R, sendo, contudo, de aplicação opcional. O Tabuleiro dos Animais é um teste de velocidade, no qual é solicitado à criança que faça correspondência entre cavilhas coloridas e desenhos de animais, num tempo máximo de 5 minutos. O número total de cavilhas a colocar é igual a 20 e o número de cores/animais diferentes igual a 5. A correspondência cor-animal é feita de acordo com os exemplos apresentados no topo do tabuleiro e que permanecem à vista durante a execução do teste. A tarefa da criança consiste em ir escolhendo, dentro de uma caixa que contém um número de cavilhas bastante superior ao necessário, qual é a cor certa para colocar no orifício existente por baixo de cada animal. A prova é cotada em função do tempo de execução, do número de erros e do número de omissões (Seabra-Santos, 1998). Este teste requer como competências principais a memória, a atenção, a concentração e a coordenação motora fina;

c) *Teste de Atenção Visual da NEPSY* – tem por objectivo avaliar a velocidade e o grau de correcção com que uma criança é capaz de focar selectivamente e manter a atenção em estímulos-alvo num conjunto de desenhos, num tempo máximo de 180 segundos. Este teste possui três formas cujos estímulos-alvo são coelhos, gatos e caras impressos numa folha. Às crianças mais novas (3-4 anos) são aplicados os estímulos coelhos e gatos, enquanto às crianças mais velhas (5-12 anos) são aplicados os estímulos gatos e caras. A criança deverá barrar todos os desenhos iguais ao estímulo-alvo apresentado no topo da página. O teste é cotado em função do tempo utilizado, número de acertos e de erros de comissão (isto é, número de estímulos não-alvo barrados). O resultado total é função da soma do grau de correcção obtida em cada uma das formas e do tempo gasto para completar cada uma das tarefas. O grau de correcção é determinado através da subtracção dos erros de comissão ao

número de estímulos-alvo cotados correctamente. Este subteste da NEPSY avalia a atenção selectiva visual simples e complexa, a atenção sustentada e a atenção dividida (Korkman, Kirk & Kemp, 1998)

d) Grelha de observação – esta grelha foi elaborada com base nos critérios de diagnóstico do DSM-IV, sendo constituída por 15 itens que descrevem comportamentos de Desatenção, Hiperactividade e Impulsividade (cf. Anexo C). Ao avaliador é pedido que, enquanto os testes anteriormente descritos são aplicados à criança, assinale o número de ocorrências de cada um dos comportamentos representados pelos itens (tais como, por exemplo, fala em excesso, distraí-se com estímulos irrelevantes, não segue instruções, entre outros).

#### 8.4.2 Identificação de pontos de corte

A análise das diferenças nos resultados totais dos testes aplicados (Completamento de Gravuras, Tabuleiro dos Animais e Atenção Visual) em crianças cujos resultados no QADHPE-E se situaram acima/abaixo de determinado percentil (70, 80, 90, 95) foi efectuada com recurso ao teste não-paramétrico *U* de Mann-Whitney ou ao teste paramétrico *t* de Student. Com esta análise pretende-se identificar possíveis pontos de corte para o QADHPE-E, que discriminem as crianças em risco de desenvolverem um quadro de PH/DA das que não se encontram em risco<sup>2</sup>.

De salientar que neste ponto não serão tomados em consideração os resultados obtidos na Grelha de Observação, uma vez que os comportamentos constantes na grelha foram observados muito raramente. Este facto poderá resultar de as observações não terem sido conduzidas sobre um grupo clínico, não sendo por isso a grelha suficientemente sensível para discriminar flutuações menores nos comportamentos exibidos pelas crianças da amostra da comunidade.

Com base no teste *U* de Mann-Whitney para apreciar diferenças nas pontuações totais do QADHPE-E, tomando o percentil 70 como ponto de corte (cf. Tabela 23), consta-se que as crianças situadas entre o percentil 60 e 70 obtiveram pontuações mais elevadas do que as crianças acima do percentil 70. Contudo, as diferenças identificadas não são estatisticamente

---

<sup>2</sup> Note-se que as flutuações nos valores de *n* verificadas nas análises que se seguem estão relacionadas com o facto de não ter sido possível aplicar os testes a todas as crianças com pontuações no QADHPE-E acima do percentil 60.

significativas, verificando-se que no Teste de Completamento de Gravuras ( $U=257.0$ ,  $p=.243$ ), no Teste de Atenção Visual ( $U=240.5$ ,  $p=.146$ ) e no Teste de Tabuleiro dos Animais ( $U=285$ ,  $p=.495$ ), as crianças cujos resultados se situa acima do percentil 70 no QADHPE-E não obtêm resultados significativamente mais baixos nos três testes do que aquelas cujos resultados no questionário se situam entre o percentil 60 e 70.

**Tabela 23. Comparação entre médias de resultados nos testes, de crianças com valores no QADHPE-E acima/abaixo do percentil 70**

Pontuações totais QADHPE-E	Percentil	n	média	U	p
Completamento de Gravuras	60 a 70	13	37.23	257.0	.243
	>70	50	30.64		
Tabuleiro dos Animais	60 a 70	13	38.50	240.5	.146
	>70	50	30.31		
Atenção Visual	60 a 70	13	35.08	285.0	.495
	>70	50	31.20		

Uma primeira análise das médias apresentadas na Tabela 24, permite observar que as crianças cujos resultados se situam acima do percentil 80, quando comparadas com as que se situam entre os percentis 60 e 80, obtêm pontuações médias mais baixas nos três testes, sendo que a maior diferença entre médias é observada no Teste de Atenção Visual.

**Tabela 24. Comparação entre médias de resultados nos testes, de crianças com valores no QADHPE-E acima/abaixo do percentil 80**

Pontuações totais QADHPE-E	Percentil	n	média	Desvio-padrão	t	p
Completamento de gravuras	60 a 80	19	7.32	2.40	1.44	.257
	>80	44	6.55	2.47		
Tabuleiro dos Animais	60 a 80	19	10.68	4.26	2.19*	.032
	>80	44	8.39	3.62		
Atenção Visual	60 a 80	19	8.26	5.50	2.08*	.042
	>80	44	5.68	4.05		

\* $p<.05$

Apesar de se detectarem diferenças entre as pontuações médias, verifica-se que no subteste Completamento de Gravuras a diferença observada não é estatisticamente significativa ( $t(61)=1.44$ ,  $p=.257$ ). No teste de Atenção Visual as diferenças encontradas são estatisticamente significativas, com as crianças situadas entre o percentil 60 e 80 a atingirem

pontuações mais elevadas ( $X=8.26$ ,  $dp=5.50$ ) do que as situadas acima do percentil 80 ( $X=5.68$ ,  $dp=4.05$ ;  $t(61)=2.08$ ,  $p<.05$ ). No subtteste Tabuleiro dos Animais foi também identificada uma diferença estatisticamente significativa entre as crianças com resultados no QADHPE-E situados entre o percentil 60 e 80 ( $X=10.68$ ,  $dp=4.26$ ) e aquelas que obtiveram resultados acima do percentil 80 ( $X=8.39$ ,  $dp=3.62$ ;  $t(61)=2.19$ ,  $p<.05$ ), com as primeiras a obterem pontuações mais elevadas.

Da análise do percentil 90 (cf. Tabela 25), observamos que, embora em média as crianças cujos resultados no QADHPE-E se situa entre o percentil 60 e 90 sejam mais elevados nos três testes, quando comparados com os das crianças acima do percentil 90, é apenas no subtteste Tabuleiro dos Animais que a diferença é estatisticamente significativa ( $t(61)=2.37$ ,  $p<.05$ ). No subtteste Completamento de Gravuras a diferença de pontuações é idêntica à identificada na análise anterior (percentil 80) (.76 e .77 respectivamente) não sendo também estatisticamente significativa ( $t(61)=1.20$ ,  $p=.234$ ). No Teste de Atenção Visual, em comparação com a análise anterior, verificamos uma diminuição significativa da diferença entre as pontuações médias dos dois grupos, pelo que a diferença determinada não é estatisticamente significativa ( $t(61)=.69$ ,  $p=.492$ ).

**Tabela 25. Comparação entre médias de resultados nos teste, de crianças com valores no QADHPE-E acima/abaixo do percentil 90**

Pontuações totais QADHPE-E	Percentil	n	média	Desvio-padrão	t	p
Completamento de gravuras	60 a 90	38	7.08	2.42	1.20	.234
	>90	25	6.32	2.50		
Tabuleiro dos Animais	60 a 90	38	10	3.83	2.37*	.021
	>90	25	7.68	3.74		
Atenção Visual	60 a 90	38	6.79	4.62	.69	.492
	>90	25	5.96	4.73		

\* $p<.05$

No que concerne aos resultados obtidos nos testes quando comparamos crianças com pontuações acima ou abaixo do percentil 95 no QADHPE-E (cf. Tabela 26), identifica-se que no subtteste Completamento de Gravuras há uma alteração no sentido das pontuações uma vez que as crianças acima do percentil 95 ( $X=34.42$ ) obtêm pontuações médias superiores às que se situam entre o percentil 60 e 95 ( $X=31.37$ ), não sendo contudo esta diferença estatisticamente significativa ( $U=293.5$ ,  $p=.589$ ). No teste de Atenção Visual denota-se uma pontuação média mais elevada das crianças entre o percentil 60 e 95 ( $X=33.45$ )

comparativamente com as que se situam acima do percentil 95 no QADHPE-E ( $X=26.85$ ), verificando-se que esta diferença também não é estatisticamente significativa [ $U=252.5$ ,  $p=.216$ ]. No subtteste Tabuleiro dos Animais é identificada uma diminuição da diferença entre a média dos dois grupos, por comparação com a análise anterior (percentil 90), não sendo a diferença observada neste caso estatisticamente significativa ( $U=258.0$ ,  $p=.249$ ).

**Tabela 26. Comparação entre médias de resultados nos testes, de crianças com valores no QADHPE-E acima/abaixo do percentil 95**

Pontuações totais QADHPE-E	Percentil	n	média	U	p
Completamento de gravuras	60 a 95	50	31.37	293.5	.589
	>95	13	34.42		
Tabuleiro dos Animais	60 a 95	50	33.34	258.0	.249
	>95	13	26.85		
Atenção Visual	60 a 95	50	33.45	252.5	.216
	>95	13	26.85		

Com base na análise destes diferentes pontos de corte (percentil 70, 80, 90 e 95) verificamos, pois, que o percentil 80 é o que melhor diferencia as crianças tomando como critérios os seus resultados nos testes Completamento de Gravuras, Atenção Visual e Tabuleiro dos Animais. As crianças com pontuações acima do percentil 80 poderão, deste modo, estar em maior risco de desenvolver um quadro de PH/DA

## 8.5 Estudos diferenciais

Tomando o percentil 80 como ponte de corte para o QADHPE-E, foram efectuadas análises com o objectivo de testar se as crianças com pontuações entre os percentis 60 e 80 diferem das que se situam entre os percentis 80 e 100 relativamente a um conjunto de características, nomeadamente: género, tipo de jardim-de-infância frequentado, área de residência, apoio educativo/especializado e rendimento escolar avaliado pelos educadores.

Da análise do teste Qui-Quadrado para a variável Género (cf. Tabela 27) observa-se que acima do percentil 80 o número de crianças do género masculino é superior ao identificado entre os percentis 60 e 80, e muito superior ao número de crianças do sexo feminino. Contudo, esta diferença de taxas não é estatisticamente significativa, sendo a

incidência do gênero independente do percentil em que a criança está integrada ( $\chi^2(1) = 1.225$ ;  $p = .268$ ;  $n = 115$ ).

**Tabela 27. Distribuição do Gênero acima e abaixo do percentil 80 no QADHPE-E**

	Percentil 60 a 80	> Percentil 80	$\chi^2$	p
Gênero	(n= 58)	(n=57)		
Feminino	23 (40%)	17 (30%)	1.225	.268
Masculino	35 (60%)	40 (70%)		

Relativamente à variável tipo de jardim-de-infância, o teste Qui-Quadrado revela que não existe praticamente diferença entre percentagens nos dois grupos, o que indica que a distribuição das crianças pelos dois Tipos de Jardim-de-Infância é idêntica em ambos ( $\chi^2(1) = .298$ ;  $p = .585$ ;  $n = 115$ ) (cf. Tabela 28).

**Tabela 28. Distribuição do Tipo de Jardim-de-Infância acima e abaixo do percentil 80 no QADHPE-E**

	Percentil 60 a 80	> Percentil 80	$\chi^2$	p
Tipo de Jardim-de-infância	(n= 58)	(n=57)		
Público	39 (67%)	41 (72%)	.298	.585
Privado	19 (33%)	16 (28%)		

Da análise da variável Localização da Área de Residência observa-se que a distribuição das crianças pelas três áreas de residência não é independente do percentil no QADHPE-E ( $\chi^2(2) = 8.05$ ;  $p < .05$ ;  $n = 115$ ), havendo mais crianças a residir em meio predominantemente rural no grupo das que obtêm pontuações situadas entre os percentis 60 e 80 no QADHPE-E (cf. Tabela 29).

**Tabela 29. Distribuição da Área de Residência acima e abaixo do percentil 80 no QADHPE-E**

	Percentil 60 a 80	> Percentil 80	$\chi^2$	p
Localização	(n=58)	(n=57)		
APU	37 (64%)	38 (67%)	8.05*	.018
AMU	10 (17%)	17 (29%)		
APR	11 (19%)	2 (4%)		

$p < .05$

Com base na análise da variável Apoio Educativo/Especializado verificamos que a diferença do número de apoios recebidos pelas crianças situadas acima e abaixo do percentil

80 no QADHPE-E é estatisticamente significativa, sendo que aquelas que se situam acima deste percentil apresentam um número muito superior. De acordo com estes dados salienta-se que a variável apoio educativo/especializado não é independente do percentil no qual a criança está integrada ( $\chi^2 (1) = 4.40$ ;  $p < .05$ ;  $n = 115$ ) (cf. Tabela 30). Verifica-se, assim, que acima do percentil 80 existem mais crianças a frequentar consultas de psicologia/pedopsiquiatria, desenvolvimento e terapia da fala.

**Tabela 30. Distribuição do Apoio Educativo acima e abaixo do percentil 80 no QADHPE-E**

	Percentil 60 a 80	> Percentil 80	$\chi^2$	p
Apoio Educativo/Especializado	(n= 58)	(n=57)		
Sem apoio	52 (90%)	39 (68%)	4.40*	.036
Terapia da fala	3 (10%)	9 (32%)		

$p < .05$

No que concerne ao Rendimento Escolar tal como é avaliado pelos educadores das crianças, quando temos em consideração o percentil em que estão integradas verifica-se que o número de crianças com resultado inferior ao que seria esperado é consideravelmente superior acima percentil 80. O resultado do teste Qui-Quadrado para esta variável permite afirmar que a distribuição pelos dois rendimentos não é independente do percentil no QADHPE-E ( $\chi^2 (1) = 5.34$ ;  $p = .021$ ;  $n = 115$ ) (cf. Tabela 31).

**Tabela 31. Distribuição do Rendimento Escolar acima e abaixo do percentil 80 no QADHPE-E**

	Percentil 60 a 80	> Percentil 80	$\chi^2$	p
Rendimento escolar	(n= 58)	(n=57)		
Inferior aos seus pares	5 (9%)	20 (35%)	5.34*	.021
Idêntico aos seus pares	53 (81%)	37 (65%)		

$p < .05$

### 8.5.1 Conclusões dos estudos diferenciais

As análises efectuadas permitiram identificar três variáveis (área de residência, rendimento escolar e apoio educativo) com distribuições significativamente diferentes do ponto de vista estatístico, entre crianças situadas acima e abaixo do percentil 80 no QADHPE-E. Pensamos, contudo, que as diferenças seriam ainda mais salientes se o grupo em

comparação fosse mais próximo da média (percentil 50), uma vez que no grupo situado entre o percentil 60 e 80, muitas das crianças já poderão apresentar algumas das características de actividade excessiva e défice de atenção avaliadas pelo questionário em estudo, o que reduz as diferenças observadas.

De salientar que, relativamente às variáveis rendimento escolar e apoio educativo, os resultados obtidos foram de encontro às evidências referidas na literatura, de que as crianças com PH/DA obtêm, frequentemente, um rendimento inferior às crianças sem esta patologia e que são alvo de um maior número de encaminhamentos para apoio pedagógico e apoio especializado ao nível da saúde (Barkley, 2006; Goldstein & Goldstein, 1998). Relativamente à variável área geográfica de residência não foram encontrados, na revisão da literatura efectuada, dados que corroborem a evidência de que esta variável não é independente do número de comportamentos de desatenção e hiperactividade manifestados.

### **8.6 Análise dos casos com resultados mais elevados (3% superiores)**

Com o objectivo de analisar as características do grupo de crianças cujas pontuações no QADHPE-E se situaram nos 3% mais elevados foram seleccionadas aquelas cuja pontuação total neste questionário foi igual ou superior a 89 (percentil 97). De forma a melhor identificar a distribuição da pontuação pelos diferentes itens optou-se por discriminar a pontuação total obtida por cada criança e a pontuação obtida em cada um dos dois factores identificados através da análise factorial (Atenção e Actividade). Foram também identificadas as crianças que, embora não pertencessem ao grupo com pontuação total acima do percentil 97, obtiveram uma pontuação parcial acima deste percentil (Actividade  $36 \geq$  e Atenção  $\geq 58$ ) (cf. Tabela 32).

De acordo com a análise da Tabela 32 podemos concluir que, das 9 crianças que obtiveram a pontuação total mais elevada no QADHPE-E, 5 obtiveram igualmente pontuações que se situam nos 3% mais elevados em ambos os factores (Atenção e Actividade). Das restantes, 3 não atingiram o percentil 97 no factor Atenção, embora com pontuações limítrofes a este percentil, e 1 não o atingiu no factor Actividade.

Relativamente às crianças com pontuações parciais acima do percentil 97 somente no factor Atenção, é de salientar que estas, à excepção de uma, obtêm uma pontuação total que as situa no percentil 94, pelo que, de acordo com os dados divulgados na literatura

relativamente à prevalência de PH/DA – entre 2 e 7.9% (Baron, 2007) e entre 4 e 12% (Drewes, 2006) –, poderemos concluir que existe uma forte possibilidade destas crianças poderem estar em risco de desenvolver aquele quadro. A criança situada acima do percentil 97 somente no factor Actividade apresenta uma pontuação total e no factor Atenção situadas acima do percentil 90, pelo que poderemos deduzir que existe uma elevada possibilidade desta criança estar em risco para um quadro de PH/DA.

**Tabela 32. Sujeitos com pontuação total ou num dos factores acima do percentil 97**

Sujeito	Pontuação total QADHPE-E	Pontuação Atenção QADHPE-E	Pontuação Actividade QADHPE-E
1	<b>102</b>	<b>62</b>	<b>40</b>
81	<b>97</b>	(56)	<b>41</b>
91	<b>92</b>	(56)	<b>36</b>
139	<b>89</b>	(57)	(32)
161	<b>94</b>	<b>58</b>	<b>36</b>
179	<b>101</b>	<b>61</b>	<b>40</b>
180	<b>90</b>	(54)	<b>36</b>
196	<b>115</b>	<b>72</b>	<b>43</b>
238	<b>99</b>	<b>60</b>	<b>39</b>
118	(88)	(51)	<b>37</b>
2	(88)	<b>59</b>	(29)
162	(85)	<b>58</b>	(27)
169	(76)	<b>60</b>	(16)

Após a identificação das 9 crianças com a pontuação total mais elevada procedeu-se à análise de um conjunto de variáveis, nomeadamente: Género, Localização Geográfica, Dificuldade Sensorial, Apoio Pedagógico ou Acompanhamento em Consultas de Especialidade, Nível de Rendimento Escolar atribuído pelas educadoras e resultado no QADHPE preenchido pelos pais.

De acordo com a análise da Tabela 33 é de salientar que o ratio com base no género é de 2:1, com as crianças do género masculino a serem identificadas duas vezes mais do que as crianças do género feminino.

No que concerne à identificação de dificuldades sensoriais, com as possíveis repercussão que estas poderão ter no nível de desenvolvimento atingido, é de salientar que a criança que possui dificuldades ao nível da audição, apesar da intervenção realizada neste âmbito ter sido bem sucedida, apresenta um conjunto de dificuldades ao nível da aprendizagem e do comportamento sendo, por esse motivo, acompanhada por uma educadora do ensino especial e seguida em consulta de pedopsiquiatria. Nesta situação, o diagnóstico

diferencial deverá ter em consideração se os comportamentos manifestados por estas crianças advêm de um possível diagnóstico de PH/DA ou se derivam das problemáticas associadas ao défice auditivo. Por motivo de ausência do menor do jardim-de-infância não foi possível aplicar os testes seleccionados neste estudo e os progenitores não preencheram o QADHPE-P, pelo que não é possível complementar os dados recolhidos.

**Tabela 33. Caracterização das crianças com pontuações totais no QADHPE-E situadas acima do percentil 97**

Variáveis	Categorias	Número de sujeitos	Percentagem
<b>Género</b>	Masculino	6	66
	Feminino	3	33
<b>Localização</b>	APU	6	66
	AMU	3	33
	APR	0	0
<b>Dificuldade Sensorial</b>	Audição	1	11
	Sem dificuldade	8	88
<b>Apoio</b>	Sem apoio	4	44
	Com apoio	5	55
<b>Rendimento Escolar</b>	Inferior aos seus pares	6	66
	Idêntico aos seus pares	3	33
<b>Questionários preenchidos pelos pais</b>	Preencheu	5	55
	Não preencheu	4	44

De acordo com os dados da tabela 33 verificamos que 55% das crianças identificadas necessitam de um acompanhamento especializado, nomeadamente ao nível de consultas de psicologia, consulta de desenvolvimento e terapia da fala.

Relativamente ao rendimento escolar avaliado pelas educadoras de cada uma das crianças, depreendemos que 66% apresentam um rendimento escolar inferior ao esperado para o seu nível de desenvolvimento.

No que se refere aos resultados obtidos por estas crianças nos testes aplicados (Completamento de Gravuras e Tabuleiro dos Animais da WPPSI-R e Teste de Atenção Visual da NEPSY; cf. Tabela 34), apurámos que o resultado médio das crianças no teste de Completamento de Gravuras é de 7.36, situando-se próximo de 1 desvio-padrão abaixo da média para a sua faixa etária. O resultado médio do subteste Tabuleiro dos Animais é de 8.37, o que indica que este teste poderá não ser tão sensível à sintomatologia das crianças em risco de desenvolverem um quadro de PH/DA.

**Tabela 34. Resultados das crianças com pontuações acima do percentil 97 nos testes****Completamento de Gravuras e Tabuleiro dos Animais (WPPSI-R) e Atenção Visual (NEPSY)**

Sujeito	Completamento de Gravuras ( $x=10$ ; $\sigma=3$ )	Tabuleiro dos Animais ( $x=10$ ; $\sigma=3$ )	Teste de atenção visual ( $x=10$ ; $\sigma=3$ )
1	---	----	----
81	9	8	3
91	7	9	3
139	5	6	5
161	4	9	1
179	10	7	1
180	9	8	3
196	10	13	12
238	7	7	6

Finalmente, o resultado médio obtido no teste Atenção Visual é de 4.12, situando-se dois desvios-padrão abaixo da média. De acordo com estes dados poderemos deduzir que as crianças analisadas apresentam pontuações muito inferiores no teste de Atenção Visual, quando comparadas com as alcançadas nos subtestes Completamento de Gravuras e Tabuleiro dos Animais da WPPSI-R, o que poderá indicar que o primeiro teste é mais sensível às dificuldades específicas relacionadas com o quadro de PH/DA.

## 9 Discussão e conclusões

A PH/DA é identificada na literatura como sendo a perturbação do desenvolvimento mais prevalente na infância, com taxas de prevalência a atingir valores entre os 2 e os 12% (Baron, 2007; Drewer, 2006). A precocidade da intervenção é um imperativo nesta psicopatologia uma vez que o seu percurso é tendencialmente crónico e as consequências perversivas. Os problemas a ela associados tendem, ao longo do tempo, a ter um carácter cumulativo, principalmente no que respeita às dificuldades apresentadas ao nível do rendimento académico e interacção social. Ao apresentar comorbilidades elevadas, especialmente com a Perturbação de Oposição, Perturbação de Conduta e Depressão (Dreyer, 2006) a intervenção a implementar torna-se ainda mais complexa na medida em que tem de ter em consideração as repercussões que estas interacções poderão ter na sintomatologia, no percurso evolutivo e na resposta dada à intervenção (Ostrander, Crystal, & August, 2006).

Tendo em consideração as consequências negativas que esta patologia provoca nas diversas esferas da vida da criança (Drewer, 2006) e os resultados positivos que têm sido obtidos ao nível da intervenção (Jones, Daley, Hutchings, Bywater & Eames, 2007), torna-se premente que a identificação deste quadro seja feita o mais cedo possível. Tendo em conta a análise dos diversos métodos de avaliação disponíveis, e na medida em que as escalas de avaliação comportamental permitem a recolha de uma quantidade de informação extensa, com fontes de informação privilegiadas, num espaço de tempo reduzido e com um baixo nível de investimento (Shapiro, 1993), considera-se ser importante existirem, no nosso país, escalas de avaliação específicas para a PH/DA que permitam o rastreio das crianças que se encontram em situação de risco para desenvolver este quadro. Nesse sentido este estudo teve como objectivo principal a construção de uma escala de avaliação comportamental (QADHPE), com versões para pais e para educadores, e posterior análise das suas qualidades psicométricas.

Visto este ser um instrumento novo não colocámos hipóteses relativamente às suas características psicométricas. A análise efectuada destas qualidades psicométricas do QADHPE-E e do QADHPE-P, permite-nos concluir que, ao nível da consistência interna, as pontuações totais das escalas (coeficiente alfa de Cronbach de .98 e .95 respectivamente), apresentam valores muito elevados, o que indica que a variabilidade identificada nas escalas

QADHPE-E e QADHPE-P e nas subescalas do QADHPE-E se deve à existência de diferenças reais entre os informadores quanto às características em questão e não a flutuações relacionadas com a heterogeneidade dos itens.

Uma vez que os dados da consistência interna indicam que o questionário em estudo apresenta uma boa precisão, decidimos prosseguir com as análises estatísticas. Passaremos a discutir os resultados obtidos no nosso estudo exploratório, tendo por base os objectivos estabelecidos e as hipóteses formuladas.

**1ª Hipótese: Prevê-se que, na idade pré-escolar, os itens dos questionários saturam em dois factores, um relacionado com Actividade (excessiva) e o outro com (défice de) Atenção**

De acordo com Power, Andrews, Eiraldi, Doherty, Ikeda, DuPaul e Landau (1998) da análise factorial da *ADHD Rating Scale-IV* resultam evidências que suportam decisivamente a existência das duas dimensões de comportamentos definidas no DSM-IV, nomeadamente: desatenção e hiperactividade-impulsividade. Os autores referem ainda que o estudo da estrutura da *ADHD- Symptoms Rating Scale* indica que uma solução de dois factores é a estrutura mais apropriada e clinicamente mais interpretável para a versão para pais e para a versão para educadores.

Na análise factorial realizada ao QADHPE-E identificamos, efectivamente, que a estrutura factorial dos resultados é explicada por dois factores latentes. Da análise dos pesos factoriais de cada um dos itens em cada um dos dois factores concluiu-se que no primeiro factor, que denominamos de Atenção e que explica 38% da variância total, apresentam saturações elevadas os itens 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 17, 18, 21, 23 e 24. Relativamente ao segundo factor, que explica 33% da variância total, nele apresentam saturações elevadas os itens 1, 6, 11, 13, 15, 16, 19, 20 e 22. O peso factorial médio dos itens que saturam no factor Atenção é de .71 e de .76 para os itens que saturam no factor Actividade.

No que concerne ao QADHPE-P, os resultados obtidos não foram tão claros uma vez que, de acordo com o critério de Kaiser, o número de factores a reter seria 4, enquanto de acordo com o *scree plot* apenas se reteriam 2 factores. Tendo em consideração a estrutura factorial obtida na análise efectuada ao QADHPE versão educadores, que é idêntica ao nível dos itens, a análise dos *eigenvalues* de cada um dos factores identificados, a inflexão da curva do *scree plot*, e a recomendação de Achenbach, que defende ser recomendável reter apenas os

factores que apresentam 6 variáveis comuns com pesos factoriais acima de .30, optou-se pela retenção de apenas 2 factores. Assim conclui-se que o primeiro factor apresenta pesos factoriais elevados dos itens 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 14, 17, 18, 21, 23 e 24 e explica 27% da variância total e o segundo factor apresenta pesos factoriais elevados dos itens 1, 6, 9, 11, 13, 15, 16, 19, 20 e 22 e explica 25% da variância total. Embora nesta versão o item 9 sature mais no factor Actividade do que no factor Atenção (em que também apresenta uma saturação elevada, igual a .45), ele foi incluído neste último factor, quer por razões de ordem conceptual, quer para tornar uniformes as soluções adoptadas para ambas as versões do questionário. Relativamente aos pesos factoriais médios dos itens verifica-se que estes são inferiores relativamente aos obtidos no QADHPE-E (factor Atenção = .61 e factor Actividade = .65), o que enfatiza a ideia de que a estrutura factorial do QADHPE-P não é tão saliente.

De sublinhar que, à excepção do item 9 (“Não se consegue concentrar durante muito tempo”) todos os outros itens apresentam saturações mais elevadas no mesmo factor em ambas as versões. Relativamente a este item verifica-se que os educadores percebem este comportamento como sendo resultado de falta de atenção, enquanto os pais o atribuem a uma actividade motora excessiva. No que diz respeito ao item 19 (“Muda frequentemente de uma actividade para outra, sem terminar a anterior”), este apresenta peso factorial muito idêntico em ambos os factores, em ambos os questionários, o que significa que, embora do ponto teórico/conceptual faça mais sentido integrá-lo no factor Actividade, as respostas dadas a este item poderão ser explicadas parcialmente pelo nível de Atenção. Com base nestes dados podemos depreender que pais e educadores possuem uma opinião um pouco divergente sobre o constructo avaliado por estes itens, pelo que se poderá ponderar uma possível clarificação da linguagem utilizada na descrição do comportamento em questão.

As elevadas comunalidades dos itens do QADHPE-E e do QADHPE-P permitem concluir que os dois factores retidos são apropriados para descrever a estrutura correlacional latente entre os diversos itens.

**2ª Hipótese: Prevemos que os resultados obtidos nos questionários preenchidos pelos educadores se correlacionem positivamente com os resultados obtidos nos questionários preenchidos pelos pais, sendo as correlações moderadas.**

As correlações existentes entre as pontuações totais obtidas no QADHPE-E e QADHPE-P são estatisticamente significativas ( $p < .01$ ), com uma associação moderada de .45

indicando que, em média, quando a pontuação total do QADHPE-E aumenta, a pontuação total do QADHPE-P também aumenta.

Tendo em consideração os valores das correlações identificadas por Angello e colaboradores (2003) para o acordo entre pais e professores em escalas de avaliação para crianças e adolescentes com PH/DA (de .41 a .45 na escala ADHD-IV, de 23 a .46 na SC-4) podemos considerar que as correlações calculadas para o QADHPE são elevadas, quando comparadas com valores obtidos para instrumentos que avaliam as mesmas dimensões. De igual modo, tendo como referência o valor médio de .27 encontrado na meta-análise efectuada por Achenbach (1987) para as correlações entre questionários preenchidos por pais e por professores, o valor encontrado no nosso estudo pode, mesmo, ser considerado comparativamente bastante elevado.

Relativamente à análise das pontuações dos dois factores identificados no QADHPE, verificamos que as correlações obtidas entre questionários respondidos por pais e por professores no que concerne à pontuação no factor Atenção e no Factor Actividade são estatisticamente significativas ( $p < .01$ ), sendo os respectivos valores iguais a .46 e .42, considerados moderados. Com base nestes dados depreende-se que, em geral, quando as pontuações do factor Atenção e Factor Actividade do QADHPE-E aumentam, a pontuação destes factores do QADHPE-P também aumenta.

### **3ª Hipótese: Comparando os resultados obtidos nos questionários preenchidos pelos educadores e pelos pais prevê-se que os pais reportem um número de comportamentos de Hiperactividade/Défice de Atenção significativamente superior.**

Para análise das diferenças identificadas na pontuação total e nas pontuações obtidas no factor Atenção e no factor Actividade do QADHPE-E e QADHPE-P procedeu-se ao cálculo do teste  $t$  para amostras emparelhadas. Desta análise concluímos que existe uma diferença significativa entre as pontuações atribuídas por educadores e pais, com os pais a atribuírem pontuações mais elevadas do que os educadores.

No factor Atenção os resultados do teste  $t$  apontam no mesmo sentido, sendo a diferença estatisticamente significativa e revelando que os pais atribuírem pontuações mais elevadas do que os educadores. Já no factor Actividade, embora se verifique que, em média, os pais atribuem pontuações mais elevadas do que os educadores, a diferença encontrada não é estatisticamente significativa.

De acordo com estes dados poderemos então concluir que efectivamente os pais reportam em média mais comportamentos de desatenção e de hiperactividade do que os educadores, embora a diferença relativa ao factor Actividade não seja estatisticamente significativa. Esta sobre-valorização dos problemas das crianças pelos seus pais, em comparação com a avaliação que é feita pelos professores, é encontrada na literatura (Hundert, Morrison & Mahoney, 1997) e pode estar relacionada, por exemplo, com a falta de pontos de comparação, a presença de patologia nos próprios pais, menor tolerância a comportamentos desviantes ou com o impacto que uma deficiência da criança pode ter ao nível da sua própria auto-imagem e da sua imagem enquanto pais.

**4ª Hipótese: Definindo um ponto de corte para risco de problemas relacionados com a PH/DA, espera-se identificar um maior número de crianças do sexo masculino acima desse ponto de corte comparativamente ao número de crianças do sexo feminino**

O ponto de corte do QADHPE-E foi estimado com base na análise das diferenças entre os resultados de testes aplicados (Completamento de Gravuras, Atenção Visual e Tabuleiro de Animais) obtidos por crianças situadas acima/abaixo de vários pontos de corte possíveis (percentil 70, 80, 90, 95) no QADHPE-E. Através dos resultados obtidos concluímos que o percentil 80 é aquele que melhor discrimina as crianças em risco de desenvolverem um quadro de PH/DA das que não apresentam esse risco.

Da análise da distribuição em função do género das crianças com resultados acima do percentil 80 no QADHPE-E, é possível identificar que as crianças do género masculino apresentam uma prevalência 2.3 vezes superior às crianças do género feminino. Estes dados vão de encontro ao ratio de 2:1, entre o género masculino e o feminino, identificado de uma forma muito consistente na literatura sobre PH/DA (Pelham, Cacko e Brian, 2004; Stefanatos e Baron, 2007). De acordo com Stefanatos e Baron (2007), verifica-se que na idade escolar este ratio tem, mesmo, tendência para aumentar, situando-se em 3:1.

Nos estudos diferenciais efectuados, foi ainda possível detectar diferenças ao nível das variáveis rendimento escolar, apoio educativo e área de residência, entre as crianças situadas acima e abaixo do percentil 80. Relativamente ao rendimento escolar, é possível identificar que as crianças com maior pontuação no QADHPE-E já apresentam, aos 5 anos de idade, um rendimento inferior aos dos seus pares, o que poderá indicar a existência de uma acumulação de factores de risco, nomeadamente ao nível dos desenvolvimentos de um quadro de PH/DA e

ao nível dos problemas/défices habitualmente associados a esta patologia. Por outro lado, o maior número de encaminhamentos para apoios especializados, realizados nas crianças acima do percentil 80, indica existir uma maior consciencialização de pais e educadores para as problemáticas apresentadas na idade pré-escolar e recuo na idade de início do processo de intervenção na PH/DA.

Com base na avaliação crítica do estudo exploratório realizado serão seguidamente apresentadas as principais conclusões e limitações deste estudo e serão efectuadas sugestões para estudos futuros.

### **Principais conclusões:**

- ⇒ Este trabalho foi realizado com o objectivo de estimar a plausibilidade da utilização de um questionário de avaliação comportamental como possível medida de rastreio de crianças do pré-escolar em situação de risco para o desenvolvimento de PH/DA, podendo contribuir para colmatar a existência limitada de instrumentos de avaliação da PH/DA em crianças em idade pré-escolar. Pela experiência adquirida com o uso deste questionário e através das análises estatísticas efectuadas, julgamos que este objectivo foi atingido.
- ⇒ O questionário criado teve uma boa receptividade por parte dos educadores e dos pais aquando da recolha da amostra, revelando que poderá ser útil enquanto instrumento de rastreio para a PH/DA.
- ⇒ Os valores identificados ao nível da análise da precisão confirmam que o QADHPE-E e o QADHPE-P possuem uma boa consistência interna e um acordo entre avaliadores moderado, situando-se estes resultados ao nível dos obtidos em instrumentos amplamente utilizados na avaliação da PH/DA.
- ⇒ Os resultados da análise relativa à validade de construto indicam que os itens incorporados no QADHPE avaliam o construto Atenção e o construto Actividade, o que permite obter indicações sobre o sub-tipo de PH/DA para o qual a criança se encontra em risco.
- ⇒ As crianças em maior risco são maioritariamente do género masculino, têm um rendimento escolar inferior aos seus pares e um maior número delas recebe apoio especializado.

### **Limitações:**

- ⇒ A amostra utilizada é reduzida e não é representativa da população nacional dentro desta faixa etária (n=276).
- ⇒ O número de questionários preenchidos pelos pais (n=276) é substancialmente inferior ao número de questionários recolhido junto de educadores (n=203).
- ⇒ Teria sido importante introduzir algumas questões que permitissem fazer uma breve caracterização das educadoras que responderam ao questionário.
- ⇒ Não foram realizados estudos de teste-reteste de forma a ser possível identificar a estabilidade temporal dos resultados obtidos.
- ⇒ Os resultados da análise factorial do QADHPE-P não foram tão conclusivos como os do QADHPE-E, pelo que teria sido importante recolher junto dos pais um maior número de questionários.
- ⇒ Teria sido vantajoso realizar estudos diferenciais com base no QADHPE-P no sentido de analisar se os dados obtidos iriam de encontro dos resultados identificados no QADHPE-E.
- ⇒ Os testes de avaliação psicológica apenas foram aplicados a crianças que se situaram acima do percentil 60 no QADHPE-E, porém, teria sido enriquecedor, em termos de possibilidades de análise dos dados, dispormos de resultados destes testes para toda a amostra.
- ⇒ Uma vez que os testes aplicados se encontram mais direccionados para a avaliação da atenção, este estudo beneficiaria com a aplicação de um teste orientado para a avaliação dos comportamentos de hiperactividade.
- ⇒ Os resultados obtidos na Grelha de Observação não são discriminativos das crianças em risco de desenvolverem um quadro de PH/DA pelo que, provavelmente, teria sido preferível recorrer a uma grelha com comportamentos mais específicos.

### **Sugestões para futuras investigações**

- ⇒ De forma a identificar o mais precocemente possível o risco de desenvolvimento do quadro de PH/DA, através da aplicação do QADHPE, poder-se-á alargar a faixa etária estudada através da integração de crianças com idades compreendidas entre os 3 e 5 anos.
- ⇒ Da análise da formulação dos itens salienta-se que seria importante realizar alguns ajustamentos, nomeadamente nos itens “Não se consegue concentrar durante muito tempo”, “Durante a realização de uma actividade distrai-se facilmente com estímulos pouco importantes” e “Muda frequentemente de uma actividade para outra, sem terminar a anterior”, para que do ponto de vista teórico/conceptual a sua integração nos factores Atenção (no caso dos dois primeiros) ou Actividade (no caso do terceiro) não levantasse dúvidas.
- ⇒ A validade de constructo do questionário seria melhor estabelecida através da realização de estudos de análise factorial confirmatória.
- ⇒ No âmbito dos estudos de validade concorrente seria importante administrar uma outra escala comportamental direccionada para a avaliação PH/DA.
- ⇒ Como forma de validar o ponto de corte do QADHPE-E e QADHPE-P será importante aplicar ambas as versões a crianças com o diagnóstico clínico de PH/DA.

## BIBLIOGRAFIA

AACAP (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 894-921.

Achenbach, T., McConaught, S., & Howeel, C. (1987). Child/adolescent behavioural and emotions problems: Implications of cross-information correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2), 213-232.

Achenbach, T. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.- revised). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed., tradução de J. Fernandes). Lisboa: Climepsi Editores (Trabalho original publicado em 1994).

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed., tradução de J. Almeida). Lisboa: Climepsi Editores (Original publicado em 2000).

Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological testing* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Anderson C., Hinshaw, S., & Simmel, C. (2005). Mother-child interactions in ADHD and comparison boys: Relationships with overt and covert externalizing behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 247-265.

Angello, L., Volpe, R., DiPerna, J., Gureasko-Moore, S., Gureasko-Moore, D., Nebrig, M., & Ota, K. (2003). Assessment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: An evaluation of six published rating scales. *School Psychology Review*, 32, 241-262.

Arnold, E. (1996). Sex differences in ADHD: Conference summary. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 555-569.

August, G., & Garfinkel, B. (1993). The nosology of ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 155-165.

August, G., Garfinkel, B. (1990). Comorbidity of ADHD and reading disability among clinic-referred children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 29-45.

Baeyens, D., Roeyers, H., & Walle, J. (2006). Subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Distinct or related disorders across measurement levels? *Child Psychiatry Human Development*, 36, 403-417.

Band, G., & Scheres, A. (2005). Is attention impaired in ADHD? *The British Journal of Developmental Psychology*, 23, 517-521.

Barkley, R. (1981). *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.

Barkley, R. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook of diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.

Barkley, R. (1997). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In E. Mash, & L. Terdal (Eds.), *Assessment of childhood disorders* (3<sup>rd</sup> ed., pp.71-129). New York: The Guilford Press.

Barkley, R. (1999). Response inhibition in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5, 177-184.

Barkley, R. (2000). The inattentive type of ADHD as a distinct disorder: What remains to be done. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 8, 489-493.

Barkley, R. (2001). The inattentive type of ADHD as a distinct disorder: What remains to be done. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(4), 489-493.

Barkley, R. (2003). Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain & Development*, 25, 77-83.

Barkley, R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook of diagnosis and treatment* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: The Guilford Press.

Bierdman, J., & Faraone, S. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology Journal*, 366, 237-248.

Bor, W., Sanders, M., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 571-587.

Botting, N., Powls, A., & Cooke W. (1997). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and other psychiatric outcomes in very low birth weight children at 12 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 931-941.

Bowers, N., & Zagar R. (1983). The effect of time of day on problem solving and classroom behavior. *Psychology in the Schools*, 20, 337-345.

Breen, M. (1989). Cognitive and behavioural differences in ADHD in boys and girls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 711-716.

Brodeur, D., & Pond, M. (2001). The development of selective attention in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 29*, 541-546.

Brown, T. (2003). *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson, S.A..

Bryant, L., & Budd, K. (1982). Self-instructional training to increase independent work performance in preschoolers. *Journal of Applied Behavioural Analyses, 15*, 259-271.

Byerne, J., Bawden, H., Beattie T., & DeWolfe, N. (2000). Preschoolers classified as having attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): DSM-IV symptom Endorsement Pattern. *Journal of Child Neurology, 15*, 533-538.

Campbell, L. (1990). Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A continuing dilemma for physicians and educators. *Clinical Pediatrics, 29*, 191-193.

Campbell, S. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A developmental view. In A. Sameroff, M. Lewis, & S. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 383-401). New York: Plenum Publishers.

Campbell, S. (2002). *Behavior problems in preschool children: Clinical and development issues*. New York: Guilford Press.

Carey, W. (1998). ADHD as a disorder of adaptation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 787-798.

Carlson, C., Shin, M., & Booth, J. (1999). The case for DSM-IV subtypes in ADHD. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 5*, 199-206.

Castellanos, F. (1997). Towards a pathophysiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clinical Pediatrics, 36*, 381-393.

Chronis, A., Fabiano, G., Gnagy, E., Onyango, A., Pelham, W., Williams, A., Chacko, A., Wymbs, B., Coles, E., & Seymour, K. (2004). An evaluation of the summer treatment program for children with ADHD using a treatment withdrawal design. *Behavior Therapy, 35*, 561-585.

Codding, R., Eckert, T., Lewandowski, L., & Fiese, B. (2005). Comparing DSM-IV types of ADHD across performance domains: A meta-analysis. *The ADHD Report, 13*, 9-17.

Cohen, N., Sullivan, J., Minde, K., Novak, C., & Helwig, C. (1981). Evaluation of the relative effectiveness of methylphenidate and cognitive behavior modification in the treatment of kindergarten-aged hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 9*, 43-54.

Conners, C., Sitarenios, G., Parker, J., & Jeffery, E. (1998). The Revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*, 257-268.

Cronbach, L. (1976). Course improvement through evaluation. *Teachers' College Record, 64*, 672-683.

Cutspec, P. (2003). Practice-based diagnostic continuity in the assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool-age children. *Practice-Based Research Syntheses, 2*, 1-12.

Daley, B., Creed, T., Xanthopoulos, M., & Brown, R. (2007). Psychosocial treatments for children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Neuropsychology Review, 17*, 73-89.

Daley, D., & Thompson, M. (2007). Parent training for ADHD in preschool children. *Advances in ADHD, 2*, 11-16.

Daley, D. (2005). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A review of the essential facts. *Child Care Health Development, 32*, 193-204.

Dane, A., Schachar, R., & Tannock, R. (2000). Does actigraphy differentiate ADHD subtypes in a clinical research setting? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 752-760.

Diamond, A. (2005). Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): A neurobiologically and behavioral distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Development and Psychopathology, 17*, 807-825.

Dreyer, B. (2006). The diagnosis and management of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in preschool children: The state of our knowledge and practice. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 36*, 6-30.

DuPaul, G. (1991). Parenting stress among families of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 20*, 503-520.

DuPaul, G., & Eckert, T. (1997). Interventions for students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: One size does not fit all. *School Psychology Review, 26*, 369-381.

Erk, R. (2000). Five frameworks for increasing understanding and effective treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Predominantly inattentive type. *Journal of Counselling and Development, 78*, 389-399.

Evans, S., Vallano, G., & Pelham, W. (1995). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. In V. Hasselt, & M. Hersen (Eds.), *Handbook of adolescent psychopathology: A guide to diagnosis and treatment* (pp.589-617). New York: Lexington Books.

Faraone, S. (2005). The scientific foundation for understanding Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder as a valid psychiatric disorder. *Child and Adolescent Psychiatry, 14*, 1-10.

Field, A. (2000). *Discovering statistics using SPSS for windows: Advanced techniques for the Beginner*. London: Sage.

Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS (and sex, drugs and rock'n'roll)* (2<sup>nd</sup> ed.). London: Sage.

Floyd, F., & Widaman, K. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7, 286-299.

Fonseca, A., Simões, M., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A., & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas de comportamento em crianças e adolescentes: O Child Behavior Checklist. *Psychologica*, 12, 55-78.

Fonseca, A., Ferreira, A., Simões, A., Rebelo, J. & Cardoso, F. (1996). A escala revista de Conners para professores (Conners-28): Dados normativos para a população escolar portuguesa. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 30(3), 83-107.

Fonseca, A., & Monteiro, C. (1999). Um inventário de problemas de comportamento para crianças e adolescentes: O *Youth Self-Report* de Achenbach. *Psychologica*, 21, 79-96.

Foster, S., & Cone, J. (1995). Validity issues in clinical assessment. *Psychological Assessment*, 7, 248-260.

Gadow K., & Nolan, E. (2002). Differences between preschool children with ODD, ADHD, and ODD plus ADHD symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43, 191-201.

Gadow, K., Sprafkin, J., & Nolan, E. (2001). DSM-IV symptoms in-community and clinic preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1383-1392.

Gardner, F. (1994). The quality of joint activity between mothers and their children with behavior problems. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 935-948.

Gau, S., Shang, C., Liu, S., Lin, C., Swanson, J., Liu, Y., & Tu, C. (2008). Psychometric properties of the Chinese version of Swanson, Nolan, and Pelham, version IV scale – Parent form. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 17*, 35-44.

Gaub, M., & Carlson, C. (1996). Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. *Journal of Abnormal Child Psychology, 2*, 103-111.

Gaub, M., & Carlson, C. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1036-1045.

Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). *Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children: A guide for practitioners*. New York: Wiley.

Goodman R., Meltzer H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry, 7*, 125-130.

Goodman, R. & Stevenson, J. (1989). A twin study of hyperactivity: The aetiological role of genes, family relationships and perinatal adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30*, 691-709.

Greenhill L., Kollins S., Abikoff H., McCracken J., Riddle M., Swanson J., McGough J., Wigal S., Wigal T., Vitiello B., Skrobala A., Posner K., Ghuman Ja., Cunningham C., Davies M., Chuang S., & Cooper T. (2006). Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*, 1284-1293.

Hartsough, C., & Lambert, N. (1985) Medical factors in hyperactive and normal children: Prenatal, developmental, and health history findings. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*, 190-210.

Hartung, C., & Widdiger, T. (1998). Gender differences in the diagnosis of mental disorder: Conclusions and controversies of DSM-IV. *Psychological Bulletin, 123*, 260-278.

Horn, W., Wagner, A., & Lalongo, N. (1989). Sex differences in school-age children with pervasive Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *17*, 109-125.

Hundert, J., Morrison, L., & Mahoney, W. (1997). Parent and teacher assessment of developmental status of children with severe, mild/moderate, or no developmental disabilities. *Topics in early childhood special education*, *17*, 419-434.

Hynd, G., Nieves, N., Conner, R., & Stone, P. (1989). Speed of neurocognitive processing in children with attention deficit disorder with and without hyperactivity. *Journal of Learning Disabilities*, *22*, 573-579.

James, A., & Taylor, E. (1990). Sex differences in the hyperkinetics syndrome of childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *30*, 383-387.

Jarratt, K., Riccio, C., & Siekierski, B. (2005). Assessment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder using BASC and BRIEF. *Applied Neuropsychology*, *12*, 83-93.

Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2007). Efficacy of the Incredible Years Basic Parent Training Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child: Care & Development*, *33*, 749-756.

Kaplan, R., & Saccuzzo, D. (1997). *Psychological Testing: Principles, applications, and issues*. Boston: Brooks/Coles Publishing Company.

Kass, R., & Tinsley, H. (1979). Factor analysis. *Journal of Leisure Research*, *11*, 120-138.

Keogh, B., & Bernheimer, L. (1998). Concordance between mothers' and teachers' perception of behavior problems of children with developmental delays. *Journal of emotional and behavioural disorders*, *6*, 33-41.

Keown, L., & Woodward, L. (2002). Early parent-child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 541-553.

Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing* (2nd ed.). London: Routledge.

Korkman, M., Kirk, U., & Kemp, S. (1998). NEPSY: A development neuropsychological assessment. New York: Psychological Corporation.

Kratochvil, C., Greenhill, L., March, J., Burke, W., & Vaughan, B. (2004). The role of stimulants in the treatment of preschool children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *CNS Drugs*, 18, 957-966.

Kratochvil, C., Greenhill, L., March, J., Burke, W., & Vaughan, B. (2004). The role of stimulants in the treatment of preschool children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *CNS Drugs*, 18, 957-966.

Kumar, G., & Steer, R. (2003). Factorial validity of Conners' Parent Rating Scale-Revised: Short form with psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 80(3), 252-259.

Lahley, B. (2001). Should the combined and predominantly inattentive types of ADHD be considered distinct and unrelated disorders? Not now, at least. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(4), 494-497.

Lahley, B., Pelham, W., Loney, J., Kipp, H., Ehrhardt, A., Lee, S., Willcutt, E., Hartung, C., Chronis, A., & Massetti, G. (2004). Three-year predictive validity of DSM-IV Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children diagnosed at 4-6 years of age. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2014-2020.

Lahley, B., Pelham, W., Loney, J., Lee, S., & Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV of ADHD from preschool through elementary school. *Archives of General Psychiatry*, 62, 896-902.

Leblanc, N., Boivin, M., Dionne, G., Bredgen, M., Vitaro, F., Tremblay, R., & Pérusse, D. (2008). The development of hyperactivity-impulsive behaviors during the preschool years: Predictive validity of parental assessments. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*, 977-987.

Lin, C., Hsiao, C., & Chen, W. (1999). Development of sustained attention using continuous test among children 6-15 years of age. *Journal of Abnormal Psychology*, *27*(5), 403-412.

Lou, H., Hendriksen, L., & Bruhn, P. (1984). Focal cerebral hypoperfusion in children with dysphasia and/or attention deficit disorder. *Archives of Neurology*, *41*, 825-829.

Luk, S. (1985). Direct observations studies of hyperactive behaviors. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *24*, 338-344.

Mariani, M., & Barkley, R. (1997). Neuropsychological and academic functioning in preschool boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Developmental Neuropsychology*, *13*, 111-124.

Marshall, R., Hynd, G., Handwerk, M., & Hall, J. (1997). Academic underachievement in ADHD subtypes. *Journal of Learning Disabilities*, *30*, 635-642.

Martin, N., Piek, J., & Hay, D. (2006). DCD and ADHD: A genetic study of their shared aetiology. *Human Movement Science*, *25*, 110-124.

Mcburnett, K., Lhley, B., & Pfiffner, L. (1993). Diagnosis of attention deficit disorders in DSM-IV: Scientific basis and implications for education. *Exceptional Children*, *60*, 108-117.

McClellan, J., & Speltz, M. (2003). Psychiatric diagnosis in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *42*, 127-138.

McGee, R., Brodeur, D., Symons, D., Andrade, B., & Fahie, C. (2004). Time perception: Does it distinguish ADHD and RD children in a clinical sample? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 229-239.

McGee, R., Partridge, F., Williams, S., & Silva, P. (1991) A twelve-year follow-up of preschool hyperactive children. *Pediatrics*, 88, 64-79.

McGoey, K., DuPaul, G., Haley, E., & Shelton, T. (2007). Parent-teacher rating of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in preschool: The ADHD rating scale-IV-Preschool version. *Journal of Psychopathology Behavior Assessment*, 29, 269-276.

Mendelsohn, A., Dreyer, B., & Fierman, A. (1998). Low-level lead exposure and behavior in early childhood. *Pediatrics*, 101, 194-205.

Merrell, K., & Wolfe, T. (1998). The relationship of teacher-rated social skills deficits and ADHD characteristics among kindergarden-age children. *Psychology in the School*, 35, 101-109.

Milich, R., Balentine, A., & Lyam, D. (2001). ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical Psychology*, 8(4), 463-488.

Mirsky, A., Pascualvaca, D., Duncan, C., & French, L. (1999). A model of attention and its relations to ADHD. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5, 169-176.

Mitsis, E., McKay, K., Sculz, K., Newcorn J., & Halperin, J. (1999). Parent-teacher concordance for DSM-IV in a clinic-referred sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 308-313.

Moffitt, T. (1993). The neuropsychology of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 135-151.

Morgan, A., Hynd, G., Riccio, C., & Halll, J. (1996). Validity of DSM-IV ADHD predominantly inattentive and combined types: Relationship to previous DSM diagnosis/subtype differences. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 325-333.

Munden, A., & Arcelus, J. (1999). *The ADHD handbook: A handbook for parents and professionals on Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

Nichols, P., & Chen, C. (1981). *Minimal brain dysfunction: A prospective study*. New York: Elbaum.

Nolan, E., Gadow, K., & Spafkin, J. (1991). Teacher reports of DSM-IV ADHD, OCC, and CD symptoms in school children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 241-249.

Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Oosterlaan, J., & Sergeant J. (1998). Effects of reward and response cost on response inhibition in AD/HD, disruptive, anxious, and normal children, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 241-256.

Ostrander, R. Crystal, D., & August, G. (2006). Attention deficit-hyperactivity disorder, depression, and self- and other-assessment of social competence: A developmental study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 773-787.

Palfrey, J., Levine, M., Oberklaid, F., & Lener, M. (1981). An analysis of observed attention and activity patterns in preschool children. *Journal of Pediatrics*, 98, 1006-1011.

Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS 12* (2nd ed.). New York: Open University Press.

Pelham, W., Chacko, A., & Wymbs, B. (2004). Diagnostic and assessment issues of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in the young child. In R. DelCarmen-Wiggins & A.

Carter (Eds.). *Handbook of infant, toddler and preschool mental health assessment* (pp. 399-420). New York: Oxford University Press.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Pietrzak, R., Mollica, C., Maruff, P., & Snyder, P. (2006). Cognitive effects of immediate-release methylphenidate in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 30, 1225-1245.

Porfírio, H., Fernandes, B. & Borges, L. (1998). Intervenção psicofarmacológica na Perturbação por Défice de Atenção com Hiperactividade. *Psychologica*, 19, 201-207.

Power, J., Andrews, T., Eiraldi, R., Doherty, B. Ikeda, M. (1998). Evaluating Attention Deficit Hyperactivity Disorder using multiple informants: The incremental utility of combining teacher with parent reports. *Psychological Assessment*, 10, 250-260.

Power, T., & Ikeda, M. (1996). The clinical utility of behavior rating scales: Comments on the diagnostic assessment of ADHD. *Journal of School Psychology*, 34, 379-385.

Psychogiou, L., Daley, D., Thompson, M., & Sonuga-Barke, E. (2005). Mothers' expressed emotion toward their school-aged sons: Associations with child and maternal symptoms of psychopathology. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 458-464.

Rappaport, G., Ornoy, A., & Tenenbaum, A. (1998). Is early intervention effective in preventing ADHD? *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 35, 271-279.

Rodrigues, A. (2007). Escalas revistas de Conners. Formas reduzidas para pais e professores. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.). *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 3, pp. 203-227. Coimbra: Quarteto Editora.

Rowland, A., Lesesne, L., & Abromawitz, A. (2002). The epidemiology of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A public health view. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8, 162-170.

Schachar, R., Mota, V., Logan, G., Tannock, R., & Klim, P. (2000). Confirmation of an inhibitory control deficit in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 28(3), 227-235.

Seabra-Santos, M. (1998). WPPSI-R: *Estudos de adaptação e validação em crianças portuguesas*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

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

Shapiro, H. (1993). Assessment of conduct problems, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, and anxiety disorders in children and adolescents. In H. Vance (Ed.). *Best practices in assessment for school and clinical settings* (pp. 441-488). Vermont: Clinical Psychology Publishing Company.

Simões, M. (1998). Avaliação psicológica e diagnóstico na Perturbação de Hiperactividade com Défice da Atenção (I): Entrevistas. *Psychologica*, 19, 43-82.

Sonuga-Barke, E. (2002). Psychological heterogeneity in AD/HD: A dual pathway model of behavior and cognition. *Behavioral Brain Research*, 130, 29-36.

Sonuga-Barke, E. (2003). A dual pathway model of AD/HD: An elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 27, 593-604.

Sonuga-Barke, E. J. S., Auerbach, J., Campbell, S.B., Daley, D., & Thompson, M. (2005). Varieties of preschool hyperactivity: Multiple pathways between risk and disorder. *Developmental Science*, 8, 141-150.

Sonuga-Barke, E., Thompson, M., Abikoff, H., Klein, R., & Brotman, L. (2006). Nonpharmacological interventions for preschoolers with ADHD: The case for specialized parent training. *Infants & Young Children, 12*, 142-153.

Spencer, T., Bierderman, J., Wilens, T., & Faraone, S. (2002). Overview and neurobiology of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*, 3-9.

Stefanatos, G., & Baron, I. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A neuropsychological perspective towards DSM- V. *Neuropsychological Review, 17*, 5-38.

Steinkamp, M. (1980). Relationships between environmental distractions and tasks performance of hyperactive and normal children. *Journal of Learning Disabilities, 13*, 40-45.

Stevens, J. (1986). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum Associates.

Suen, H. (1990). *Principles of test theories*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Swanson, J., Gupta, S., & Guinta, D. (1999). Acute tolerance to methylphenidate in the treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children. *Clinical Pharmacology and Therapeutics, 66*, 295-305.

Szatmari, P. (1989). Correlates, associated impairments and patterns of service utilization of children with Attention Deficit Disorder: Findings from the Ontario Child Health Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30*, 205-217.

Tabachinick, B., & Field, L. (2001). *Using multivariate statistics* (4<sup>th</sup> ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Taylor, E. (1985). Syndromes of overactivity and attention deficit. In R. Michael & L. Hersov (Eds.), *Child Adolescent Psychiatry: Modern Approaches* (pp. 424-443). London: Butler & Tanner.

Treutler, C., & Epkins, C. (2002). Are discrepancies among child, mother and father's reports on children's behavior related to parents' psychological symptoms and aspects of parent-child relationships? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 13-27.

Volkmar, F., & Woolston, J. (1997). Comorbidity of psychiatric disorders in children and adolescents. In S. Wexler (Ed.), *Comorbidity in Psychiatry* (pp. 307-322). New York: Wiley.

Waschbusch, D., & King, S. (2006). Should sex-specific norms be used to assess attention-deficit/hyperactivity disorder or oppositional defiant disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 179-185.

Wheeler, J., & Carlson, C. (1994). The social functioning of children with ADHD with hyperactivity and ADD without hyperactivity: A comparison of their peer relations and social deficits. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*, 2, 2-12.

Wiersema, J., Van der Meere, J., & Royers, H. (2005). State regulation and response inhibition in children with ADHD and children with early-and continuously treated Phenylketonuria: An event-related potential comparison. *Journal of Inherited Metabolic Disorders*, 28, 831-843.

Wigal T., Greenhill L., Chuang S., McGough J., Vitiello B., Skrobala A., Swanson J., Wigal S., Abikoff H., Kollins S., McCracken J., Riddle M., Posner K., Ghuman J., Davies M., Thorp B., & Stehli, A. (2006). Safety and tolerability of methylphenidate in preschool children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 1294-1303.

Wilding, J. (2005). Is attention impaired in ADHD? *The British Journal of Developmental Psychology*, 23, 487-505.

Willcutt, E., Hartung, C., Lahley, B., Loney, J., & Pelham, W. (1999). Utility of behavior ratings by examiners during assessment of preschool children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 463-472.

World Health Organization - WHO (1992). *Mental and Behavioral Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organisation.

Zentall, S. (1985). Stimulus-control factors in search performance of hyperactive children. *Journal of Learning Disabilities, 18*, 480-485.

Zhang, S., Faries, D., Vowles, M., & Michelson, D. (2005). ADHD Rating Scales IV: Psychometric properties from a multinational study as a clinician-administered instrument. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 14*, 186-20.

***Anexos***

---

## **Anexo A.**

**Questionário de Avaliação da Desatenção e Hiperactividade no Pré-escolar  
– Versão Educadores (QADHPE-E) (Fernandes, Seabra-Santos, Alberto, 2008)**

# **Avaliação Comportamental de Crianças em Idade Pré-Escolar**

## **Questionário para Educadores**

O questionário aqui apresentado faz parte de um trabalho de investigação realizado no âmbito de uma tese de mestrado em Psicologia, pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, e tem como objectivo estudar o comportamento de crianças em idade pré-escolar.

Sendo os Educadores uma fonte de informação fundamental, a vossa cooperação é essencial. Por esse motivo, agradecemos que respondesse às questões formuladas no questionário que se segue.

Os resultados obtidos com a aplicação destes instrumentos são estritamente confidenciais, e serão utilizados exclusivamente para efeitos de investigação.

Não existem respostas certas ou erradas, pelo que é importante que responda de forma verdadeira e espontânea a cada questão/afirmação.

Por favor, não deixe nenhuma pergunta por responder, dado que isso pode invalidar todas as outras respostas.

Em caso de dúvida não hesite em contactar: Patrícia Fernandes – Telemóvel: \_\_\_\_\_

Obrigada pela sua colaboração.



## Questionário de Avaliação da Desatenção e Hiperactividade no Pré-escolar - Versão Educadores (QADHPE-E)

(Fernandes, Seabra-Santos, Alberto, 2008)

Nome da Criança: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino \_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_

Escola/Jardim-de-Infância: \_\_\_\_\_

Localização: Área Urbana \_\_\_\_ Área Moderadamente Urbana \_\_\_\_ Área Rural \_\_\_\_

Instituição: Pública \_\_\_\_ Privada \_\_\_\_

Data em que iniciou o acompanhamento desta criança: \_\_\_\_\_

A criança apresenta algum tipo de dificuldade sensorial (audição, visão, etc.)? \_\_\_\_\_ Se sim, especifique: \_\_\_\_\_

Já alguma vez o(a) aluno(a) foi encaminhado(a) para apoio educativo ou foi alvo de alguma medida pedagógica específica (por ex.: integração da criança numa turma com base nas suas características, encaminhamento para serviço de pedopsiquiatria, psicologia, terapia da fala, etc.)? Não \_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tendo como referencial o nível de rendimento apresentado pelos colegas de sala, como avalia o rendimento da criança nas actividades pré-escolares? Superior \_\_\_\_ Igual \_\_\_\_ Inferior \_\_\_\_

O/a aluno(a) apresenta um nível de aprendizagem inferior às suas capacidades? Sim \_\_ Não \_\_

A família demonstra interesse e participa na vida escolar da criança? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

## Instruções:

O questionário que se segue foi construído de forma a permitir a identificação, por parte dos educadores, de um conjunto de comportamentos e emoções manifestados por muitas crianças em idade pré-escolar

Para cada uma das afirmações, e tendo em conta a forma de agir do(a) aluno(a) nos diferentes contextos que integram a sua aprendizagem no ensino pré-escolar, assinale a alternativa de resposta que melhor traduz o comportamento deste(a) nos últimos 12 meses.

**1- Nunca - a criança não manifesta o comportamento**

**2- Raramente - a criança manifesta muito poucas vezes o comportamento**

**3- Algumas vezes - a criança ocasionalmente manifesta o comportamento**

**4- Muitas vezes – a criança manifesta regularmente o comportamento**

**5- Sempre - a criança manifesta constantemente o comportamento**

Itens	Respostas
1. É demasiado activo(a), incansável	1 2 3 4 5
2. ‘Desliga-se’ facilmente da tarefa ficando perdido(a) nos seus pensamentos.	1 2 3 4 5
3. Realiza as actividades demasiado depressa com pouca ou nenhuma qualidade ou correcção.	1 2 3 4 5
4. Parece não escutar mesmo quando se fala directamente com ele(a).	1 2 3 4 5
5. Tem mais dificuldade do que as outras crianças em manter a atenção durante a realização de tarefas dirigidas/orientadas.	1 2 3 4 5
6. Age de forma impulsiva sem pensar.	1 2 3 4 5
7. Não ouve ou não segue indicações verbais por falta de atenção.	1 2 3 4 5
8. Inicia as tarefas sem ouvir as explicações até ao final.	1 2 3 4 5
9. Não se consegue concentrar durante muito tempo.	1 2 3 4 5
10. Tem mais dificuldade em organizar as suas tarefas e actividade do que as outras crianças.	1 2 3 4 5
11. Parece ter dificuldade em permanecer sentado(a) e quieto(a) por um período de tempo razoável.	1 2 3 4 5

12. Durante a realização de uma actividade distrai-se facilmente com estímulos pouco importantes.	1	2	3	4	5
13. Interrompe e intromete-se nas actividades das outras crianças.	1	2	3	4	5
14. Evita e mostra desagrado perante as tarefas que requerem manter o esforço.	1	2	3	4	5
15. Tem dificuldade em seguir instruções devido à sua actividade excessiva.	1	2	3	4	5
16. Precipita-se e dá as respostas antes das perguntas serem concluídas.	1	2	3	4	5
17. Não presta atenção suficiente aos pormenores, cometendo muitos erros nas tarefas propostas.	1	2	3	4	5
18. Precisa que as indicações ou as perguntas sejam repetidas várias vezes.	1	2	3	4	5
19. Muda frequentemente de uma actividade para outra, sem terminar a anterior.	1	2	3	4	5
20. Não consegue esperar pela sua vez.	1	2	3	4	5
21. Tem dificuldade em manter a atenção quando realiza qualquer actividade.	1	2	3	4	5
22. Salta ou corre excessivamente em situações inapropriadas.	1	2	3	4	5
23. Não termina as actividades que começa.	1	2	3	4	5
24. Quando não está ocupado(a) permanece algum tempo imóvel, parecendo estar a 'sonhar acordado(a)'.	1	2	3	4	5

*Obrigada pela sua colaboração*

## **Anexo B.**

**Questionário de Avaliação da Desatenção e Hiperactividade no Pré-escolar  
– Versão Pais (QADHPE-P) (Fernandes, Seabra-Santos, Alberto, 2008)**

## **Avaliação Comportamental de Crianças em Idade Pré-Escolar**

O questionário aqui apresentado insere-se num trabalho de investigação realizado no âmbito de uma tese de mestrado em Psicologia, pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, e tem como objectivo estudar o comportamento de crianças em idade pré-escolar.

A vossa cooperação é essencial, uma vez que, como pais, são uma fonte de informação privilegiada. Por esse motivo, agradecemos que respondesse ao questionário que segue em anexo.

Os resultados obtidos com a aplicação destes instrumentos são confidenciais e serão utilizados exclusivamente para efeitos de investigação.

Não existem respostas certas ou erradas, pelo que é importante que responda de forma verdadeira e espontânea a cada questão/afirmação. Por favor não deixe nenhuma pergunta por responder, dado que isso pode invalidar todas as outras respostas.

Se lhe surgir alguma dúvida ao longo do preenchimento do questionário não hesite em contactar:

Patrícia Fernandes – Telemóvel: \_\_\_\_\_

Se tiver algum impedimento relativamente ao preenchimento deste questionário por favor contacte-me através do número de telemóvel anteriormente indicado.

Obrigada pela sua colaboração.



## Questionário de Avaliação da Desatenção e Hiperactividade no Pré-escolar - Versão Pais (QADHPE-P)

(Fernandes, Seabra-Santos, Alberto, 2008)

### **Dados relativos à criança:**

Nome da Criança: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo: Masculino \_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_

Escola/Jardim-de-Infância: \_\_\_\_\_

Instituição: Pública \_\_\_\_\_ Privada \_\_\_\_\_

### **Dados relativos ao pai:**

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil: solteiro \_\_\_\_ casado \_\_\_\_ viúvo \_\_\_\_  
divorciado \_\_\_\_ união de facto \_\_\_\_ outro \_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Profissão (Por favor especifique – por exemplo: mecânico de automóveis, trabalhador rural,  
professor do ensino secundário, enfermeiro, etc...): \_\_\_\_\_

Grau ou nível de escolaridade: 1º Ciclo (4º Ano completo) \_\_\_\_ 2º Ciclo (6º Ano completo) \_\_\_\_  
3º Ciclo (9º Ano completo) \_\_\_\_ Ensino Secundário (12º Ano completo) \_\_\_\_ Ens. Superior \_\_\_\_

### **Dados relativos à mãe:**

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil: solteira \_\_\_\_ casada \_\_\_\_  
viúva \_\_\_\_ divorciada \_\_\_\_ união de facto \_\_\_\_ outro \_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Profissão (Por favor especifique – por exemplo: trabalhadora rural, professora do ensino  
secundário, médica, etc...): \_\_\_\_\_

Grau ou nível de escolaridade: 1º Ciclo (4º Ano completo) \_\_\_\_ 2º Ciclo (6º Ano completo) \_\_\_\_  
3º Ciclo (9º Ano completo) \_\_\_\_ Ensino Secundário (12º Ano completo) \_\_\_\_ Ens. Superior \_\_\_\_

Questionário preenchido por: Mãe \_\_\_\_ Pai \_\_\_\_ Outra pessoa (especificar) \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data de preenchimento deste questionário: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Instruções:

O questionário que se segue foi construído de forma a permitir a identificação, por parte de um dos progenitores ou de um adulto significativo da criança, de um conjunto de comportamentos manifestados por muitas crianças em idade pré-escolar. Para cada uma das afirmações, e tendo em conta a forma de agir do seu(sua) filho(a) nos últimos 12 meses, assinale com um círculo a alternativa de resposta que melhor traduz o comportamento deste(a).

- 1- Nunca - a criança não manifesta o comportamento**
- 2- Raramente - a criança manifesta muito poucas vezes o comportamento**
- 3- Algumas vezes - a criança ocasionalmente manifesta o comportamento**
- 4- Muitas vezes – a criança manifesta regularmente o comportamento**
- 5- Sempre - a criança manifesta constantemente o comportamento**

Itens	Respostas				
	1	2	3	4	5
1. É demasiado activo(a), incansável	1	2	3	4	5
2. ‘Desliga-se’ facilmente da tarefa ficando perdido(a) nos seus pensamentos.	1	2	3	4	5
3. Realiza as actividades demasiado depressa com pouca ou nenhuma qualidade ou correcção.	1	2	3	4	5
4. Parece não escutar mesmo quando se fala directamente com ele(a).	1	2	3	4	5
5. Tem mais dificuldade do que as outras crianças em manter a atenção durante a realização de tarefas dirigidas/orientadas.	1	2	3	4	5
6. Age de forma impulsiva sem pensar.	1	2	3	4	5
7. Não ouve ou não segue indicações verbais por falta de atenção.	1	2	3	4	5
8. Inicia as tarefas sem ouvir as explicações até ao final.	1	2	3	4	5
9. Não se consegue concentrar durante muito tempo.	1	2	3	4	5
10. Tem mais dificuldade em organizar as suas tarefas e actividade do que as outras crianças.	1	2	3	4	5
11. Parece ter dificuldade em permanecer sentado(a) e quieto(a) por um período de tempo razoável.	1	2	3	4	5

12. Durante a realização de uma actividade distrai-se facilmente com estímulos pouco importantes.	1	2	3	4	5
13. Interrompe e intromete-se nas actividades das outras crianças.	1	2	3	4	5
14. Evita e mostra desagrado perante as tarefas que requerem manter o esforço.	1	2	3	4	5
15. Tem dificuldade em seguir instruções devido à sua actividade excessiva.	1	2	3	4	5
16. Precipita-se e dá as respostas antes das perguntas serem concluídas.	1	2	3	4	5
17. Não termina as actividades que começa.	1	2	3	4	5
18. Precisa que as indicações ou as perguntas sejam repetidas várias vezes.	1	2	3	4	5
19. Muda frequentemente de uma actividade para outra, sem terminar a anterior.	1	2	3	4	5
20. Não presta atenção suficiente aos pormenores, cometendo muitos erros nas tarefas propostas.	1	2	3	4	5
21. Tem dificuldade em manter a atenção quando realiza qualquer actividade.	1	2	3	4	5
22. Salta ou corre excessivamente em situações inapropriadas.	1	2	3	4	5
23. Não consegue esperar pela sua vez.	1	2	3	4	5
24. Quando não está ocupado(a) permanece algum tempo imóvel, parecendo estar a 'sonhar acordado(a)'.	1	2	3	4	5

- Por favor, identifique os membros da família com quem a criança vive (no caso de ter irmãos, identifique as idades destes).\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- A gravidez do(a) seu/sua filho(a) foi planeada? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

- Durante a gravidez verificaram-se complicações médicas? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ Se sim, quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Verificaram-se complicações médicas durante ou logo após o parto? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Se sim, quais? \_\_\_\_\_

- O seu/sua filho(a) tem sido uma criança saudável? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ Se não, que tipo de problemas de saúde teve ou tem? \_\_\_\_\_

- Existe na família próxima um historial de doenças psiquiátricas? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Se sim, quem? \_\_\_\_\_ Que tipo de doença? \_\_\_\_\_

**Após terminar o preenchimento do questionário, e de ter confirmado se respondeu a todas as afirmações, por favor, entregue-o à educadora do(a) seu(sua) filho(a).**

**Muito obrigada pela sua colaboração**

## **Anexo C.**

### **Grelha de Observação do Comportamento na Situação de Teste**

## Observação do Comportamento na Situação de Teste

Nome: \_\_\_\_\_

Jardim de Infância: \_\_\_\_\_

Comportamentos	Registo de Ocorrência			
	Gravuras	Tabuleiro	Gatos	Caras
1- Tem dificuldade em manter a atenção na tarefa				
2- Parece não ouvir o que lhe é dito directamente				
3- Não segue instruções				
4- Tem dificuldade em organizar as tarefas				
5- Mostra relutância em realizar tarefas que requeiram esforço mental				
6- Perde objectos necessários para a tarefa				
7- Distrai-se com estímulos irrelevantes				
8- Movimenta os pés e mãos em excesso quando está sentado				
9- Levanta-se quando deve estar sentado				
10- Corre e salta em situações nas quais é inadequado				
11- Tem dificuldade em dedicar-se tranquilamente a uma actividade de ócio				
12- Actua como se estivesse ligado a um motor				
13- Fala em excesso				
14- Responde antes da pergunta/instruções estar concluída				
15- Tem dificuldade me esperar pela sua vez				

