



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA): Convergência da avaliação entre diferentes fontes

Vera Lúcia Gomes Ribeiro

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre na especialidade de

Psicologia Clínica e da Saúde

(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Ema Patrícia Oliveira

Covilhã, Outubro de 2011

Dedicatória

*“Pelo sonho é que vamos,
Comovidos e mudos.
Chegamos? Não chegamos?
Haja ou não frutos,
Pelo Sonho é que vamos.*

*Basta a fé no que temos.
Basta a esperança naquilo
Que talvez não teremos.
Basta que a alma demos,
Com a mesma alegria,
ao que é do dia-a-dia.*

Chegamos? Não chegamos?

-Partimos. Vamos. Somos.”

(O Sonho, Sebastião da Gama)

Resumo

No DSM-IV, afirma-se que, a fim de estabelecer o diagnóstico de PHDA, algumas das alterações causadas pelos sintomas (desatenção, hiperactividade e impulsividade) devem ocorrer em dois ou mais contextos (por exemplo, em casa e na escola), por isso, o uso de diferentes fontes de informação (pais e professores) é útil e indispensável no processo de diagnóstico. O uso combinado de escalas de avaliação permite avaliar a frequência e a intensidade dos sintomas, proporcionando valores de referência normativos, que facilitam o diagnóstico e o acompanhamento de forma objectiva.

O estudo desenvolvido tem como principais objectivos gerais analisar a convergência da avaliação da PHDA entre diferentes fontes, nomeadamente a partir da avaliação comportamental (através das CRS-R para pais e professores) e da avaliação cognitiva (através da WISC-III) em crianças do 1º ciclo com suspeita de PHDA. A amostra incluída na investigação fez uma totalidade de 60 crianças (42 rapazes e 18 raparigas) com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, acompanhadas no CHCB e no HAL por suspeita de PHDA. Os instrumentos utilizados foram as *Conners' Rating Scales - Revised (Long Version)* (CRS-R) para pais e professores e a Escala de Inteligência de Wechsler para crianças - Terceira Edição (WISC-III).

Os principais resultados/conclusões por nós obtidos foram: 1) quando consideradas as subescalas e índices das CRS-R, a concordância entre pais e professores é mais elevada quando se avaliam comportamentos externalizantes; 2) quando avaliada a convergência na sinalização de sintomas de PHDA, apurou-se que existe consonância quando identificados sintomas de hiperactividade-impulsividade, não havendo convergência relativamente aos sintomas de desatenção; 3) quando associadas a WISC-III e as CRS-R, conclui-se que o Índice de Velocidade de Processamento é o melhor preditor na avaliação da PHDA, tanto de tipo Hiperactivo/Impulsivo como de tipo Combinado, quando o informador é o professor; 4) quando relacionadas a WISC-III e os sintomas de PHDA, tanto os sintomas de desatenção como os de hiperactividade-impulsividade estão associados com provas verbais da WISC-III; e 5) segundo os professores existem diferenças de género para o Índice de Sintomas do DSM-IV e para as subescalas que o integram, com valores mais elevados nas raparigas; na perspectiva dos pais apuramos que existem diferenças de género na Subescala de Sintomas de Desatenção, sendo o género feminino a pontuar valores mais altos.

Palavras-chave: PHDA; avaliação psicológica; convergência pais/professores.

Abstract

DSM states, that in order to establish the diagnosis of ADHD, some of the changes caused by the symptoms (inattention, hyperactivity and impulsivity) must occur in two or more settings (eg, at home and at school) therefore, the use of different information sources (parents and teachers) is useful and necessary in the diagnostic process. The combined use of rating scales allows us to evaluate the frequency and intensity of symptoms, providing normative reference values, which facilitate the diagnosis and monitoring objectively.

The study developed had as main objectives to analyze the convergence of the general assessment of ADHD among different sources, including from the behavioral assessment (through the CRS-R to parents and teachers) and cognitive assessment (using the WISC-III) in children 1st cycle with suspected ADHD. The research sample included a total of 60 children (42 boys and 18 girls) aged 6 to 10 years followed at CHCB and HAL for suspected ADHD. The instruments used were the Conners' Rating Scales - Revised (Long Version) (CRS-R) for parents and teachers and the Wechsler Intelligence Scale for Children - Third Edition (WISC-III).

The main findings/conclusions we obtained were: 1) when considering the subscales and indices of CRS-R, the correlation between parents and teachers is higher when assessing externalizing behaviors, 2) when evaluated in signaling the convergence of ADHD symptoms, it was found that there is concordance when identified symptoms of hyperactivity-impulsivity, although there is no convergence towards the symptoms of inattention, 3) when associated the WISC-III and the CRS-R, it is concluded that the Processing Speed Index is best predictor in the assessment of ADHD, both type Hyperactive/Impulsive and Combined Type, when the informant is the teacher, 4) when WISC-III and the symptoms of ADHD are associated it was related, symptoms of inattention and the hyperactivity-impulsivity are associated with tests of verbal WISC-III, and 5) according to the teachers, there are gender differences for the Index of Symptoms of DSM-IV subscales, with higher values in girls, from the perspective of parents we found that there are gender differences in symptoms of inattention subscale, with the female gender to score higher values.

Key-words: ADHD, psychological evaluation, convergence parents/teachers

Agradecimentos

A presente dissertação de mestrado surge como uma meta final de um percurso pautado por privações, sacrifícios, mas também por momentos de alegria e satisfação a cada etapa conquistada. Sendo o produto de um trabalho árduo e constante, devo expressar o meu sincero agradecimento a todos os que de forma directa ou indirecta, contribuíram para a concretização de um sonho. Gostaria de exprimir algumas palavras de agradecimento e profundo reconhecimento, em particular:

Antes de mais, aos meus pais e à minha irmã, um agradecimento infinito pelo amor, carinho, apoio e pelos ensinamentos de uma vida que fizeram de mim aquilo que hoje sou;

Aos meus amigos e colegas, por serem companheiros neste caminho longo que parece demorar sempre mais um pouco a chegar ao fim. Obrigada pelos risos que soubemos dar quando a ansiedade chega perto, pelo sábio apoio, pelo crescimento, acima de tudo por estarem sempre lá;

À Professora Doutora Ema Patrícia Oliveira pela competência com que orientou esta minha tese e o tempo que generosamente me dedicou transmitindo-me os melhores e mais úteis ensinamentos, com paciência, lucidez e confiança. Pelo acesso que me facilitou a uma pesquisa mais alargada e enriquecedora e pela sua crítica sempre tão atempada, como construtiva;

À Doutora Mónica Grancho do CHCB e às Doutoradas M^a José Mira e Cristina Correia do HAL, pela disponibilidade e ajuda na selecção da amostra.

Há muito mais a quem agradecer... A todos aqueles que, embora não nomeados, me brindaram com os seus inestimáveis apoios em distintos momentos e pelas suas presenças afectivas, o meu reconhecido e carinhoso muito obrigado,

Bem-haja!

Índice

Dedicatória	iii
Resumo.....	vii
Abstract.....	iii
Agradecimentos	ix
Lista de Figuras	xiii
Lista de Tabelas	xv
Introdução	1
Capítulo I. Corpo Teórico	3
1. Conceito e características da PHDA	3
1.1.Evolução histórica do conceito	3
1.2.Em torno de uma definição	5
1.3.Dimensões essenciais	6
1.3.1. Défice de atenção.....	6
1.3.2. Hiperactividade.....	7
1.3.3. Impulsividade.....	7
1.4. Modelo de auto-regulação de Barkley	8
1.4.1. Processos de inibição comportamental.....	9
1.4.2. Conceito de auto-regulação segundo Barkley.....	9
1.4.3. Funções executivas na auto-regulação.....	9
1.4.4. Controlo motor.....	10
1.4.5. Aplicação do modelo de auto-regulação à PHDA.....	13
1.5.Prevalência da PHDA	13
1.6.Etiologia da PHDA	15
1.7.Comorbilidades e Problemas Associados	17
1.7.1. Desempenho escolar.....	18
1.7.2. Desempenho social e comportamental.....	19
2. Avaliação da PHDA	21
2.1. Entrevista Diagnóstica	22
2.1.1. Entrevista com os pais e com a criança/adolescente.....	23
2.1.2. Entrevista com o(s) professor(es).....	24
2.2. Instrumentos de avaliação mais utilizados.....	25
3. Contributos da avaliação comportamental e cognitiva para o diagnóstico da PHDA Error!	
Bookmark not defined.	
3.1. Contributo das Escalas de Conners na avaliação da PHDA	28
3.2. Contributo das Escalas de Wechsler na avaliação da PHDA	30
Capítulo II. Corpo Empírico	35

1. Objectivos, hipóteses e natureza do estudo	35
2. Método	36
2.1. Participantes	36
2.2. Instrumentos	37
2.3. Procedimentos	42
3. Resultados	42
3.1. Estudo prévio sobre a consistência interna das CRS-R.....	42
3.2. Análises descritivas.....	45
3.2.1. Análise descritiva dos resultados nas CRS-R.....	45
3.2.2. Análise descritiva dos resultados na WISC-III.....	50
3.3. Análises inferenciais	51
4. Discussão	59
Considerações Finais.....	65
Referências Bibliográficas	65
Anexos.....	77
Anexo 1: Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção.....	79
Anexo 2: Pedido de autorização endereçado ao HAL.....	83
Anexo 3: Consistência interna por subescala e itens.....	87

Lista de Figuras

Figura 1: Características da PHDA segundo o modelo de auto-regulação de Barkley.....	12
Figura 2: Frequência de sintomas de desatenção segundo pais e professores.....	48
Figura 3: Frequência de sintomas de hiperactividade/impulsividade segundo pais e professores.....	49

Lista de Tabelas

Tabela 1: Distribuição da amostra por género.....	36
Tabela 2: Distribuição da amostra por ano de escolaridade.....	36
Tabela 3: Distribuição da amostra por instituição.....	37
Tabela 4: Interpretação dos T-score e percentis das CRS-R.....	39
Tabela 5: Organização dos subtestes da WISC-III	40
Tabela 6: Subtestes que constituem os Índices Factoriais da WISC-III.....	40
Tabela 7: Coeficientes de consistência interna das subescalas e índices da CRS-R para pais..	43
Tabela 8: Coeficientes de consistência interna das subescalas e índices da CRS-R para professores.....	44
Tabela 9: Estatística descritiva por subescala (T-score) das CRS-R.....	45
Tabela 10: Estatística descritiva por índice (T-score) das CRS-R.....	46
Tabela 11: Subtipo de PHDA segundo pais e professores, tomando o género.....	47
Tabela 12: Estatística descritiva por subtestes da WISC-III.....	50
Tabela 13: Estatística descritiva por QIs e Índices Factoriais da WISC-III.....	50
Tabela 14: Correlações entre as CRS-R para pais e professores por subescala e índices.....	51
Tabela 15: Correlações entre pais e professores na sinalização de sintomas de desatenção do DSM-IV.....	52
Tabela 16: Correlações entre pais e professores na sinalização de sintomas de hiperactividade-impulsividade do DSM-IV.....	53
Tabela 17: Correlações entre as CRS-R e a WISC-III.....	55
Tabela 18: Correlações entre a WISC-III e os sintomas de PHDA do DSM-IV.....	57
Tabela 19: Diferenças de género para o Índice de Sintomas do DSM-IV na CRS-R dos professores.....	58
Tabela 20: Diferenças de género para o Índice de Sintomas do DSM-IV na CRS-R dos pais.....	59

Introdução

“Ele não pára quieto...”, “Está sempre a mexer em tudo...”, “É muito agitado e impulsivo...”, “Está constantemente desatento...”, “Não consegue terminar uma única actividade ou tarefa...”. Estas são algumas das afirmações que diariamente os pais e professores das crianças com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) verbalizam. Outras características são igualmente apontadas às crianças hiperactivas, tais como: agitação, irrequietude, preguiça, pouca persistência, imaturidade, irresponsabilidade, desorganização, desinibição comportamental, dificuldades no relacionamento social, dificuldades de aprendizagem, entre outras (Lopes, 2003).

A PHDA é, provavelmente, a perturbação da infância e da adolescência mais estudada na actualidade, sendo um termo cada vez mais utilizado na nossa sociedade. Esta banalização levou, por seu lado, a uma generalização desta patologia, o que faz com que qualquer criança que apresente algumas alterações comportamentais possa ser, desde logo, rotulada como uma criança hiperactiva, sem muitas vezes se tentar compreender quais as condições ou variáveis que podem justificar tais comportamentos.

A PHDA pode ser descrita como uma perturbação do comportamento infantil, de base genética, em que estão implicados diversos factores neuropsicológicos, que provocam na criança alterações atencionais, impulsividade e uma grande actividade motora. Trata-se de um problema generalizado de falta de auto-controlo com repercussões no desenvolvimento, na capacidade de aprendizagem e na adaptação psicossocial (Barkley, 2006; Cardo & Servera-Barceló, 2005). Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - 4ª Edição (DSM-IV), a PHDA é uma perturbação neurodesenvolvimental que resulta de uma semiologia característica: desatenção, hiperactividade e impulsividade, cujos sintomas devem aparecer antes dos 7 anos de idade e ocorrer em diferentes contextos (em casa e na escola) (Ortiz-Luna & Tomasini, 2006).

A avaliação das perturbações desenvolvimentais na infância é uma tarefa muito complexa, devido à diversidade de sintomas observados, que na sua maioria são variantes de estados evolutivos normais. A estas características acrescenta-se ainda, o facto de as crianças não assistirem às consultas sozinhas, sendo acompanhadas pelos pais, encaminhadas por professores ou outros técnicos de saúde mental. Por estas razões, obter descrições válidas das diferentes fontes, que fornecem as informações necessárias sobre o comportamento da criança e da sua história de desenvolvimento é a chave para o diagnóstico da PHDA (Montiel-Nava & Peña, 2001).

Em geral, os pais e os professores são as melhores fontes de informação na identificação e sinalização de sintomas da PHDA, sendo a informação obtida a partir de diversas escalas de avaliação e entrevistas clínicas. O seu uso combinado permite avaliar a frequência e a intensidade dos sintomas com maior exactidão, proporcionando valores de referência

normativos, facilitando o diagnóstico e o acompanhamento de forma mais objectiva (Campos, Alecha, García, Gamissans & Santacana, 2002; Ortiz-Luna & Acle-Tomasini, 2006).

Contudo, nem sempre existe concordância relativamente à avaliação do comportamento das crianças e aos principais sintomas. As discrepâncias na avaliação em casa e na escola podem dever-se a várias razões. A mais óbvia é que a criança apresente um comportamento diferente em cada contexto (tratando-se de comprometimento biológico e enfatizando a importância das contingências ambientais); ou talvez, a capacidade de observação de cada um dos avaliadores é diferente. As diferenças na informação proporcionadas por cada uma das fontes podem ser interpretadas também, como um reflexo da natureza e interacção que cada um tem com a criança. Talvez, ainda, reflectam necessidades diferentes dos vários contextos, que na escola não perturbe e colabore e em casa que cause o menor número de problemas possíveis (Cáceres & Herrero, 2011).

Por tudo isto, e sendo a PHDA uma perturbação tão heterogénea, consideramos pertinente estudar o contributo dos principais informadores, nomeadamente pais e professores, na avaliação e sinalização de sintomas, assim como a sua convergência ou divergência no que à avaliação diz respeito. Sabendo ainda que a perturbação traz repercussões ao nível da capacidade de aprendizagem, pretendemos analisar o contributo da avaliação cognitiva no diagnóstico da problemática. Desta forma, o objectivo da nossa investigação é analisar a convergência do diagnóstico da PHDA entre diferentes fontes, nomeadamente a partir da avaliação comportamental (através das *Conners' Rating Scales - Revised* para pais e professores) e da avaliação cognitiva (através da Escala de Inteligência de Wechsler para crianças - 3ª edição) em crianças do 1º ciclo com suspeita de PHDA. Em termos meramente descritivos, pretende-se analisar as médias obtidas por subescala e índice das CRS-R e por subteste, QIs e índices factoriais da WISC-III; a frequência de sintomas de PHDA sinalizados por pais e professores nas CRS-R, e, ainda o subtipo de PHDA segundo pais e professores, tomando o género. Pretende-se, também, analisar a convergência entre as CRS-R para pais e professores; a convergência entre pais e professores na sinalização de sintomas de PHDA; a convergência entre as CRS-R e a WISC-III; e, a convergência entre a WISC-III e os sintomas para PHDA. Por fim, pretende-se averiguar as diferenças de género nas CRS-R para pais e professores.

A sequência estrutural desta dissertação é constituída por dois capítulos. No primeiro capítulo é apresentada uma revisão da literatura sobre os principais conceitos e características da PHDA, a avaliação da PHDA e os contributos da investigação para o entendimento da problemática. Por sua vez, no segundo capítulo é exposta a componente empírica desta dissertação onde é apresentado o tipo de estudo realizado, o método (participantes, instrumentos e procedimentos), os resultados obtidos, a discussão dos resultados com base na literatura teórica e as conclusões deste estudo. Por último, apresentam-se as limitações desta investigação e sugestões para estudos futuros.

Capítulo I. Corpo Teórico

1. Conceito e características da PHDA

1.1. Evolução histórica do conceito

Segundo Stewart (1970), o entendimento das actuais dificuldades de definição, conceptualização, avaliação e intervenção em torno da Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) aporta-nos para o conhecimento da história da síndrome. Sendo consensual que Still (1902) foi quem primeiro identificou a problemática, as primeiras referências relativas a crianças agressivas, com dificuldade no controlo de impulsos, desafiadoras e indisciplinadas, surgiram na Europa no final do séc. XIX. A hiperactividade era percebida como sintoma dos atrasos mentais, característica de crianças muito instáveis, com falta de atenção e excessiva descoordenação motora (Barkley, 2006).

Em 1902, George Frederic Still definiu a problemática como um defeito de conduta moral, referindo-se a estas crianças como portadoras de uma “deficiência do controlo moral”, baixos índices de “inibição volitiva” e de atenção, agressividade, hiperactividade e, como problemas associados, a desonestidade, a crueldade, a desobediência sistemática e dificuldades de aprendizagem. Still estava fortemente convicto da origem orgânica do problema, sendo esta perspectiva durante algum período de tempo corroborada por novas investigações. Provavelmente as crianças com “deficiências do controlo moral” de Still, seriam actualmente diagnosticadas como apresentando uma PHDA, Distúrbio de Oposição, Distúrbio de Conduta ou Dificuldades de Aprendizagem (Lopes, 2004).

Em meados do séc. XX, sobretudo nos países anglo-saxónicos, surge o conceito de “Lesão Cerebral Mínima” (Barkley, 1997) em consequência da constatação de que várias crianças que tinham sofrido lesões cerebrais graves e tinham sobrevivido, assim como aquelas com traumatismos cranianos e expostas a produtos tóxicos, apresentarem sintomatologia semelhante à descrita até então. Tratava-se portanto de uma causa anatómica. Esta concepção levantou alguma discórdia, e mais tarde veio a considerar-se que, apesar dos défices funcionais apresentados, a lesão cerebral não era sempre evidente, podendo-se então atribuir a sintomatologia presente a um mau funcionamento cerebral (Lopes, 2004). Por esta razão, o conceito de lesão cerebral foi abandonado, e substituído pelo não menos controverso conceito de “Disfunção Cerebral Mínima” (DCM). As características mais frequentemente referidas como indiciando a presença de DCM eram: hiperactividade, deficiências perceptivo-motoras, labilidade emocional, défices de coordenação motora, distúrbios da atenção, impulsividade, distúrbios da memória e pensamento, distúrbios específicos da aprendizagem, distúrbios auditivos e de discurso e irregularidades electroencefalográficas (Clements, 1966).

Com a crescente exploração do tema e devido ao aprofundamento relativamente às causas directas da perturbação, surge a hipótese de que poderiam agrupar-se diversos factores não orgânicos, que poderiam desencadear um agravamento da situação e, não raras vezes, serem

a única causa (Rebollo, 1972). Desta forma, o debate que gira em torno da PHDA deixou de se centrar meramente na etiologia e passou a considerar também outros factores presentes, do ponto de vista semiológico.

Em consequência dos problemas e objecções em torno do conceito de DCM, alguns autores sugerem a substituição desta terminologia por “Síndrome Hipercinético Infantil” (SHI) (Burks, 1960; Chess, 1960 & Ounstead, 1955). Chess (1960) definiu a criança hiperactiva como “aquela que, ou realiza actividades a uma velocidade superior ao normal, ou está constantemente em movimento, ou ambos”. Esta denominação foi bem aceite e chegou a ser utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Classificação Internacional de Doenças (CID - 9) (Lopes, 2004). No início dos anos 70, a definição das características das crianças com esta problemática veio corroborar estas investigações, onde a hiperactividade é a principal sintomatologia, podendo esta associar-se a outros factores como a falta de atenção, escassa tolerância à frustração, impulsividade, distração e agressividade (Barkley, 2006).

Em meados dos anos 70, assiste-se a uma mudança radical na concepção do distúrbio. Os níveis exagerados de actividade motora deixam de ser considerados como o aspecto central da problemática, emergindo o défice de atenção como a característica que melhor a definiria. Esta mudança de concepção foi despoletada pelos trabalhos de Virginia Douglas (1972), considerando que os défices na manutenção da atenção e a impulsividade são o âmago da problemática.

A publicação do DSM-III (APA, 1980) representou a apoteose de uma radical alteração na conceptualização da hiperactividade. A crescente insistência ao longo dos anos 70 nos problemas de atenção das crianças hiperactivas conduziu a Associação de Psiquiatria Americana considerasse que, sendo o excesso de actividade secundário em relação aos problemas de atenção e impulsividade, haveria evidências para alterar não só os critérios de diagnóstico, mas também a própria denominação da problemática (Lopes, 2004). Nasce então um novo paradigma, que conduz à revisão dos conceitos relacionados com a atenção, enquanto processo cognitivo. Surge desta forma, a denominação de *Distúrbio de Défice de Atenção* (DDA). Nesta fase, houve um agrupamento por sintomas: atenção, impulsividade e hiperactividade.

O DSM-III-R (APA, 1987) trouxe uma revisão importante dos critérios de diagnóstico contidos no DSM-III. Altera a denominação para *Perturbação Hiperactiva e Défice de Atenção* (PHDA) e no que respeita aos critérios de diagnóstico, os sintomas são apresentados numa única lista, eliminando os agrupamentos de sintomas de desatenção, impulsividade e hiperactividade. Em 1992, através do CID-10, encontra-se a designação de *Distúrbio Hipercinético* da infância e da adolescência. De acordo com esta estrutura taxonómica, não só se realça a hiperquinesia em detrimento da desatenção como se assinala a necessidade de o despiste ser realizado em mais do que um contexto (Lopes, 2004).

Lucas (1992) refere que esta dificuldade a nível conceptual se deve às diferentes perspectivas apresentadas pela OMS e pela APA, assim como a diversos estudos epidemiológicos realizados em vários países, com resultados contrários. Com a publicação do

DSM-IV (1994), parece começar a existir maior consenso e maior aceitação dos critérios de diagnóstico, sendo consagrada uma nova subdivisão da lista de sintomas: sintomas de hiperactividade-impulsividade e sintomas de desatenção. Destaca-se ainda, a importância do despiste ser realizado em contextos estruturados, com particular destaque para a sala de aula. Desta forma, embora se considere que a desatenção, a impulsividade e o excesso de actividade motora são as características fundamentais da problemática, realça-se que sejam observados por períodos mais ou menos prolongados nos contextos em que frequentemente ocorrem (sociais, académicos ou ocupacionais). Por esta razão, os professores são considerados observadores particularmente privilegiados das manifestações da problemática (Lopes, 2004).

Continuam, apesar de a PHDA ser aceite como entidade nosológica, a surgir novos trabalhos e novas investigações que poderão contribuir para uma nova revisão conceptual, cooperando para tal diferentes ciências com os seus avanços tecnológicos.

1.2. Em torno de uma definição

Tomando a actual definição do DSM-IV-TR, a Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) é uma perturbação neurodesenvolvimental complexa, de origem biológica, caracterizada por um “padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperactividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento” (APA, 2002, p. 85). Trata-se de um distúrbio psiquiátrico que se caracteriza pela presença de desatenção, hiperactividade e impulsividade que exige a manifestação de, pelo menos, seis sintomas de uma lista de nove de desatenção e/ou seis sintomas também de uma lista de nove de hiperactividade-impulsividade, para que o diagnóstico seja estabelecido em crianças, adolescentes ou adultos (cf. Anexo 1). De acordo com este sistema de classificação e diagnóstico, estes sintomas devem manifestar-se antes dos 7 anos, ocorrer em mais do que um contexto (por exemplo, casa e escola) e ser causa de disfunção clinicamente significativa em contextos importantes de vida da criança (social, académico ou familiar).

Segundo Barkley (2006), a PHDA trata-se de um distúrbio do desenvolvimento, caracterizado por níveis desregulados de atenção, actividade e impulsividade que aparecem habitualmente no início da infância e são de natureza relativamente crónica. As suas causas podem ser várias como uma lesão neurológica, défice sensorial, problema desenvolvimental mental e perturbação emocional grave. Trata-se de uma perturbação genética acompanhada por um metabolismo deficitário ao nível dos neurotransmissores, condicionando a actividade cerebral, a qual comanda o centro de inibição do comportamento, a auto-organização, o auto-controlo e a capacidade para inferir o futuro, conduzindo a graves dificuldades no que se refere à gestão eficaz dos aspectos do dia-a-dia.

Podemos assim concluir que, a PHDA é uma perturbação de natureza biopsicossocial, isto é, manifesta dimensões de ordem genética, biológica, social e vivencial que competem para a

sua intensidade. Agitação, inquietude, desorganização, imaturidade, relacionamento social pobre, inconveniência social, problemas de aprendizagem, irresponsabilidade e falta de persistência são algumas das características apontadas a estas crianças (Lopes, 2004). Uma vez que a perturbação interfere de modo significativo na rotina diária, deverá haver uma intervenção eficaz e adequada assim que apareçam os primeiros sintomas.

1.3. Dimensões essenciais

Como já foi referido anteriormente, a PHDA abarca três sintomas primários: falta de atenção, excesso de actividade motora (hiperactividade) e impulsividade. Como sintomas associados podem destacar-se os distúrbios de conduta, dificuldades de aprendizagem, problemas de relacionamento social, baixo nível de auto-estima e alterações emocionais (Garcia, 2001).

São crianças que costumam ter propensão para sofrer acidentes devido à escassa consciência do risco que demonstram em situações de perigo. Apresentam, também, problemas de disciplina por incumprimento ou ultrapassagem das normas estabelecidas. A sua relação com os adultos caracteriza-se pela desinibição, costumam ter problemas de relacionamento social e podem ficar isoladas do grupo de pares. De igual forma, podem mostrar défices cognitivos, atrasos em aptidões motoras e na linguagem. Manifestam condutas anti-sociais e uma baixa auto-estima (Garcia, 2001).

Convém, antes de mais, esclarecer alguns pontos-chave relativamente aos sintomas primários que caracterizam a PHDA:

1.3.1. Défice de Atenção

A atenção é um requisito fundamental para o processo de aprendizagem, devendo ser selectiva e contínua, isto é, orientada para um estímulo relevante de entre outros e manter-se nele por um período de tempo alargado. A atenção de uma criança com esta problemática dispersa-se facilmente com estímulos irrelevantes para a tarefa que está a realizar. A criança tem dificuldade em orientar a sua atenção de acordo com um processo organizado de prioridades a conceder aos estímulos que o meio lhe vai oferecendo (Parker, 2003).

Não sendo a atenção um processo independente, existem variáveis que a condicionam, umas externas ao indivíduo (e.g., a intensidade dos estímulos) e outras internas (e.g., capacidades e interesses). A atenção caracteriza-se por um processo multidimensional, cujos principais problemas podem estar relacionados com o alerta, a activação, a selectividade, a manutenção, o nível de apreensão, entre outros (Hale & Lewis, 1979 cit. in Lopes, 2004).

Os sintomas que, segundo o DSM-IV-TR, são indicadores de falta de atenção se forem verificados pelo menos seis deles: 1. Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades; 2. Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades; 3. Parece não ouvir quando se lhe fala directamente; 4. 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); 5. Tem dificuldade em organizar tarefas e actividades; 6. Evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa); 7. Perde objectos necessários as tarefa ou actividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas); 8. Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes; e 9. Esquece-se das actividades quotidianas.

Se forem verificados pelo menos seis sintomas de falta de atenção (e menos de seis sintomas de hiperactividade-impulsividade) estamos perante uma PHDA de tipo predominantemente Desatento (APA, 2002).

1.3.2. Hiperactividade

O excesso de actividade motora que caracteriza as crianças hiperactivas, e que por sua marcante presença, deu o nome à perturbação, manifesta-se por uma actividade corporal excessiva e desorganizada, geralmente sem uma finalidade concreta. É precisamente a ausência de um objectivo nos comportamentos expressos que permite diferenciá-la do excesso de actividade observada no normal desenvolvimento das crianças (Benczik, 2000).

As crianças com PHDA revelam, na sua actividade diária, padrões comportamentais em que a actividade motora é acentuada, inadequada e excessiva. Têm dificuldade em permanecer no seu lugar, mexem-se constantemente, mantêm um relacionamento difícil com os colegas e adultos, não prestam atenção e precipitam as suas respostas, não concluem as tarefas ou mudam de tarefa constantemente. São crianças inquietas, impacientes e que revelam impulsividade (Barkley, 2002 cit. in Ramalho, 2009).

De acordo com o DSM-IV-TR, a criança hiperactiva deverá apresentar de forma persistente os seguintes sintomas: 1. Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado; 2. Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado; 3. Corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo; 4. Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio; 5. «Anda» ou só actua como se estivesse «ligado a um motor»; e 6. Fala em excesso.

1.3.3. Impulsividade

A impulsividade define acima de tudo um tipo de “estilo cognitivo”, isto é, uma forma específica de processamento da informação e de realização cognitiva, influenciando a forma como o indivíduo apreende, armazena e utiliza a informação no seu meio ambiente, independentemente do conteúdo específico dessa informação. De um modo geral, pode afirmar-se que as crianças impulsivas são referidas como menos pro-sociais, menos socializadas, menos competentes a lidar com os estímulos agressivos, menos capazes de inibir os impulsos motores e de adiar a gratificação (Cruz, 1987).

A impulsividade baseia-se na dificuldade em regular a conduta, uma vez que as crianças e adolescentes passam à acção sem reflexão prévia, ou seja, apresentam dificuldade em reflectir antes de agir, em prever as consequências das suas acções, em planificar actividades e em seguir normas estabelecidas, o que traduz uma dificuldade na aceitação das regras

sociais estabelecidas e a exigência da satisfação imediata dos seus desejos, manifestando, também, tendência para praticar actividades perigosas (Barkley, 2006).

A incapacidade de inibição dos impulsos leva-as também a proferir frases socialmente inadequadas ou interromper a sequência do discurso dos outros. Por estas razões, a impressão que fornecem às pessoas que lidam de perto com elas, é o de serem crianças “imaturas”, “irresponsáveis”, “mal-educadas”, “preguiçosas”, “impertinentes” e “difíceis de aturar” (Cabeleira, 2009).

A criança impulsiva deverá apresentar os seguintes sintomas: 1. Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado; 2. Tem dificuldade em esperar pela sua vez; e 3. Interrompe ou interfere nas actividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos).

É importante referir que, actualmente, a hiperactividade e a impulsividade já não são consideradas como entidades isoladas e à parte uma da outra. A hiperactividade-impulsividade é um padrão de comportamento que tem origem numa dificuldade geral para inibir o comportamento (Barbosa, Gouveia & Barbosa, 2000). A PHDA de tipo predominantemente Hiperactivo-Impulsivo deverá ser usada se seis (ou mais) sintomas de hiperactividade-impulsividade (mas menos de seis sintomas de falta de atenção) persistirem (APA, 2002).

A PHDA de subtipo Misto ou Combinado caracteriza-se tanto pela falta de atenção, como pela hiperactividade-impulsividade, sendo este o tipo mais frequente. Combina, pelo menos, seis sintomas de falta de atenção bem como pelo menos 6 sintomas de hiperactividade e/ou impulsividade (Arcus, 2001). A PHDA de subtipo combinado tem vindo a ser apontada como a mais comprometedora do funcionamento adaptativo, com maior incidência de problemas de relacionamento interpessoal e de comportamento exteriorizado, como sejam a agressividade, a impulsividade ou a perturbação de oposição e do comportamento (Murphy, Barkley & Bush, 2002; Short, Fairchild, Findling & Manos, 2007). No que respeita aos comportamentos interiorizados, as diferenças entre os subtipos tendem a extinguir-se quando se controlam aspectos fundamentais, como as fontes de informação, critérios de identificação, tamanho da amostra e respectivo poder estatístico para diferenciar grupos, bem como a presença ou ausência de comorbilidade com problemáticas exteriorizadas (Bayens, Roeyers & Walle, 2006; Power, Costigan, Eiraldi & Leff, 2004).

1.4. Modelo de auto-regulação de Barkley

Sendo Barkley (2006), um dos principais autores a nível internacional que maior contributo deu para a explicação e entendimento da problemática, procuramos neste momento descrever o modelo que sustenta o surgimento da PHDA tendo como suporte as funções executivas e conseqüente auto-regulação do comportamento.

O modelo da auto-regulação é uma teoria das funções do lobo pré-frontal ou, neste caso, do sistema das funções executivas (Barkley, 2006). O modelo baseia-se na análise das relações entre a *inibição comportamental*, as *funções executivas* e a *auto-regulação* (Servera-Barceló,

2005). Estes construtos psicológicos têm a sua base neurológica no córtex pré-frontal e são explicados de seguida.

1.4.1. Processos de inibição comportamental

A *inibição comportamental* inclui três processos que estão intimamente relacionados entre si: 1) a capacidade para inibir respostas prepotentes; 2) a capacidade para interromper padrões de resposta habituais e permitir um período de latência na tomada de decisão; e 3) a capacidade para proteger este período de latência e as respostas auto-dirigidas que ocorrem nas interrupções decorrentes de eventos e respostas competitivas (controlo de interferência) (Barkley, 1997a).

A resposta prepotente é aquela associada a processos de reforço imediato. A criança com PHDA tem especiais problemas em inibir tanto as respostas associadas a reforço positivo - aquelas em que recebe uma recompensa - como negativo - evita um estímulo ou actividade desagradável -. O desenvolvimento da auto-regulação começa tanto com a inibição das respostas prepotentes como dos padrões de resposta habituais, em que a partir de determinada altura se mostram ineficazes. Quando uma criança é capaz de exercer controlo motor sobre as suas acções, e estabelecer períodos de latência enquanto avalia a conveniência de um ou outro comportamento, reforça a auto-regulação. O último elemento da inibição comportamental é o controlo de interferências. No momento em que a criança é capaz de introduzir períodos de latência para a tomada de decisões, é especialmente importante que os proteja de interrupções e interferências que podem provir tanto de estímulos ambientais como interioceptivos (Servera-Barceló, 2005).

1.4.2. Conceito de auto-regulação segundo Barkley

Barkley (1997b) define a *auto-regulação* como qualquer resposta ou cadeia de respostas do indivíduo que altera a probabilidade da ocorrência de uma resposta que normalmente segue um evento, e também altera a longo prazo a probabilidade das suas consequências associadas. Dentre as suas implicações, importa destacar que a auto-regulação do comportamento se centra mais no indivíduo do que no evento, altera-se a probabilidade de que ocorra de forma subsequente ao evento, trabalha-se para resultados a longo prazo e desenvolve-se a capacidade para a organização temporal das consequências do comportamento para “adivinhar o futuro” (Barkley, 2006). Na verdade, o factor tempo é a chave da auto-regulação; o período de latência entre o estímulo e o comportamento de responder é o espaço de acção das funções executivas de controlo (Servera-Barceló, 2005).

1.4.3. Funções executivas na auto-regulação

As *funções executivas* referem-se àquelas acções autodirigidas que o indivíduo utiliza para se auto-regular. As quatro funções executivas do modelo de Barkley são: 1) a memória de trabalho não-verbal; 2) a memória de trabalho verbal (ou fala internalizada); 3) o auto-controlo da activação, da motivação e do afecto; e 4) a reconstituição (Servera-Barceló, 2005). Juntos, partilham o mesmo propósito: internalizar comportamentos para antecipar

mudanças no futuro, e assim, maximizar a longo prazo benefícios no indivíduo. Do ponto de vista evolutivo, as quatro funções assumem a privatização (“maturação”) de padrões de comportamento manifestos: a memória de trabalho não-verbal interioriza as actividades sensório-motoras, a memória de trabalho verbal, a fala, o auto-controlo da activação/motivação/afecto e, finalmente, a reconstituição representa a internalização do jogo (Servera-Barceló, 2005).

A organização do comportamento através das funções executivas, segundo Barkley denomina-se por comportamentos intencionais e intencionalmente destinados a alcançar um objectivo (Servera-Barceló, 2005). Mais especificamente, estas funções são definidas da seguinte forma: a memória de trabalho não-verbal é a capacidade para manter internamente representadas as informações que serão usadas para controlar a emissão de respostas contingentes a um evento. Representa a percepção encoberta do indivíduo voltada para si mesmo. A memória de trabalho verbal proporciona um meio de reflexão e descrição, pelo qual, o indivíduo, de forma encoberta, rotula, descreve e contempla verbalmente a natureza de um evento ou situação antes de responder a ele. Refere-se ao processo pelo qual a acção está ao serviço do pensamento através da linguagem. Por esta razão, a fala internalizada seria um dos principais indicadores de que a criança está “madura”. Por seu lado, a auto-regulação do afecto/motivação/activação permite modificar, moderar e alterar as nossas próprias reacções emocionais aos acontecimentos. A capacidade de activar carga emocional associada à memória de trabalho é um elemento essencial para a auto-regulação. Por último, a reconstituição refere-se à capacidade da linguagem para representar objectos, acções e propriedades que existam no meio. Representa dois importantes processos: análise e síntese. A análise significa a capacidade de separar as sequências comportamentais nas suas unidades (estratégia de organização). Essas unidades comportamentais podem ser recombinadas para criar novos comportamentos e sequências comportamentais a partir de respostas pré-aprendidas, num processo chamado de síntese (criação da estratégia) (Barkley, 2008).

O modelo de Barkley enfatiza a compreensão da PHDA através do comportamento encoberto, privado e auto-dirigido, e fornece uma estrutura hierárquica, onde as funções executivas dependem da inibição comportamental, e a interacção entre ambas dá lugar à auto-regulação e ao controlo motor (Barkley, 2006).

1.4.4. Controlo motor

O *controlo motor* refere-se ao conjunto de comportamentos que são postos em prática para alcançar o objectivo num processo de auto-regulação. Obviamente, refere-se à implementação de acções concretas que são necessárias, mas vai mais longe: 1) incorpora o conceito de “fluência”, isto é, a capacidade para gerar comportamentos inovadores e criativos no momento em que são necessários; e 2) integra o conceito de “sintaxe”, ou seja, a capacidade para reconstruir e representar internamente a informação do meio (Servera-Barceló, 2005).

Ambos os conceitos têm uma especial relação com a função de reconstituição e dotam a acção do indivíduo de flexibilidade necessária para acomodar o seu plano às contingências habituais, que ocorrem em qualquer processo comportamental orientado para um objectivo a longo prazo (Servera-Barceló, 2005).

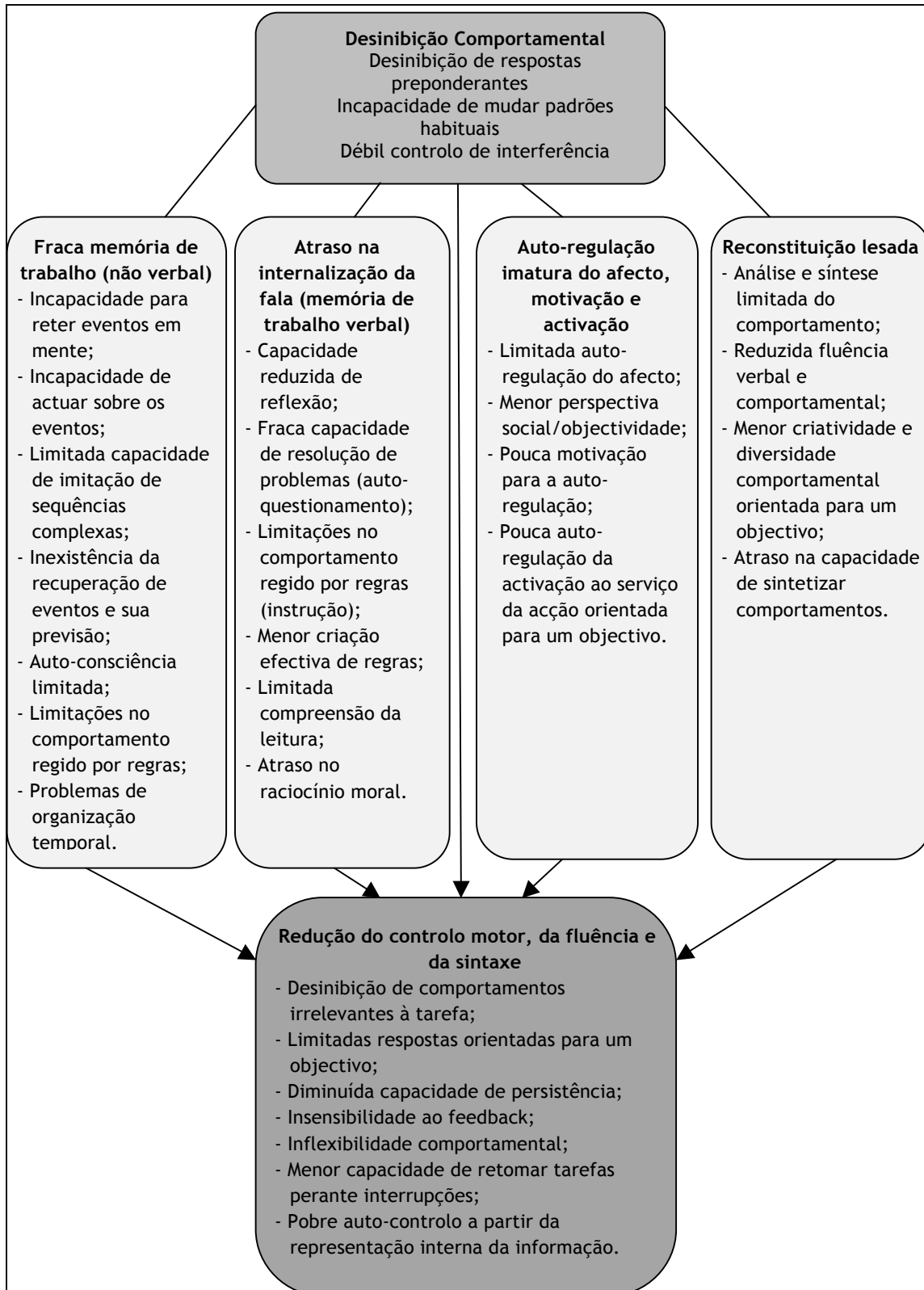


Figura 1: Características da PHDA segundo o modelo de auto-regulação de Barkley (adaptado de Servera-Barceló, 2005)

1.4.5. Aplicação do modelo da auto-regulação à PHDA

Exposto o modelo da auto-regulação, é importante perceber a aplicação deste modelo à PHDA (cf. Figura 1):

- 1) Apelando à psicopatologia evolutiva da perturbação, os problemas começariam com um estado de desinibição comportamental: incapacidade de inibir respostas prepotentes, de mudar os padrões habituais de resposta e um fraco controlo de interferência;
- 2) Este estado afectaria o desenvolvimento de determinadas funções cognitivas superiores. A criança com PHDA apresenta uma fraca memória de trabalho, um atraso e mau funcionamento da internalização da fala, uma imaturidade no controlo do afecto, motivação e activação e uma reconstituição lesada;
- 3) O padrão de PHDA estaria completo com uma redução na capacidade de controlo motor, “fluência” e “sintaxe”, noutras palavras, estaríamos perante crianças com sérias dificuldades em desenvolver comportamentos orientados para um objectivo, com reduzida capacidade de persistência, de controlo comportamental e activação emocional, muito sensíveis ao feedback do processo e resultado, muito afectadas por aspectos irrelevantes à tarefa, pouco organizadas e ainda, menos criativas (Servera-Barceló, 2005).

1.5. Prevalência da PHDA

As crianças diagnosticadas com PHDA representam uma população muito heterogénea, manifestando uma grande variação relativamente à sintomatologia, idade de diagnóstico, prevalência dos sintomas em diferentes contextos e na medida em que outras desordens ocorrem associadas (Barkley, 2006).

De acordo com o DSM-IV, a prevalência da PHDA é estimada em 3-5% entre as crianças em idade escolar e de 5-10% apresentam esses sintomas em menor número continuado, contudo, interferem e afectam de modo significativo o rendimento escolar. Os dados mostram também que a perturbação é mais frequente nos rapazes (80 a 90%) do que nas raparigas (Bretton, Bergeron, Valla, Berthiaume & Gaudet, 1999). As explicações apontadas para esta prevalência prendem-se com práticas de sociabilização diferenciadas, por parte dos pais, para rapazes e raparigas e também com o facto de os rapazes parecerem apresentar maior imaturidade, tratando-se de um factor de vulnerabilidade (Melo, 2003). Contudo, recentemente, o número de raparigas a quem é diagnosticada a perturbação tem vindo a aumentar (Quinn, 1997).

Este problema refere-se à caracterização da perturbação no sexo feminino. As dificuldades surgem, sobretudo, da menor prevalência neste género e, conseqüentemente, menor representatividade das amostras que, muitas vezes, são constituídas apenas por meninos (Seidman, Biederman, Monuteaux, Valera, Doyle & Faraone, 2005). Recentemente, Staller e Faraone (2006) sustentaram que o sexo feminino estaria subdiagnosticado devido à importância atribuída aos sintomas de hiperactividade e impulsividade. Realmente, do ponto de vista comportamental, as meninas parecem apresentar menor prevalência de comportamentos exteriorizados e, em particular, da comorbilidade com a perturbação do

comportamento. Alguns estudos apontam uma probabilidade 2,2 vezes maior de ocorrência do subtipo desatento no sexo feminino (Biederman et al., 2002 cit. in Staller & Faraone, 2006). Por sua vez, a predominância de sintomas de desatenção contribui para uma detecção mais tardia da problemática, frequentemente após os 7 anos de idade. No seu conjunto, estes factores poderiam contribuir para uma representação diminuída do sexo feminino e, conseqüentemente, deflacionar os valores de prevalência (Oliveira & Albuquerque, 2009).

Apesar da plausibilidade desta hipótese, nem todas as investigações corroboram a maior incidência do subtipo desatento nas meninas. Neuman e colaboradores (2005) analisaram uma amostra de 564 famílias com pares de gémeos entre os 7 e 18 anos, nos quais havia sido diagnosticada PHDA em pelo menos um deles. O estudo incluiu também um grupo de controlo com 183 famílias. Baseados nos critérios do DSM-IV, os resultados revelaram uma maior prevalência do subtipo desatento nos meninos e do subtipo combinado nas meninas, embora os meninos apresentassem maior severidade na generalidade dos sintomas. Os autores concluíram que o subtipo desatento poderia estar sub-identificado e, conseqüentemente, sub-intervencionado nos dois sexos, uma vez que a maioria das amostras é composta por meninos do subtipo combinado (Oliveira & Albuquerque, 2009).

Em conformidade com revisões anteriores, na meta-análise conduzida por Gershon (2002), as meninas tendem a apresentar maior prevalência de problemas interiorizados, em detrimento de problemas exteriorizados. Contudo, uma vez mais, se verifica a necessidade de contextualização dos dados. De facto, nas amostras clínicas, os meninos tendem a apresentar índices mais elevados de problemas de comportamento, embora, essas diferenças não sejam consistentes quando se recorre a amostras não-clínicas. Nestas últimas, pode observar-se algum efeito da fonte de informação utilizada, com os pais a apontarem índices semelhantes de problemas de comportamento em ambos os sexos, e com os professores, em observações no contexto escolar, a indicarem uma maior severidade daquele tipo de problemas nos meninos (Derks, Hudziak & Boomsma, 2007). Outros estudos, porém, não encontraram diferenças significativas entre os sexos quando compararam contextos ou fontes de informação (DuPaul, Jitendra, Tresco, Vile Junod, Volpe & Lutze 2006; Graetz, Sawyer, Baghurst & Ettridge, 2006).

De um modo geral, o esclarecimento dos dados aparece associado à necessidade de controlar questões metodológicas importantes, como a possibilidade de uma menor incidência de comportamentos exteriorizados nas meninas, a maior probabilidade de viés na identificação das mesmas por pais e professores, o recurso predominante a amostras clínicas masculinas e do subtipo combinado ou o aprofundamento da comparação de cada um dos sexos com grupos comórbidos e com grupos clínicos (Derks, Hudziak & Boomsma, 2007; Nøvik, Herbas, Ralston, Dalsgaard, Pereira & Lorenzo, 2006; Seidman, Biederman, Monuteaux, Valera, Doyle & Faraone, 2005; Staller & Faraone, 2006).

No que diz respeito às diferenças de prevalência nos diferentes subtipos de PHDA, a percentagem é de cerca de 11% para o subtipo Misto, de 16% para o subtipo predominantemente Desatento e de 24% para o subtipo predominantemente Hiperactivo-Impulsivo (Cardo & Servera-Barceló, 2005).

1.6. Etiologia da PHDA

As causas da PHDA são variadas e, provavelmente, estarão dependentes de vários factores, por isso, na maioria dos casos, torna-se difícil determinar a sua específica causa. Trata-se de um distúrbio frequente da infância e que desde cedo é objecto de estudo por parte dos médicos e psicólogos, contudo, os factores que o originam não foram identificados com clareza e de forma precisa (Garcia, 2001).

A opinião mais generalizada entre os peritos é a de que as condutas hiperactivas são heterogéneas na sua origem, isto é, mais do que existir um ou vários mecanismos explicativos, há múltiplos factores que interagem, exercendo cada um o seu próprio efeito, numa actuação conjunta (Garcia, 2001; Lopes, 2004; Miranda, Jarque & Soriano, 1999). Segundo esta perspectiva, a sintomatologia pode resultar de vários mecanismos causais, não existindo uma única causa aparente para a PHDA (Barkley, 1998).

De entre as várias causas da PHDA, aquelas que são mais passíveis de serem apontadas às crianças, são de natureza endógena, como a influência genética e os factores neurobiológicos. É sabido que a perturbação está associada a alterações subtis na estrutura do funcionamento do cérebro. As variáveis externas ou exógenas são encaradas como factores agravantes da perturbação e não como uma causa propriamente dita. Posto isto, a PHDA parece depender mais de anomalias no desenvolvimento cerebral do que de factores ambientais (Lopes, 2004).

No que ao *factor hereditariedade* diz respeito, parece agora mais claro que é o que mais contribui para a génese da PHDA. As investigações com mais evidência, neste campo, foram as realizadas com gémeos, nas quais se compararam gémeos mono e dizigóticos e as que compararam parentes biológicos e não biológicos de crianças adoptadas. Estes estudos comprovaram o elevado valor atribuído à hereditariedade enquanto causa da PHDA (Taylor, 1986).

Goodman e Stevenson foram aqueles que mais se debruçaram neste âmbito, encontrando uma relação directa com a hiperactividade em 51% de gémeos monozigóticos e 33% entre gémeos dizigóticos (Lopes, 2004).

Verifica-se que a incidência de PHDA é maior em familiares próximos, em geral o pai, assim como também existe maior frequência em irmãos (30-40%) e gémeos idênticos (90%), estando implícita a base genética. Falardeau (1999) refere que, de acordo com estudos realizados, em mais de 95% dos casos a hiperactividade é hereditária e que 35% dos pais e 17% das mães de crianças hiperactivas são igualmente hiperactivas.

Ainda relativamente à hereditariedade, investigações na área da genética, conseguiram identificar dois genes, gene transportador e gene receptor de dopamina, muito importantes para o entendimento da problemática. Estes genes são aqueles que se pensam ter maior relação com o aparecimento da PHDA, e são aqueles que até agora têm recebido maior atenção. Foram descobertas diferenças específicas nestes genes, nas crianças com PHDA, em comparação com aquelas que não a manifestam. Este facto revela-se de extrema importância, uma vez que a dopamina é um neurotransmissor importante para as partes do cérebro, que estão intimamente ligados e implicados com a PHDA (Lopes, 2004).

No que respeita ao *factor neurobiológico*, historicamente é aquele que tem recebido maior atenção como principal factor etiológico. A perspectiva mais antiga sustenta-se na óptica de que uma base orgânica, que estaria na génese da disfunção cerebral mínima, poderia surgir desde a gestação, até vários anos após o nascimento. As suposições mais antigas acreditavam que as crianças que manifestavam a perturbação eram portadoras de um dano cerebral estrutural, que contribuía para a dificuldade no controlo da atenção e comportamento (Barkley, 1998).

O avanço tecnológico ao serviço da medicina, nomeadamente a Imagem por Ressonância Magnética e a Tomografia por Emissão de Positrões, conseguiu trazer alguns progressos neste campo, nomeadamente na génese da PHDA. Foram descritas algumas características orgânicas e funcionais do cérebro que contribuem para o aparecimento da perturbação. Pesquisas apontam para diferenças significativas e possíveis anormalidades nas redes estriatais do cérebro, nas crianças com PHDA. Uma das secções mais estudadas é o córtex pré-frontal, que se pensa estar envolvido na inibição do comportamento e na mediação de reacções a estímulos exteriores (Lopes, 2004).

Também os neurotransmissores, principalmente a dopamina e a norepinefrina estão menos disponíveis em determinadas zonas do cérebro. Tal hipótese baseia-se no facto de que a medicação utilizada em crianças com PHDA, como a *ritalina*, aumenta a disponibilidade destes neurotransmissores. Por um lado, devido ao facto de as drogas estimulantes, que se supõe aumentarem a disponibilidade da dopamina no córtex pré-frontal, revelarem uma considerável eficácia na redução dos níveis de agitação e de desinibição comportamental; e por outro lado, porque estudos com animais permitiram verificar experimentalmente o aumento da disponibilidade da dopamina após administração de estimulantes (Lopes, 2004). Além disso, a destruição selectiva (através de químicos) em ratos e cães jovens, de zonas do cérebro ricas em dopamina, produziu um aumento considerável da hiperactividade em animais (Garcia, 2001).

No seu conjunto, estes estudos apontaram para uma deficiência no mecanismo da dopamina no cérebro de sujeitos com PHDA. Contudo, é necessário ser-se cauteloso nas conclusões, uma vez que se tratam de investigações promissoras, as incertezas são ainda muitas (Lopes, 2004; Miranda, Jarque & Soriano, 1999).

Segundo Villar e Polaino-Lorente (1994), algumas investigações apontam para uma relação entre a capacidade atencional e o nível de actividade cerebral. Foram detectadas áreas do

cérebro menos activas em pessoas portadoras da problemática por comparação com pessoas sem a perturbação, conduzindo à suspeita de uma possível disfunção do lóbulo frontal e das estruturas diencefalo-mesencefálicas.

A teoria que colhe maior atenção é aquela que considera um distúrbio neurobiológico hereditário - influência hereditária que pode alterar o funcionamento cerebral. Na maioria dos casos, a causa específica do problema em qualquer criança é frequentemente indetectável e permanece inexplicada.

Para além dos factores neurológicos, biológicos e genéticos também a influência do meio pré-natal e as complicações surgidas durante a gravidez têm sido ressaltadas como causas relacionadas com as problemáticas de conduta infantil (Garcia, 2001). Existe uma ampla tradição, avaliada por numerosas investigações, que realça a influência negativa dos partos prematuros e do baixo peso à nascença sobre os problemas de conduta infantil. Para alguns, as crianças prematuras, com baixo peso à nascença, que sofreram de anoxemia durante o parto ou de infecções neonatais, têm um maior risco de desenvolver problemas comportamentais e hiperactividade (Miranda et al., 1999; Garcia 2001).

No período pré-natal, as variáveis que têm suscitado maior interesse entre os investigadores, devido à sua relação com os problemas de conduta observados na infância, são o consumo de tabaco, o abuso de álcool e o stress psicológico na mãe grávida (Garcia, 2001).

Os vários estudos realizados puseram em relevo que todas estas complicações pré e perinatais não afectam igualmente todas as crianças. Ou seja, a sua influência não é universal nem determinante, pois embora incidam em determinados aspectos problemáticos, como a inquietude, a falta de atenção, o atraso na maturação, a falta de coordenação motora e as dificuldades de aprendizagem, o seu efeito não é definitivo.

1.7. Comorbilidades e Problemas Associados

As crianças que apresentam PHDA têm uma maior probabilidade de manifestarem outro tipo de problemas associados com o comportamento, com a aprendizagem ou com o funcionamento social e emocional (Baptista, 2010). Segundo DuPaul e Stoner (2007) a desatenção, a impulsividade e a hiperactividade actuam como ímanes no surgimento de outras dificuldades. Embora estes problemas não se manifestem em todas as crianças com PHDA, surgem em número significativamente mais elevado do que seria de esperar para a generalidade das crianças, não podendo por esta razão serem menosprezados. Uma vez que estes problemas constituem um acréscimo de dificuldades nos vários contextos de vida de quem tem PHDA, trataremos apenas dos mais problemáticos, nomeadamente no que respeita ao desempenho escolar, social e comportamental.

1.7.1. Desempenho escolar

De entre os vários problemas associados à PHDA, as lacunas no domínio cognitivo e académico, são provavelmente aquelas, que têm maior expressão em contexto de sala de aula. Abarcam dificuldades intelectuais ligeiras; deficiências moderadas ou graves no funcionamento adaptativo e no desempenho académico; e risco acrescido de desenvolvimento de Dificuldades de Aprendizagem (DA) (Barkley, 2006).

Em tempos, a investigação apontou para o facto das crianças com PHDA apresentarem desempenhos intelectuais inferiores aos seus pares ou irmãos, contudo estudos mais recentes ressalvam o contrário (Frazier, Demaree & Youngstrom, 2004). Alguns autores acreditam que estas divergências podem estar relacionadas com a coexistência das DA, quando é medido o Quociente Intelectual (QI). Na perspectiva de Lopes (2004), as crianças com DA poderão apresentar QIs inferiores, pelo facto de haver ausência de controlo da comorbilidade entre a PHDA e as DA, o que conduz a que se conjecture que as crianças com PHDA têm desempenhos intelectuais inferiores à média. No entanto, mais recentemente, foi avançada outra hipótese, que aponta as dificuldades na inibição comportamental e nas funções executivas, presentes em crianças com PHDA, como as responsáveis pela eventual relação negativa entre a PHDA e o QI. Isto verifica-se, porque a avaliação do QI está relacionada com as funções executivas, nomeadamente com a memória de trabalho, com a internalização do discurso, e com o desenvolvimento do pensamento verbal, que no caso destas crianças se manifestam deficitários. Desta forma, estima-se que entre 3 a 10% da variância no QI se deva aos sintomas da PHDA e não apenas às DA (Barkley, 2006).

Em torno de toda a controvérsia sobre os níveis intelectuais de crianças com PHDA, interessa salientar que a nível do seu desempenho académico, este é significativamente mais baixo do que as suas capacidades e constitui uma das suas maiores limitações, com especial destaque para o nível de produtividade em contexto escolar e para o grau de dificuldade que acarretam. Assim, apresentam índices mais reduzidos de comportamento dedicado à tarefa, durante períodos de instrução e trabalho independentes (Abikoff, Courtney, Szeibel & Kiplewicz, 1996), o que conduz a que finalizem menos trabalhos, com mais erros de realização e a terem menos oportunidades de responder durante a instrução, comparativamente aos seus colegas (Pfiffner & Barkley, 1998 cit. in DuPaul & Stoner, 2007). Esta limitação na realização do trabalho independente pode explicar a associação entre a PHDA e o desempenho académico inferior, dado que 80% das crianças com a perturbação manifestam também problemas de aprendizagem ou de desempenho académico (Cantwell & Baker, 1991). Exibem ainda, risco acrescido para vários problemas relacionados com determinadas áreas do desempenho, em testes e funcionamento cognitivo, demonstrando dificuldade com soluções e habilidades organizacionais; na linguagem expressiva e na motricidade fina ou grossa. Estas dificuldades em conjunto ou isoladamente aumentam a probabilidade de desempenho académico inferior (DuPaul & Stoner, 2007).

As DA são um outro problema associado à PHDA, e como já referido, alvo de vários estudos e muitas controvérsias. As crianças com PHDA parecem mais propensas a ter DA, sendo

frequente a coexistência das duas perturbações. Para alguns investigadores, a PHDA é uma consequência das DA e resulta do desinteresse e desmotivação, que os sucessivos insucessos vão originando nestas crianças no decorrer do percurso escolar (McGree & Share, 1988). Outros investigadores sustentam a ideia de que se trata de duas perturbações independentes, embora considerem que podem aparecer em simultâneo no mesmo sujeito. Alegam que as duas perturbações são geneticamente independentes: os perfis cognitivos das crianças com PHDA e DA diferem entre si; e as diferenças encontradas entre crianças com DA e crianças com PHDA e DA são reduzidas (Shaywitz et al., 1997 cit. in Fonseca, 1998).

Face à literatura analisada, verifica-se que há crianças que têm associadas estas duas perturbações, pelo que será importante definir a que diz respeito o conceito de DA, para que se possa clarificar as suas implicações em conjunto com a PHDA. Segundo Barkley (2006), a DA diz respeito a uma discrepância significativa entre a inteligência ou habilidade mental e o desempenho académico em determinada área (matemática, leitura, ortografia, caligrafia ou linguagem).

Uma outra dúvida colocada pela investigação é saber se o aparecimento precoce de DA pode conduzir à PHDA ou vice-versa. Os dados divulgados indicam que a PHDA não conduz, mais tarde, ao desenvolvimento de DA mas, DA precoces, podem estar associadas ao aumento dos sintomas de PHDA ao longo do desenvolvimento (McGree & Share, 1988). Contudo, foram apurados outros resultados com conclusões contrárias, ou seja, que défices de atenção precoces aumentam o risco de desenvolvimento de dificuldades na leitura, enquanto que estas últimas não aumentam o risco para problemas atencionais (Fergusson & Horwood, 1992).

A investigação tem demonstrado que existe uma relação de sobreposição entre as duas perturbações, apontando que uma em cada três ou quatro crianças com PHDA, tem tendência a manifestar uma deficiência específica de aprendizagem e quase 40% das crianças com DA poderão também vir a apresentar sintomas significativos de PHDA. Contudo, é importante ressaltar que a maioria das crianças com PHDA não manifesta DA e a maioria das crianças que apresentam DA, não reúne todos os critérios para o diagnóstico de PHDA. O mesmo acontece em relação ao funcionamento intelectual, onde em média as crianças com PHDA não se afastam da população escolar e muitas delas também não apresentam défices cognitivos específicos (DuPaul & Stoner, 2007).

1.7.2. Desempenho social e comportamental

Já demos relevo aos problemas relacionados com o desempenho académico e intelectual, importa agora que nos centremos nos problemas de comportamento, que acarretam questões de relacionamento social, de percepção social, de auto-imagem e de integração social. É importante que nos foquemos neste tópico, uma vez que, por um lado, esta é uma das áreas onde os problemas manifestados por crianças com PHDA são mais evidentes, e por outro, estas questões têm implicações, ao nível da sua adaptação em sociedade (Lopes, 2004).

Os problemas de relacionamento associados com o comportamento de crianças com PHDA sucedem do conflito que se estabelece, entre um contexto escolar muito exigente sob o ponto de vista das regras sociais, e o recurso a comportamentos que são contrários à sintomatologia apresentada (Kos, Richdaleb & Hayc, 2006). Prova disso são as lacunas manifestadas no relacionamento com o grupo de pares, com comportamentos disruptivos, com desobediência a regras e a figuras de autoridade e com problemas de conduta, como mentir e roubar (DuPaul & Stoner, 2007). Este tipo de comportamento provém sobretudo dos sintomas de impulsividade e da excessiva actividade motora, tendo como resultado que estas crianças sejam descritas por pais, professores e colegas como agressivas e abusivas em situações sociais, perturbadoras, dominadoras, inconvenientes e socialmente rejeitadas, sobretudo se forem rapazes (Lopes, 2004).

Os défices de desempenho social frequentemente associados à PHDA são: as tentativas de se juntarem a actividades de grupo já em curso, sem respeito pelas regras estabelecidas; a pobre manutenção de uma conversa, interrompendo frequentemente e não prestando atenção ao que os outros dizem; a utilização de soluções agressivas para problemas banais; ou a propensão para perder o controlo face a um conflito ou frustração em situações sociais (DuPaul & Stoner, 2007; Lopes, 2004).

Este quadro deficitário ao nível das relações sociais, estabelece uma ligação negativa entre as crianças que têm a problemática, e os seus pares, e explica a dificuldade em iniciar e manter relações duradouras de amizade. A explicação para estas dificuldades reside no facto destas crianças tenderem a apresentar comportamentos controladores, disruptivos e agressivos. Estes comportamentos são percebidos pelos seus pares como negativos e levam a que sejam postos de parte das actividades ou jogos. Na prática, começam por se intrometer nas actividades dos colegas de forma abrupta e ruidosa, sem pedir autorização, causando a insatisfação dos mesmos na actividade; depois, dada a dificuldade em manter uma conversa socialmente correcta, tendem a interromper os outros, não prestando atenção ao que lhe dizem, e em sequência, respondem de forma insignificante; por fim, têm tendência para resolver os problemas interpessoais agressivamente (Kos, Richdaleb & Hayc, 2006). Este último factor ilustra a forte ligação existente entre a PHDA e a agressividade física, onde se sublinha uma tendência vincada para discussões e lutas com os colegas. É característica destas crianças a irritabilidade fácil, o descontrolo, a provocação e a incitação a brigas, situações de gestão fácil para a maioria das crianças sem PHDA, mas que na maioria das vezes, estas crianças agem de forma brusca e violenta (Barkley, 2002; DuPaul & Stoner, 2007; Kos, Richdaleb & Hayc, 2006; Lopes, 2004).

Todas estas questões são problemáticas e acarretam consequências. Uma delas é sem dúvida que, a rejeição de uma criança é uma situação que tende a manter-se ao longo do seu percurso desenvolvimental (Parker & Asher, 1987), e por esta razão, preditiva de desajustamentos na adolescência e vida adulta. Para além de que, a rejeição prolongada pelos pares, fará com que a criança com PHDA se percepcione e percepcione o mundo como

negativos, vendo afectados muitos aspectos do seu desenvolvimento moral, social, académico e afectivo (Lopes, 2004).

A forte correlação existente entre a PHDA e a agressividade abarca implicações preocupantes a longo prazo (Lopes, 2004). Sabe-se que os problemas de agressividade podem agravar-se para outro tipo de problemáticas, como comportamentos de desafio e oposição, que no caso desta perturbação, integra o estatuto de comorbilidade, para mais de 65% das crianças que a manifestam. Não raras vezes, estas crianças irritam-se facilmente, chegando mesmo a agredir verbal ou fisicamente outras crianças, com a agravante destes problemas se vir a transformar em problemas de conduta (mentir, roubar, lutar, fugir de casa, destruir propriedade privada, entre outros) que podem afectar cerca de 45% das crianças com PHDA (Barkley, 2002).

Mais ainda, a elevada prevalência de comorbilidades assume uma dificuldade acrescida na investigação da PHDA, uma vez que os dados revelam que a comorbilidade é a regra e não a excepção. Para além do impacto sobre as manifestações da perturbação, a comorbilidade coloca dificuldades na constituição dos grupos, uma vez que se exige um rigoroso, frequentemente difícil, diagnóstico diferencial. Na revisão levada a cabo por Biederman (2005), os valores estimados de comorbilidade nas crianças com PHDA são superiores a 60% para a perturbação de oposição, a 15% para a perturbação do comportamento, a 25% para a perturbação do humor e da aprendizagem, e aproximam-se dos 30% para as perturbações da ansiedade (Oliveira & Albuquerque, 2009).

A elevada comorbilidade na PHDA é amplamente investigada. Num estudo levado a cabo por Souza, Serra, Mattos e Franco (2001), a análise dos índices de comorbilidade revelou uma prevalência na ordem dos 86%, dos quais 57% se referiam à co-ocorrência de pelo menos duas perturbações a par da PHDA. Índices significativos de comorbilidade foram, igualmente, apresentados por Barkley (1999) ao indicar que 44% dos sujeitos com hiperactividade apresentaram uma perturbação concomitante, 32% apresentaram duas e 11% apresentaram pelo menos três (Decker, McIntosh, Kelly, Nicholls & Dean, 2001). Todos estes dados salientam um outro aspecto determinante e que se refere à possibilidade da comorbilidade não se cingir a uma única perturbação, podendo abranger duas ou mais perturbações coexistentes (Oliveira & Albuquerque, 2009).

2. Avaliação da PHDA

As crianças hiperactivas constituem um grupo muito heterogéneo, uma vez que nem todas manifestam os mesmos sintomas, nem a mesma frequência e intensidade dos mesmos. Uma correcta avaliação da perturbação tem de ter isto em conta, daí a importância em adoptar uma perspectiva multidisciplinar com especialistas de diferentes áreas, analisando também o comportamento da criança em variados contextos (Garcia, 2001; Lopes, 2004; Ramalho, 2009).

A avaliação cuidadosa de uma criança com suspeita de PHDA é necessária frente à popularização das informações, nem sempre claras para a população em geral, e, principalmente, no meio pedagógico. O desconhecimento ou pouco conhecimento sobre a patologia gera dificuldades, uma vez que crianças, adolescentes e pessoas adultas podem receber, equivocadamente, o rótulo de PHDA, assim como muitos indivíduos com esta patologia podem passar despercebidos e ficar sem tratamento (Graeff & Vaz, 2008).

Ainda que o profissional tenha competências (experiência clínica, conhecimentos teóricos), o processo de diagnóstico da patologia é cheio de armadilhas, pois distingue-se de diagnósticos mais precisos, como aqueles que envolvem problemas físicos ou até mesmo outros quadros psicológicos. A primeira dificuldade é a inexistência de testes físicos, neurológicos ou psicológicos que possam provar a presença da PHDA numa criança ou num adolescente. Uma segunda dificuldade que ocorre na avaliação clínica é que 80% das crianças permanecem quietas durante a consulta, não permitindo ao profissional condições para a identificação dos sintomas da perturbação (Phelan, 2005).

De acordo com Garcia (2001), existe um conjunto de aspectos que estão intrinsecamente implicados na avaliação da hiperactividade infantil: enfoque multidisciplinar e integrador; atenção ao nível do desenvolvimento evolutivo; consideração dos modelos educativos e das normas de conduta próprios do ambiente familiar e escolar; comparação do comportamento infantil com o do grupo social de referência e; informações de observadores independentes sobre os comportamentos infantis anómalos.

Idealmente, a avaliação da PHDA compreenderia as seguintes etapas: 1) entrevista com a criança/adolescente e os pais; 2) exame médico (se necessário); 3) preenchimento de questionários pelos pais; 4) entrevista com o(s) professor(es); 5) preenchimento de questionários pelo(s) professor(es); e 6) observação directa do comportamento nos contextos de vida do sujeito (Lopes, 2004).

Na prática, é de momento impossível preencher todos estes requisitos. Em primeiro lugar, este tipo de perturbação de desenvolvimento é muito pouco reconhecido, pelo que são poucos os profissionais que estão à vontade para realizar o diagnóstico. Por outro lado, seria necessário um trabalho de equipa que, no mínimo, integrasse um psicólogo e um médico, o que é pouco frequente. E, finalmente, o profissional que avalia raramente tem possibilidades de fazer observação directa, pelo que a entrevista com os pais e/ou com os professores ganha uma extraordinária relevância (Lopes, 2004).

2.1. Entrevista Diagnóstica

O diagnóstico da PHDA é realizado predominantemente através de uma minuciosa investigação clínica da história do paciente (Barkley, 2006), porém é possível e indicada a realização de um abrangente processo, em que possam ser utilizados vários recursos instrumentais (entrevistas, escalas, testes psicológicos). Além do objectivo central de determinar a presença ou ausência da PHDA, a avaliação permite investigar as condições

acadêmicas, psicológicas, familiares e sociais para que se possa delinear um plano de intervenção adequado para o tratamento do quadro (Calegari, 2002).

A primeira questão a ser analisada diz respeito à frequência dos sintomas. Apesar de não haver consenso sobre esta questão, uma definição possível é que os sintomas devem ocorrer num número maior de vezes do que não ocorrer na situação investigada. A duração dos sintomas também está preenchida por dificuldades, onde a persistência dos sintomas em vários contextos ao longo do tempo deve ser alvo de uma minuciosamente investigação. O profissional deve estar atento para a possibilidade de que os sintomas sejam fruto de outros quadros, uma reação a um factor psicossocial desencadeante, o produto de uma situação familiar caótica ou de um sistema de ensino inadequado (Rohde, Filho, Benti, Gallois & Kieling, 2004).

Um outro ponto imprescindível para uma avaliação adequada envolve a identificação de quadros associados à PHDA. Há um grande número de comorbilidades associadas à perturbação, de modo que nos é possível afirmar que, em grande parte dos casos, a PHDA não é encontrada na sua forma pura, em que até 65% dos casos encaminhados para tratamento podem apresentar alguma problemática associada (Anastopoulos, 1999).

Tendo em consideração os aspectos mencionados, fica evidente a importância de uma avaliação abrangente sobre o funcionamento da criança. Para que isto seja possível, existe uma gama de técnicas e instrumentos que podem ser utilizados a fim de enriquecer o processo avaliativo e diagnóstico, como entrevistas clínicas, uso de escalas, testes psicológicos e neuropsicológicos. A multidisciplinaridade é de extrema importância, pois a troca de informações entre profissionais de diversas áreas, pode ser muito útil para um entendimento mais global de um caso (Graeff & Vaz, 2008).

2.1.1. Entrevista com os pais e com a criança/adolescente

Os pais das crianças são fonte vital de informação, porém a entrevista com eles nem sempre é fácil, pois normalmente comparecem à consulta muito desgastados com o comportamento do seu filho (Phelan, 2005). Nas entrevistas com os pais é imprescindível a investigação de sintomas como onde, quando, e com que frequência eles ocorrem. Regra geral, trazem um relato confiável de sintomas como agressividade, impulsividade, desatenção, oposição e hiperactividade (Martins, Tramontina & Rohde, 2002).

De acordo com Calegari (2002), é importante que a entrevista com os pais abarque várias áreas: a) preocupações e queixas principais dos pais (duração, frequência, início, oscilações, repercussões dos sintomas); b) dados demográficos sobre a criança e a família (idade, data de nascimento, parto, escola que a criança frequenta, nome dos professores); c) desenvolvimento (motor, intelectual, académico, emocional, social e da linguagem); d) história familiar (possíveis perturbações mentais na família, problemas conjugais, dificuldades económicas ou profissionais); e) história escolar (pode ser analisado ano a ano, procurando verificar o desempenho académico e social); f) tratamentos anteriores ou suspeitas diagnósticas.

Algum tempo com a criança também é importante no processo de avaliação. No caso de crianças em idade pré-escolar, a entrevista pode resumir-se a um breve contacto amistoso, onde se observa o comportamento, a aparência e características gerais (Calegari, 2002). Uma entrevista que contemple a hora do jogo também pode ser realizada com crianças pequenas. Com crianças mais velhas e adolescentes é importante reflectir-se acerca da percepção e sentimentos do sujeito em relação ao problema: se está ciente do mesmo ou se terá uma outra explicação para as suas dificuldades. É igualmente importante investigar a forma como o sujeito se relaciona com pais e professores (Benczik, 2000).

Deve ter-se em conta que o comportamento de crianças e adolescentes em consulta ou no ambiente de avaliação é, com frequência, muito diferente do ambiente com o qual estão familiarizados (Calegari, 2002; Lewis & Wolkmar, 2000). A ausência de sintomas em consulta não exclui o diagnóstico, pois as crianças com PHDA são capazes de controlar os sintomas com esforço voluntário ou em situações de grande interesse (Martins, Tramontina & Rohde, 2002). Situações peculiares, como aquelas onde existe alguma novidade para a criança, algo de interesse, intimidação ou em que esteja a sós com um adulto, podem fazer com que as crianças “mascarem” os sintomas, facto possivelmente responsável pelo diagnóstico de inúmeros falsos negativos¹ (Phelan, 2005).

2.1.2. Entrevista com o(s) professor(es)

Dentre os passos habitualmente utilizados no processo de avaliação da PHDA, a recolha de informações na escola é fundamental para se consolidar o diagnóstico. Tendo em consideração os critérios do DSM-IV-TR, que apontam para a necessidade dos sintomas estarem presentes em mais do que um contexto, a escola, como local onde a criança passa boa parte do seu dia, é fonte rica de informação. A recolha de informação junto dos professores, como resultados em testes, testes de desempenho e observações do comportamento, configura uma forma muito rica de obtermos uma noção geral do funcionamento da criança (Phelan, 2005). Grande parte das crianças com PHDA apresenta problemas no desempenho e no comportamento na escola. Neste sentido, o comportamento da criança deve ser investigado junto dos professores, visando esclarecer esse funcionamento e investigar possíveis comorbilidades (Calegari, 2002).

Ainda que seja uma fonte excelente de informação, a entrevista com os professores nem sempre é possível, sendo mais comum o contacto telefónico (Calegari, 2002). Uma alternativa apontada por alguns autores (Benczik, 2000; Calegari, 2002; Martins, Tramontina & Rohde, 2002; Phelan, 2005) é enviar à escola escalas objectivas para avaliação da desatenção, hiperactividade e impulsividade que possam ser preenchidas de forma simples e fácil pelos professores.

¹Sujeitos que não são diagnosticados com PHDA quando na realidade manifestam o distúrbio.

2.2. Instrumentos de avaliação mais utilizados

Além das entrevistas, o uso de escalas e questionários para pais e professores é o procedimento consagrado na literatura internacional, principalmente por terem mostrado sensibilidade e precisão na avaliação da PHDA (Benczik, 2000). Esses instrumentos podem fornecer dados sistematizados, que permitem uma visão mais objectiva, com dados quantitativos dos sintomas. Ainda que possam ser muito úteis, existem algumas limitações e cuidados que devem ser tidos em conta ao utilizar-se esses instrumentos, como, por exemplo, a possibilidade da escala apontar como significativos comportamentos que não ocorrem com muita frequência, ou não abarcar de forma completa a real condição do quadro (Barkley, 2006).

Actualmente, existem diversas checklists para avaliação comportamental da PHDA, sendo as mais utilizadas e validadas em termos científicos as seguintes: as *Escalas de Conners*; e os instrumentos de Achenbach.

As *Escalas de Conners - Versões Revistas [Conners Rating Scales - Revised (CRS-R)]*, na abreviatura portuguesa EC-R, avaliam os problemas de comportamento, obtendo (e conjugando quando possível) respostas de professores, pais e adolescentes. As versões revistas das escalas de Conners apresentam três tipos de escala: 1. Escala para Professores; 2. Escala para Pais; 3. Escala para Adolescentes. As três escalas apresentam-se sob duas formas: Forma Completa e Forma Reduzida. As formas completas são constituídas por um largo conjunto de subescalas que foram empiricamente derivadas para avaliar um largo espectro de problemas de comportamento (tais como problemas de conduta, problemas cognitivos, problemas de ansiedade e problemas sociais) e correspondem aos critérios oficiais de diagnóstico da PHDA veiculados pelo DSM-IV. A administração das formas reduzidas faz-se quando o tempo para avaliação é limitado, ou quando se necessita de proceder a avaliações repetidas ao longo de determinado período de tempo. Na sua versão original a Forma Reduzida para Pais e Professores das EC-R é constituída por 27 e 28 itens respectivamente, e incluem 4 subescalas: Oposição, Problemas Cognitivos/Desatenção, Excesso de Actividade Motora e Índice de PHDA. As versões portuguesas das Formas Reduzidas para Pais e Professores apresentam normas para crianças entre os 6 e os 11 anos de idade (Conners, 1997). No tópico seguinte, trataremos com pormenor, o seu contributo para a avaliação da PHDA.

Os instrumentos de avaliação clínica de Achenbach (1991), apesar de não serem específicos para a avaliação da PHDA, são bastante utilizados, pois para além de apresentarem um significativo poder discriminativo da PHDA, revelam também outros importantes indicadores clínicos. O *Child Behavior Checklist (CBCL)* é aplicável a pais de crianças entre os 4 e os 18 anos e o *Teacher Report Form (TRF)* é destinado a professores de crianças em idade escolar. São instrumentos que contêm descrições simples de comportamentos problemáticos da criança (e.g., “discute muito”) e que os informadores devem cotar com 0 (a afirmação não é verdadeira), 1 (a afirmação é algumas vezes verdadeira) ou 2 (a afirmação é muito verdadeira), para os últimos 6 meses no CBCL, e para

os últimos 2 meses no TRF. Estes comportamentos problemáticos permitem a construção de um perfil em que existe um ponto de corte (percentil 98), estando os itens agrupados em 8 síndromas (factores ou subescalas), sendo eles: isolamento, queixas somáticas, ansiedade/depressão, problemas sociais, problemas de atenção, problemas de pensamento, comportamento agressivo e comportamento delinvente. Para além dos comportamentos problemáticos, os instrumentos contém itens relativos a um conjunto de competências - escolares, de actividades e sociais. As subescalas permitem a construção de um perfil de competências, em cada instrumento, distintos do perfil de comportamentos problemáticos (Gonçalves & Simões, 2000).

A nível internacional, existem outras checklists para avaliação da PHDA, nomeadamente a *SNAP-IV Rating Scale*, a *SWAN Rating Scale* e a *ADHD Rating Scale - IV*. As escalas desenvolvidas por Russell A. Barkley (1991) designadas por *Home Situations Questionnaire* (HSQ) e *School Situations Questionnaire* (SSQ) são ainda outras escalas bastante utilizadas.

A *SNAP-IV Rating Scale* e a *SWAN Rating Scale*, ambas de James M. Swanson, são questionários baseados nos critérios de diagnóstico do DSM-IV. Na *SNAP-IV Rating Scale* encontram-se listados os 18 sintomas, tal como estão descritos no DSM-IV, categorizados numa Escala de Likert de 4 pontos. A sua versão completa apresenta 90 itens, onde se encontra igualmente descrita outra sintomatologia psicopatológica. A *SWAN Rating Scale* é uma evolução da escala anterior, onde os 18 itens reflectem um comportamento normativo da criança, encontrando-se categorizados numa escala de 7 pontos (pontuação entre -3 e +3) que são indicativos do grau de severidade dos comportamentos evidenciados. Os 9 primeiros itens referem-se à dimensão de Desatenção e os 9 itens seguintes à dimensão de Hiperactividade-Impulsividade. Esta escala tem sido amplamente utilizada, apresentando muito bons índices de identificação de casos de PHDA. A *ADHD Rating Scale - IV* (DuPaul, Power, Anastopoulos & Reid, 1998), que é constituída por 18 itens relativos aos critérios de diagnóstico do DSM-IV. Existem duas versões (versão casa e versão escola) que avaliam o comportamento da criança relativamente aos três subtipos da PHDA. Apresenta pontuações normalizadas em função do género e da idade da criança. As escalas desenvolvidas por Russell A. Barkley, (1991) designadas por *Home Situations Questionnaire* (HSQ) e *School Situations Questionnaire* (SSQ), são instrumentos que permitem aos pais e professores classificarem, em termos de severidade, os problemas de atenção e concentração que a criança exhibe (estas escalas não apresentam itens relativos à hiperactividade-impulsividade). A escala para pais é constituída por 14 itens, enquanto que a escala para professores apresenta 8 itens.

As escalas de inteligência de Wechsler, apesar de não terem sido desenvolvidas como uma ferramenta no diagnóstico da PHDA, têm sido amplamente utilizadas por clínicos durante o diagnóstico da perturbação (Pfeiffer, Reddy, Kletzel, Schmelzer & Boyer, 2000). Dentre estas podem destacar-se: a *WISC-R*; a *WISC-III* e a *WISC-IV* (esta última apenas disponível nos EUA). A *Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - 3ª Edição* (*WISC-III*) (Wechsler, 2003) é um instrumento clínico de administração individual que avalia a inteligência de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 16 anos e 11 meses. A escala é

composta por vários subtestes, cada um avaliando um aspecto diferente da inteligência. No final, é possível obter um Quociente de Inteligência (QI) de Escala Completa (QIEC), um Quociente Intelectual de Realização (QIR) e um Quociente Intelectual Verbal (QIV). Além destes três Quocientes de Inteligência, é possível obter resultados referentes a três Índices Factoriais: Compreensão Verbal, Organização Perceptiva e Velocidade de Processamento (Alfaiate, 2009). A WISC-R e a WISC-III nos EUA para além dos índices factoriais nomeados têm ainda outro: Distractibilidade, que compreende a Aritmética e a Memória de Dígitos. No tópico seguinte, daremos relevo a algumas investigações realizadas com estas escalas, fomentando o seu contributo na avaliação da PHDA.

A avaliação neuropsicológica é, cada vez mais, uma fase igualmente importante no processo de avaliação. Mais recentemente, a investigação tem centrado o seu interesse no estudo das alterações nas funções executivas em crianças com PHDA e as suas implicações na aprendizagem escolar. As componentes das funções executivas mais estudadas têm sido a memória de trabalho (verbal e não verbal), a inibição da resposta, a fluência verbal, a auto-regulação comportamental, o planeamento e organização, a flexibilidade cognitiva, a capacidade de análise e síntese, entre outras (Barkley, 1997a; Berlin, Bohlin, Nyberg & Janols, 2004; Biederman, Monuteaux, Doyle, Seidman, Wilens & Ferrero, 2004; Rodríguez-Jiménez, Cubillo, Jiménez-Arriero, Ponce, Aragüés-Figuero & Palomo, 2006).

É comum que os profissionais solicitem um exame neuropsicológico para consolidar ou excluir a hipótese de PHDA, assim como para obter novos dados que ampliem a avaliação. Além disso, uma avaliação ampla e bem conduzida pode esclarecer sintomas, eliminar falsos positivos e significar sintomas que podem ser considerados variantes da normalidade ou provenientes de outros quadros que não a PHDA. Mesmo que o diagnóstico já esteja confirmado, uma avaliação neuropsicológica pode prover dados que auxiliarão no estabelecimento de uma estratégia terapêutica adequada, mais abrangente e eficaz (Mattos, Saboya, Kaefer, Knijnik & Soncini, 2003).

Dentre os testes utilizados na avaliação neuropsicológica da PHDA destacaremos aqueles que constituem a *Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra* (BANC) (Simões et al., 2008). A BANC compreende uma avaliação comportamental, cognitiva e de desempenho neuropsicológico. Para avaliação comportamental são utilizadas as *Escalas de Connors - Versões Revistas* (EC-R) - Formas reduzidas: versões para pais e professores (Rodrigues, 2004), o *CBCL* (Fonseca et al., 1994) e o *TRF* (Fonseca et al., 1994). Na avaliação da inteligência são utilizadas as *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven* (MPCR) (Simões, 2000) e a *Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - 3ª Edição* (WISC-III) (Wechsler, 2003). Por sua vez, a avaliação do desempenho neuropsicológico compreende o exame das seguintes funções: 1) Memória (Aprendizagem de Lista de Palavras; Memória de Histórias; Reconhecimento de Faces; Tabuleiro de Corsi e Figura Complexa de Rey); 2) Funções Executivas (Fluência Verbal Semântica, Fluência Verbal Fonémica, Torre de Londres); 3) Atenção (Barragem de 2 Sinais de R. Zazzo; *Trail Making Test* - Parte A e *Trail Making Test* - Parte B); 4) Linguagem (Nomeação

Rápida - Cores, Formas e Cores, Números; Consciência Fonológica e Compreensão de Instruções); 5) Motricidade: Tabuleiro de Motricidade (Alfaiate, 2010).

3. Contributos da avaliação comportamental e cognitiva para o diagnóstico da PHDA

3.1. Contributo das Escalas de Conners na avaliação da PHDA

As escalas de Conners (Conners, 1989) são, possivelmente, os instrumentos mais utilizados na avaliação da PHDA. No entanto, estas escalas foram inicialmente desenvolvidas para avaliar as mudanças no comportamento das crianças hiperactivas, que recebiam tratamento com medicação estimulante. O seu uso estendeu-se ao processo de avaliação anterior ao tratamento, como instrumento útil para recolher informação dos pais e professores (Conners, 1994; Resnick & McEvoy, 1994). Speltz e colaboradores (1990) concluíram que as escalas de Conners são úteis na avaliação da frequência dos sintomas de PHDA, uma vez que a sua aplicação com certa regularidade permitirá quantificar a progressão ou remissão da sintomatologia. Este é um contributo importante, visto que o seu simples uso pode levar o clínico a reavaliar o plano terapêutico para uma melhor orientação ao nível do processo interventivo (Barbosa, Barbosa & Amorim, 2005).

Como já referido, as versões dos pais e professores foram inicialmente desenvolvidas para ajudar a avaliar a eficácia do tratamento farmacológico e foram expandidas para diferenciar crianças com PHDA de grupos normativos. As escalas revistas parecem ter uma boa qualidade técnica e estão relacionadas com a performance académica (Edelbrock, Greenbaun & Conover, 1985; Erford, 1996; Wainright et al., 1996) mas parecem ser menos sensíveis a perturbações internalizantes (como a ansiedade) do que externalizantes (como os problemas de comportamento) (Barkley, 1987; Herjanic & Reich, 1982; Montiel-Nava & Peña, 2001; Verhulst & Van der Ende, 1991).

A utilidade das escalas de Conners no diagnóstico diferencial da PHDA de subtipo Desatento, Hiperactivo-Impulsivo e Combinado, Dificuldades de Aprendizagem e Perturbações do Comportamento têm sido exploradas em diversos estudos. As escalas dos professores parecem discriminar entre populações clínicas e normativas (Merrell & Stein, 1992; Miller, Koplewicz & Klein, 1997; Roussos, et al., 1999), e conseguem classificar correctamente a maioria das crianças com PHDA de subtipo Desatento e Hiperactivo-Impulsivo (Brown, 1985). Por sua vez, as escalas dos pais parecem discriminar eficazmente crianças com PHDA de subtipo Hiperactivo-Impulsivo e Combinado de grupos de controlo normativos e psiquiátricos (Zelko, 1991). Standberg, Wieselberg e Shaffer (1980) comprovaram que a escala para pais é mais útil do que a escala para professores para discriminar crianças com PHDA e crianças com Problemas de Comportamento.

Tem-se comprovado que as crianças com PHDA ou com Problemas de Comportamento têm pontuações mais elevadas no factor de Hiperactividade comparativamente ao grupo de

controlo (Stein & O'Donnell, 1985). Crianças com PHDA e agressividade têm resultados mais altos nas subescalas de Hiperactividade e Problemas de Comportamento do que grupos com PHDA sem agressividade (Walker, Lahey, Hynd & Frame, 1987) e crianças com PHDA sem problemas de desatenção normalmente têm resultados mais altos na subescala de Problemas de Comportamento comparativamente a crianças com PHDA e com desatenção (Halperin, O'Brien, Newcorn, Healey, Pascualvaca, Wolfe & Young, 1990). Crianças com PHDA são classificadas como tendo problemas de hiperactividade, ao contrário de crianças com ansiedade, mas ambos parecem ter mais problemas de desatenção do que crianças de grupos normativos (Halperin, Newcorn, Matier, Sharma, McKay & Schwartz, 1993).

É previsível que, ambas as escalas ajudem na identificação dos subtipos de PHDA melhor de que cada uma sozinha (Hale, How, Dewitt & Coury, 2001). Os resultados confirmam que os clínicos devem ver as escalas de Conners como uma ferramenta de avaliação (Conners, Sitarenios, Parker & Epstein, 1998) para uso sistemático em avaliações multimetódicas para crianças com problemas de comportamento e de aprendizagem.

Numa investigação conduzida por Montiel-Nava e Peña (2001) pretendia-se analisar a discrepância entre pais e professores na avaliação de problemas de comportamento e de aprendizagem. Para o grupo de crianças mais pequenas (9-11 anos), a convergência entre pais e professores no momento de avaliar a criança não é tão evidente como nas crianças mais velhas (12-17 anos). A maioria das crianças são inquietas, desatentas, desobedientes e impulsivas sobretudo no momento de serem comparadas com crianças mais velhas e adolescentes (Barkley, 1997b), isto poderia ocasionar discrepâncias maiores entre pais e professores no momento de descrever e categorizar o comportamento da criança. À medida que a idade aumenta, também aumenta a força correlacional e o nível de significância destas relações. Nos grupos dos 9-11 anos e 12-14 anos existe uma marcada tendência para as relações de carácter negativo. Apesar de nenhuma destas relações alcançar significância estatística, é uma tendência que deve ser mencionada já que se pode argumentar que tais resultados demonstram que pais e professores manifestam visões opostas dos comportamentos das crianças, ou que são formas diferentes de interpretar um mesmo acto. Comparativamente, as relações significativas foram escassas, o que estabelece a incógnita se os pais e professores têm formas diferentes de conceptualizar comportamentos (Montiel-Nava & Peña, 2001).

O grau de concordância entre informadores varia segundo o tipo de informador, com a idade do sujeito avaliado e o tipo de problema de que se informa (Campos, Alecha, García, Gamissans & Santacana, 2002). Steele, Forehand e Devine (1996) postularam que tais diferenças não se devem interpretar como erros de validade das observações ou dos instrumentos utilizados, senão como uma função das diferentes inter-relações entre o informador e a criança. Os resultados notificados neste estudo são semelhantes aos obtidos em investigações prévias, nas quais as relações entre as comunicações de pais e professores são inconsistentes (Briggs-Gowan, Carter & Schwab-Stone, 1996; Mitsis, McKay, Schulz, Newcorn & Halperin, 2000).

De um modo geral, as investigações conduzem-nos para os seguintes resultados: 1) as escalas de Connors parecem ser mais sensíveis na avaliação de problemas externalizantes do que internalizantes; 2) a escala dos professores parece classificar correctamente crianças de tipo predominantemente Desatento e Hiperactivo-Impulsivo; 3) a escala dos pais parece ser mais sensível na avaliação de crianças de tipo predominantemente Hiperactivo-Impulsivo e Combinado; 4) as crianças com PHDA parecem apresentar valores elevados na subescala Hiperactividade; e 5) o grau de concordância entre informadores varia segundo o tipo de informador, com a idade do sujeito avaliado e o tipo de problema de que se informa.

3.2. Contributo das Escalas de Wechsler na avaliação da PHDA

Com o intuito de analisar as diferenças nos padrões de funcionamento cognitivo avaliados pela WISC-III, Mealer, Morgan e Luscomb (1996) relataram que o índice Distractibilidade da WISC-III baseado na Aritmética e na Memória de Dígitos parece providenciar uma medida mais homogénea ao contrário da WISC-R. Os resultados são consistentes com os de estudos anteriores com a WISC-III que encontraram que o grupo com PHDA pontuava mais baixo no índice de Distractibilidade do que o grupo de controlo. Na comparação ao nível dos subtestes, o grupo com PHDA pontuou resultados mais baixos na Memória de Dígitos e Pesquisa de Símbolos.

Estes resultados demonstram que a análise feita aos padrões de resultado de cada subteste pode providenciar informação específica em termos dos défices cognitivos associados com a PHDA. A Memória de Dígitos contribui para o índice Distractibilidade e requer atenção, concentração e memória imediata. A Pesquisa de Símbolos, por sua vez, contribui substancialmente para a Velocidade de Processamento, que em estudos anteriores tem sido apontada como sendo significativamente mais baixa em crianças com PHDA. Apesar do grupo com PHDA ser comparável com o grupo sem PHDA, em termos de resultados de QI, estes demonstram défices específicos em tarefas da WISC-III que são mais dependentes de atenção, um processamento activo e armazenamento de informação durante a sessão de teste (Memória de Dígitos e Pesquisa de Símbolos). Em contraste, nas tarefas que requerem recuperação ou aplicação de conhecimentos armazenados a longo prazo (Informação e Vocabulário) ou tarefas de realização cujos estímulos sejam visíveis (Completamento de Gravuras e Disposição de Gravuras), estas crianças têm uma performance tão boa como as crianças sem PHDA (Mealer, Morgan & Luscomb, 1996).

Os resultados da WISC-III parecem suportar a conclusão que as crianças com PHDA demonstram problemas com o processamento inicial e com o armazenamento a curto prazo, possivelmente devido a défices de atenção e a outros défices de controlo. No entanto, assim que o material passa das fases iniciais do processamento para o armazenamento a longo prazo, as crianças com PHDA têm tendência para reter informação e aplicá-la tão bem como as outras crianças (Mealer, Morgan & Luscomb, 1996).

Noutra investigação conduzida por Tiholov, Zawallich e Janzen (1996), o objectivo primário era o de determinar se o índice Velocidade de Processamento (Código e Pesquisa de Símbolos) da WISC-III se distinguiria entre os diferentes grupos clínicos. Os participantes com PHDA e problemas de desenvolvimento manifestaram resultados significativamente mais baixos na Velocidade de Processamento, Pesquisa de Símbolos e Código. O Código foi o subteste com uma média mais baixa, sugerindo dificuldades na habilidade das crianças aprenderem o código rapidamente na amostra clínica. Os participantes diagnosticados com PHDA e problemas de desenvolvimento parecem ter predominantemente dificuldades ao nível da discriminação perceptiva, que se reflecte em resultados significativamente mais baixos do que os participantes sem PHDA e problemas de desenvolvimento nos subtestes de Pesquisa de Símbolos mas não no Código.

Numa outra investigação, o objectivo prendia-se em analisar diferenças na performance cognitiva em crianças com PHDA, Ansiedade e/ou Depressão e grupos normativos (Naglieri, Goldstein, Iseman & Schweback, 2003). Os resultados obtidos corroboram os de Anastopolus, Spisto e Maher (1994), em que o factor Distractibilidade era significativamente mais baixo do que os factores Compreensão Verbal e Organização Perceptiva para um grupo de crianças com PHDA. Prifitera e Dersh (1993) encontraram diferentes padrões entre a amostra normativa e as crianças com PHDA, reflectindo índices mais baixos de Distractibilidade e de Velocidade de Processamento em comparação com os resultados dos índices de Compreensão Verbal e Organização Perceptiva. Resultados semelhantes foram também verificados noutros estudos (Schwean, Saklofske, Yackulic & Quinn, 1993).

A preponderância dos dados, no entanto, suporta a opinião de Anastopolus, Spisto e Maher (1994) que os factores da WISC-III não devem ser tidos em conta de forma a predizer o diagnóstico de PHDA. De acordo com Barkley, (2006), relativamente às escalas de Wechsler, nenhum subteste ou configuração de subtestes é sensível ou específico para esta perturbação, incluindo o factor Distractibilidade.

Num outro estudo levado a cabo por Riccio, Cohen, Hall e Ross (1997), pretendia-se analisar a relação entre os factores três (Distractibilidade) e quatro (Velocidade de Processamento) da WISC-III e outras medidas comportamentais e neuropsicológicas. Os resultados demonstraram que apesar da Distractibilidade e Velocidade de Processamento terem uma correlação significativa com os factores Compreensão Verbal e Organização Perceptiva, os factores Distractibilidade e Velocidade de Processamento não estão correlacionados de forma significativa com qualquer outra medida de atenção. As correlações mais fortes foram entre as medidas da memória de trabalho/imediata, a Distractibilidade e a Velocidade de Processamento.

Schwean, Saklofske, Yackulic e Quinn (1995), conduziram um estudo em que o principal objectivo era o de analisar a relação entre a WISC-III e a Stanford-Binet Intelligence Scale (SB) em crianças com PHDA. Na WISC-III, estas crianças demonstraram resultados mais altos em tarefas que requeriam habilidades de Organização Perceptiva em contraste com as capacidades de Compreensão Verbal. Estes resultados corroboram em parte os de Schwean e

colaboradores (1993), em que crianças com PHDA apresentavam resultados mais baixos nos índices Distractibilidade e Velocidade de Processamento e no QI Verbal, mas manifestavam altos resultados no índice de Organização Perceptiva em comparação com grupos normativos.

Numa outra investigação, os resultados sustentam os relatados até então. Crianças com PHDA obtiveram resultados mais baixos na Memória de Dígitos, Aritmética, Código e Pesquisa de Símbolos, que compreendem os índices Distractibilidade e Velocidade de Processamento. Apesar da análise do índice Distractibilidade relativo ao QI poder ser útil na revelação de problemas atencionais, não dispõe de informação suficiente sobre os outros sintomas necessários para o diagnóstico da PHDA, especificamente a hiperactividade e a impulsividade (Mayes, Calhoun & Crowell, 1998).

Mayes e Calhoun (2006) atestam que os perfis das fraquezas e dos pontos fortes em crianças com PHDA foram semelhantes tanto na WISC-IV como na WISC-III. Verificou-se uma média significativamente mais baixa no índice Distractibilidade/Memória de Trabalho e na Velocidade de Processamento. Dentro deste último, o Código foi mais baixo do que a Pesquisa de Símbolos em ambas as WISC. Estes resultados são consistentes com estudos prévios com a WISC-III e a WISC-IV, sugerindo que estas crianças têm pontos fortes ao nível do raciocínio verbal e visual e fracos na atenção, na velocidade de processamento e nas capacidades gráfico-motoras.

Em particular, o funcionamento cognitivo tem vindo a ser investigado como potencial factor de diferenciação dos subtipos. A comparação do perfil neuropsicológico dos subtipos foi objecto da meta-análise realizada por Lane (2004). As conclusões sugerem que o subtipo combinado tende a mostrar melhores resultados em medidas de velocidade de processamento, atenção, QI de realização, memória e fluência; enquanto o subtipo desatento tende a revelar melhores resultados nas áreas de flexibilidade cognitiva, memória de trabalho, competência visuo-espacial, desempenho motor e linguagem. Na meta-análise de Frazier, Demaree e Youngstrom (2004), as crianças com PHDA apresentaram resultados globais de QI significativamente inferiores aos dos grupos de controlo saudáveis, mas não foram encontradas diferenças entre os subtipos. Contudo, os autores salientam a escassez de grupos desatentos incluídos nos estudos, o que poderia justificar os resultados, e apontam para a necessidade de aprofundamento desse aspecto. Efectivamente, um dos poucos estudos que contempla um amplo grupo de meninos com PHDA de subtipo desatento revelou um pior desempenho nos resultados globais de QI por comparação aos subtipos combinado e hiperactivo-impulsivo (Warner-Rogers, et al., 2000).

Do ponto de vista cognitivo, o estudo das funções executivas tem assumido especial relevância, sobretudo pela semelhança encontrada entre as manifestações comportamentais da PHDA e as perturbações neuropsicológicas decorrentes de disfunções executivas, como as que resultam de lesões frontais (Barkley, 1997; Seidman, 2006). A meta-análise de Frazier, Demaree e Youngstrom (2004), revelou um pior desempenho dos grupos PHDA em medidas de natureza executiva por comparação com tarefas não-executivas. Os défices executivos encontrados apoiam parcialmente a proposta de Barkley (1997) e referem-se à inibição

comportamental, atenção e memória de trabalho. Contudo, os resultados para as áreas da auto-regulação afectiva, internalização da fala, reconstituição e controlo motor apresentaram menor consistência e necessidade de aprofundamento. No entanto, convém salientar que a hipótese de Barkley (1997) caracteriza particularmente os subtipos combinado e hiperactivo-impulsivo, por considerar que o subtipo desatento apresentaria características cognitivas únicas.

As principais conclusões que se podem retirar das investigações realizadas com as escalas de Wechsler são as seguintes: 1) crianças com PHDA apresentam resultados significativamente mais baixos na Velocidade de Processamento; 2) Dentre os subtestes que constituem a Velocidade de Processamento (Pesquisa de Símbolos e Código), o Código é o subteste com médias mais baixas; 3) estas crianças demonstraram resultados mais altos em tarefas que requeriam habilidades de Organização Perceptiva em contraste com as capacidades de Compreensão Verbal.

Capítulo II. Corpo Empírico

O presente capítulo é dedicado à apresentação da componente empírica desenvolvida, ao longo do ano lectivo 2010/2011. Assim, primeiramente serão enunciados os objectivos e hipóteses do nosso estudo, seguindo-se a apresentação do desenho e tipo de estudo. Seguidamente será apresentada a caracterização dos participantes, a descrição dos instrumentos e procedimentos utilizados. Por último serão apresentados os resultados, assim como estes serão discutidos em função da revisão da literatura anteriormente apresentada.

1. Objectivos, hipóteses e natureza do estudo

O estudo desenvolvido teve como principais objectivos gerais analisar a convergência do diagnóstico da PHDA entre diferentes fontes, nomeadamente a partir da avaliação comportamental (através das CRS-R para pais e professores) e da avaliação cognitiva (através da WISC-III) em crianças do 1º ciclo com suspeita de PHDA. Em termos meramente descritivos, pretende-se analisar as médias obtidas por subescala e índice das CRS-R e por subteste, QIs e índices factoriais da WISC-III; a frequência de sintomas de PHDA sinalizados por pais e professores nas CRS-R, e, ainda o subtipo de PHDA segundo pais e professores, tomando o género. Pretende-se, também, analisar a convergência entre as CRS-R para pais e professores; a convergência entre pais e professores na sinalização de sintomas de PHDA; a convergência entre as CRS-R e a WISC-III; e, a convergência entre a WISC-III e os sintomas para PHDA. Por fim, pretende-se averiguar as diferenças de género nas CRS-R para pais e professores. Tomando os objectivos principais deste estudo, formulámos as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1 (H1): Existem relações estatisticamente significativas entre as subescalas e índices das CRS-R para pais e professores;

Hipótese 2 (H2): Existem relações estatisticamente significativas entre pais e professores na sinalização de sintomas de desatenção do DSM-IV;

Hipótese 3 (H3): Existem relações estatisticamente significativas entre pais e professores na sinalização de sintomas de hiperactividade-impulsividade do DSM-IV;

Hipótese 4 (H4): Existem relações estatisticamente significativas entre as CRS-R (subescalas e índices) e a WISC-III (subtestes, QIs e índices factoriais);

Hipótese 5 (H5): Existem relações estatisticamente significativas entre a WISC-III (subtestes, QIs e índices factoriais) e os itens da CRS-R que constituem os sintomas para PHDA segundo o DSM-IV;

Hipótese 6 (H6): Existem diferenças significativas na CRS-R para pais em função do género;

Hipótese 7 (H7): Existem diferenças significativas na CRS-R para professores em função do género.

Relativamente à natureza do estudo, esta investigação pode definir-se como descritiva, correlacional e comparativa, procurando caracterizar um grupo de crianças com suspeita de PHDA, assim como analisar a correlação entre diferentes fontes de informação e, por fim, analisar diferenças entre grupos no que respeita à variável género (Ribeiro, 1999).

2. Método

2.1. Participantes

A amostra do presente estudo foi recolhida na Consulta de Desenvolvimento do Serviço de Pediatria nos hospitais de Castelo Branco (Hospital Amato Lusitano) e da Covilhã (Centro Hospitalar Cova da Beira). Os participantes constituíram uma totalidade de 60 crianças, avaliadas cognitivamente e comportamentalmente por suspeita de PHDA.

Como critérios de inclusão foram considerados os seguintes: i) frequência no 1º ciclo do Ensino Básico; ii) $QI \geq 70$; e iii) cumprimento de critérios de diagnóstico para PHDA em casa e/ou na escola.

Com o intuito de caracterizar a amostra do estudo, encontra-se na tabela 1, 2 e 3 a distribuição da amostra por género e idade, por ano de escolaridade e por instituição.

Tabela 1: Distribuição da amostra por género e idade

Género	M	DP	Min.-Máx.
Masculino (n=42)	7,29	1,31	6-10
Feminino (n=18)	7,44	1,29	6-10
TOTAL (N=60)	7,33	1,30	6-10

Da totalidade da amostra, 42 (70%) pertenciam ao sexo masculino e 18 (30%) ao sexo feminino, com uma média de idades igual a 7,3 anos ($DP=1,30$), oscilando entre os 6 e os 10 anos de idade (cf. Tabela 1).

Tabela 2: Distribuição da amostra por ano de escolaridade

Ano de escolaridade	Frequência	%
1º ano	23	38,3
2º ano	16	26,7
3º ano	13	21,7
4º ano	8	13,3

Como se pode observar na Tabela 2, do total de 60 alunos do 1º Ciclo do Ensino Básico, 23 (38,3%) frequentavam o 1º ano de escolaridade, 16 (26,7%) o 2º ano, 13 (21,7) o 3º ano e 8 (13,3%) o 4º ano.

Tabela 3: Distribuição da amostra por instituição

Instituição	Género	N	%
CHCB, Covilhã (n=37)	M	29	69,0
	F	8	44,4
HAL, Castelo Branco (n=23)	M	13	31,0
	F	10	55,6

Tendo em consideração a zona geográfica, 37 (61,7%) dos participantes foram avaliados no Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), na cidade da Covilhã, e os restantes 23 (38,3%) foram acompanhados no Hospital Amato Lusitano (HAL), na cidade de Castelo Branco (cf. Tabela 3). Conforme se pode concluir a partir da leitura da Tabela 3, no CHCB a discrepância entre rapazes e raparigas sinalizados é muito superior (com mais rapazes na amostra), comparativamente com o HAL, onde esta diferença não foi tão acentuada.

2.2. Instrumentos

Os instrumentos seleccionados e aplicados à amostra clínica, no sentido de recolher dados no âmbito comportamental e cognitivo, assentaram em dois instrumentos de avaliação: as *Conners' Rating Scales - Revised (Long Version) (CRS-R)* para pais e professores (1997) e a *Escala de Inteligência de Wechsler para crianças - 3ª Edição (WISC-III)* (Wechsler, 2003).

- *Conners' Rating Scales - Revised (Long Version) (CRS-R)* para pais e professores (Conners, 1997b):

As *Conners' Rating Scales - Revised (CRS-R)* são um instrumento padrão utilizado na avaliação da PHDA e problemas comportamentais dirigido a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos. Trata-se de questionários de auto-resposta de tipo *Lickert* com 4 opções de resposta, em que o 0 corresponde a “nunca” e o 3 a “muito frequente”. Incluem uma versão para os pais e outra para os professores, a primeira com 80 itens e a segunda com 59. O tempo de aplicação varia entre 5 e 20 minutos (Conners, 1997).

Ambas as versões (pais e professores) foram desenvolvidas com o intuito de avaliar problemas comportamentais, incluindo as seguintes subescalas e índices: comportamentos de oposição, problemas cognitivos/desatenção, hiperactividade, ansiedade/timidez, perfeccionismo, problemas sociais, índice de sintomas do DSM-IV (Desatenção, Excesso de actividade motora/ Impulsividade, Global), índice de PHDA e o índice global de *Conners'*. A versão dos pais inclui ainda a subescala psicossomática. De seguida, faremos uma breve descrição de cada subescala e índice (Conners, 1997a):

- **Comportamentos de Oposição (CO):** os indivíduos que obtenham valores elevados nesta escala, apresentam comportamentos frequentes de quebrar regras, têm problemas com as figuras de autoridade, zangam-se mais facilmente e são mais susceptíveis de serem provocados por outros;

- Problemas Cognitivos/Desatenção (CD): os valores altos referem-se a um Défice de Atenção. Estes indivíduos apresentam mais dificuldades académicas, têm dificuldade em organizar o seu trabalho escolar e apresentam problemas de concentração em tarefas que requerem um esforço mental prolongado;
- Hiperactividade (H): valores elevados referem-se a indivíduos com dificuldade em ficar sossegados do ponto de vista motor, com problemas em manter a mesma tarefa durante algum tempo, apresentam comportamentos de irrequietude motora e são mais impulsivos;
- Ansiedade/Timidez (AT): valores elevados são reveladores de uma maior tendência para preocupações, para serem emotivos, sensíveis a críticas, ansiosos perante situações novas ou pouco familiares;
- Perfeccionismo (P): valores elevados revelam indivíduos que estabelecem para si mesmos metas elevadas, são exaustivos na realização de tarefas em casa e na escola e mais obsessivos nas mesmas;
- Problemas Sociais (PS): valores elevados revelam situações de dificuldade em estabelecer e manter amizades, baixa auto-estima, dificuldade ao nível da auto-confiança e com tendência a sentir-se socialmente rejeitados e deslocados;
- Psicossomática (Psic): valores elevados revelam indivíduos que reportam sinais físicos de mal-estar (dores de barriga, dores de cabeça,...);
- Índice de PHDA de Conners (DAH): identifica crianças e adolescentes com um possível diagnóstico de PHDA;
- Índice Global de Conners' (IG): valores elevados poderão ser indicadores de problemas comportamentais. Altas pontuações tendem a indicar hiperactividade. Inclui ainda o Índice de Irrequietude/Impulsividade (III) (valores elevados revelam comportamentos de inquietação, impulsividade e dificuldades de concentração) e o de Labilidade Emocional (ILE) (valores elevados revelam indivíduos com tendência a dar respostas emotivas, como por exemplo, chorar, gritar, zanga...);
- Índice de Sintomas do DSM-IV (IS): valores elevados correspondem aos critérios combinados de desatenção e hiperactividade/impulsividade para PHDA do DSM-IV (compreende a Subescala de Sintomas de Desatenção (SD) - valores elevados correspondem aos critérios de diagnóstico de desatenção do DSM-IV - e a Subescala de Sintomas de Excesso de Actividade Motora/Impulsividade) (SAMI) - valores elevados correspondem aos critérios de diagnóstico de hiperactividade/impulsividade do DSM-IV).

A cotação das CRS-R é feita a partir da conversão dos resultados brutos obtidos em cada uma das subescalas e índices, em resultados padronizados (percentis) e em notas T (T-score). O ponto de corte considerado para cada um destes parâmetros é um valor T-score >70, considerando-se, assim, que resultados acima deste valor indicam áreas clinicamente significativas. O tipo de perfil desenhado a partir das pontuações T-score ajuda-nos a entender quais as dificuldades e pontos fortes do indivíduo, permitindo-nos delinear um plano de intervenção (Sparrow, 2010).

Os valores T-score encontram-se organizados da seguinte forma (cf. Tabela 4):

Tabela 4: Interpretação dos T-score e percentis das CRS-R

T-scores	Percentis	Observações
>70	>98	Marcadamente significativo (9)
66-70	95-98	Moderadamente significativo (8)
61-65	86-94	Medianamente significativo (7)
56-60	74-85	Borderline (6)
45-55	27-73	Média (não constitui problema) (5)
≤44	≤26	Não constitui problema (4)

Para efeitos de diagnóstico são considerados os mesmos critérios do DSM-IV, visto que os itens da Escala de Conners' que atestam a existência ou não da PHDA são iguais a este. É necessário ainda, existir uma concordância entre as versões dos pais e dos professores em relação ao diagnóstico da PHDA.

Optamos por utilizar esta versão do Conners', uma vez que em ambos os contextos hospitalares era a única disponível. Estaríamos por isso, dependentes das contingências dos locais de recolha de dados para constituição da amostra.

- Escala de Inteligência de Wechsler para crianças - Terceira Edição (WISC-III) (Wechsler, 2003):

A WISC-III é uma escala clínica de inteligência, constituída por treze subtestes de administração individual (sujeitos com idades compreendidas entre 6 e 16 anos e 11 meses). A escala é composta por vários subtestes, cada um avaliando um aspecto diferente da inteligência. Os subtestes dividem-se em dois grupos: verbais e de realização. Os subtestes verbais são: Informação, Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Compreensão e Memória de Dígitos (opcional). Os subtestes de realização são: Completamento de Gravuras, Código, Disposição de Gravuras, Cubos, Composição de Objectos, Pesquisa de Símbolos (opcional) e Labirintos (opcional).

No final, é possível obter um Quociente de Inteligência (QI) de Escala Completa (QIEC), um Quociente Intelectual de Realização (QIR) e um Quociente Intelectual Verbal (QIV). Além destes três Quocientes de Inteligência, é possível obter resultados referentes a três Índices Factoriais: Compreensão Verbal (ICV), Organização Perceptiva (IOP) e Velocidade de Processamento (IVP) (Alfaiate, 2009) (cf. Tabela 5).

Tabela 5: Organização dos subtestes da WISC-III

Subtestes Verbais	Subtestes de Realização	Subtestes Opcionais	Escalas de QI	Índices Factoriais
Informação	Completamento de Gravuras	Memória de Dígitos	QI Verbal (QIV)	Compreensão Verbal (ICV)
Semelhanças	Código	Pesquisa de Símbolos	QI de Realização (QIR)	Organização Perceptiva (IOP)
Aritmética	Disposição de Gravuras	Labirintos	QI de Escala Completa (QIEC)	Velocidade de Processamento (IVP)
Vocabulário	Cubos			
Compreensão	Composição de Objectos			
Memória de Dígitos	Pesquisa de Símbolos			
	Labirintos			

Daremos agora relevo às dimensões avaliadas pelos Índices Factoriais (cf. Tabela 6):

- Compreensão Verbal (ICV): reflecte o conhecimento verbal adquirido e o processo mental necessário para responder às questões, que seria a capacidade de compreensão (raciocínio verbal);
- Organização Perceptiva (IOP): consiste na medida de raciocínio não-verbal, raciocínio fluído (por exemplo: sem “perda da linha de raciocínio”), atenção para detalhes e integração visuomotor (integração entre percepção visual e comportamento motor - “olhar e fazer”);
- Velocidade de Processamento (IVP): reflecte velocidade psicomotora (Código) e velocidade mental (Pesquisa de Símbolos) para resolver problemas não verbais, avaliando, também, a capacidade de planear, organizar e desenvolver estratégias. As suas habilidades incluem-se em dois domínios, pois processamento implica cognição e velocidade e têm componentes tanto comportamentais como cognitivos.

Tabela 6: Subtestes que constituem os Índices Factoriais da WISC-III

Compreensão Verbal	Organização Perceptiva	Velocidade de Processamento
Informação	Completamento de Gravuras	Código
Semelhanças	Disposição de Gravuras	Pesquisa de Símbolos
Vocabulário	Cubos	
Compreensão	Composição de Objectos	

De seguida, faremos uma breve descrição das dimensões avaliadas por cada subteste:

1. Escalas Verbais: avaliam a capacidade de lidar com estímulos abstractos; qualidade da educação formal e estimulação do ambiente; compreensão, memória e fluência verbal.
 - Informação (INF): mede o nível dos conhecimentos adquiridos a partir da educação na escola e na família. Apela à memória episódica de longo prazo. Permite verificar a organização temporal;
 - Semelhanças (SEM): examina a capacidade de estabelecer relações lógicas e a formação de conceitos verbais ou de categorias. Avalia a capacidade de síntese e de integração de conhecimentos;

- Aritmética (ARI): avalia a capacidade de cálculo mental, a compreensão de enunciados verbais de uma certa complexidade e a capacidade de raciocínio;
 - Vocabulário (VOC): mede a competência linguística, os conhecimentos lexicais e, sobretudo, a facilidade de elaboração do discurso;
 - Compreensão (COM): examina a capacidade do sujeito exprimir as suas experiências. Apela ao conhecimento de regras de relacionamento social. Permite observar quer a facilidade de argumentação (quando é pedido ao sujeito para justificar as suas respostas), quer a flexibilidade mental (quando é solicitada uma segunda resposta ao mesmo item);
 - Memória de Dígitos (MD): mede a memória auditiva sequencial e a capacidade de memória de trabalho.
2. Escalas de Realização: medem o grau e qualidade do controlo não-verbal do indivíduo com o ambiente; capacidade de integrar estímulos perceptuais e respostas motoras pertinentes; capacidade de trabalhar em situações concretas; capacidade de trabalhar rapidamente; capacidade de avaliar informações visuo-espaciais.
- Completamento de Gravuras (CG): apela a uma forma de memória visual e a um bom senso prático;
 - Código (CD): mede a capacidade de associar números a símbolos e de memorizar correctamente essas associações, a fim de executar a tarefa o mais rapidamente possível. Avalia a capacidade de aprendizagem «mecânica» automatizada;
 - Disposição de Gravuras (DG): requer uma boa capacidade de análise perceptiva, bem como uma integração do conjunto das informações disponíveis;
 - Cubos (CB): examina a capacidade de organização e processamento visuo-espacial/não-verbal, a capacidade para decompor mentalmente os elementos constituintes do modelo a reproduzir. É considerada uma medida de resolução de problemas não-verbais;
 - Composição de Objectos (CO): mede a capacidade de organizar um todo a partir de elementos separados, apela à capacidade de integração perceptiva. Proporciona uma oportunidade para observar directamente a estratégia de resolução de problemas;
 - Pesquisa de Símbolos (PS): apela para a capacidade de discriminação perceptiva. Depende de uma boa capacidade de atenção visual e de memória de trabalho;
 - Labirintos (LB): examina a capacidade de antecipação e de planeamento, requer uma estratégia visuo-espacial em memória de trabalho.

As distribuições das notas nos QIs Verbal, Realização e Escala Completa e dos resultados dos três Índices Factoriais têm uma média de 100, um desvio-padrão de 15 e uma amplitude de 40 a 160. Um QI de 100, em qualquer uma das três escalas, representa então o desempenho médio ou típico de um sujeito de uma determinada idade. Para cada um dos 13 subtestes, a distribuição das notas brutas para cada grupo etário foi convertida numa escala com média 10 e desvio-padrão 3 (Simões, Seabra-Santos, Albuquerque, Pereira, Almeida, Rocha, Ferreira, Lopes, Gomes, Xavier, Rodrigues, Matoso, Nunes, Filipe & Eusébio, 2006).

Os QIs na WISC-III podem ser definidos de acordo com o seguinte quadro classificativo: “muito superior” (QI \geq 130); “superior” (QI=120-129); “médio superior” (QI=110-119); “médio” (QI=90-109); “médio inferior” (QI=80-89); “inferior” (QI=70-79) e “muito inferior” (QI \leq 69) (Simões, et al., 2006).

Dentre os subtestes opcionais, apenas foi administrada a Pesquisa de Símbolos, visto ser um subteste indispensável para o cálculo do Índice Velocidade de Processamento (IVP).

2.3. Procedimentos

A efectivação prática da presente investigação assentou na operacionalização de diversas etapas procedimentais, que se encontram descritas de seguida.

A primeira etapa prendeu-se com o pedido de autorização formal (em formato de carta) (cf. Anexo 2), endereçado às administrações do Centro Hospital Cova da Beira (Covilhã) e ao Hospital Amato Lusitano (Castelo Branco). Decorridos cerca de dois meses, e após a aprovação da investigação, entrou-se em contacto com as psicólogas da Consulta de Desenvolvimento de ambas as entidades hospitalares com o objectivo de por um lado, não interferir com a rotina das consultas, e, por outro, procurar a familiarização com os procedimentos habituais de consulta de processos de forma a recolher a amostra para o estudo.

Numa fase seguinte, e após a recolha da amostra clínica, recorreu-se ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS (versão 19) para a construção da base de dados e posterior tratamento estatístico.

3. Resultados

Começaremos por apresentar em estudo prévio realizado com as CRS-R para pais e professores, com o intuito de avaliar a consistência interna destas escalas. Deste modo, começaremos por apresentar neste capítulo os resultados obtidos neste estudo preliminar, passando em seguida para a apresentação dos resultados propriamente ditos. Neste ponto, optou-se por apresentar os resultados obtidos nas CRS-R e na WISC-III, partindo da sua análise descritiva. Por último, procederemos à apresentação dos resultados relativos à testagem de cada uma das hipóteses formuladas.

3.1. Estudo prévio sobre a consistência interna das CRS-R

Primeiramente, pretendeu-se analisar as características psicométricas das CRS-R para pais e professores. A fiabilidade dos instrumentos foi avaliada através do cálculo do alfa de *Cronbach* e refere-se à capacidade desta ser consistente. A análise da consistência interna de uma medida psicológica é uma necessidade aceite na comunidade científica. É sobre o alfa de *Cronbach* que assenta a confiança da maioria dos investigadores (Maroco & Marques, 2006). Os valores deste coeficiente variam entre 0 e 1 considerando-se: muito boa - valores

superiores a 0.9; boa - valores entre 0.8 e 0.9; razoável - valores entre 0.7 e 0.8; fraca: valores entre 0,6 e 0,7; inadmissível: valores inferiores a 0,6 (Pestana & Gageiro, 2008).

Para a CRS-R na versão para pais e verificando que o valor obtido é de 0,958, pode considerar-se, segundo a literatura, que o instrumento oferece uma consistência muito boa (cf. Tabela 7). Por sua vez, na CRS-R na versão para professores, e tal como na versão dos pais, o instrumento apresenta uma consistência interna muito boa, sendo o alfa de Cronbach de 0.944 (cf. Tabela 8).

O alfa de *Cronbach* pode ainda ser utilizado para verificar ou avaliar a consistência interna do grupo de *itens* que constituem as subescalas e índices das CRS-R para pais e professores.

Tabela 7: Coeficientes de consistência interna das subescalas e índices da CRS-R para pais

Subescalas e Índices	Número de itens	Alpha de <i>Cronbach</i>
Comportamentos de Oposição	10	0,887
Problemas Cognitivos/Desatenção	12	0,818
Hiperactividade	8	0,882
Ansiedade/Timidez	9	0,705
Perfeccionismo	7	0,700
Problemas Sociais	5	0,603
Psicossomática	6	0,545
Índice de PHDA de Conners	12	0,882
Índice Global de Conners	10	0,883
Índice de Irrequietude/Impulsividade	7	0,849
Índice de Labilidade Emocional	3	0,828
Índice de Sintomas do DSM-IV	18	0,901
Sintomas de Desatenção	9	0,832
Sintomas de Excesso de Actividade Motora/impulsividade	9	0,886
Escala global	80	0,958

Na versão dos pais da CRS-R, o Índice de Sintomas do DSM-IV apresenta uma consistência interna muito boa, uma vez que o valor se encontra acima de 0.9. As subescalas Comportamentos de Oposição, Problemas Cognitivos/Desatenção, Hiperactividade e os Índices de PHDA de Conners, Global de Conners, Irrequietude/impulsividade, Labilidade Emocional, Sintomas de Desatenção e Sintomas de Excesso de Actividade Motora/Impulsividade apresentam uma consistência interna boa, dado que os valores se situam entre 0.8 e 0.9. Para as subescalas Ansiedade/Timidez e Perfeccionismo, a consistência interna é razoável. A subescala dos Problemas Sociais apresenta uma consistência interna fraca. E, por último, a subescala Psicossomática oferece uma consistência inadmissível (cf. Tabela 7).

Tendo em consideração os itens que integram as Subescalas Problemas Sociais e Psicossomática, não foi necessária a sua eliminação uma vez que a consistência interna não aumentava (cf. Anexo 3).

Tabela 8: Coeficientes de consistência interna das subescalas e índices da CRS-R para professores

Subescalas e Índices	Número de itens	Alpha de Cronbach
Comportamentos de Oposição	6	0,919
Problemas Cognitivos/Desatenção	8	0,798
Hiperactividade	7	0,900
Ansiedade/Timidez	6	0,733
Perfeccionismo	6	0,624
Problemas Sociais	5	0,860
Índice de PHDA de Conners	11	0,832
Índice Global de Conners	10	0,836
Índice de Irrequietude/Impulsividade	6	0,788
Índice de Labilidade Emocional	4	0,788
Índice de Sintomas do DSM-IV	18	0,881
Sintomas de Desatenção	9	0,765
Sintomas de Excesso de Actividade Motora/impulsividade	9	0,916
Escala global	59	0,944

Na versão dos professores da CRS-R, pode observar-se que, a subescala de Comportamentos de Oposição e a subescala de Sintomas de Excesso de Actividade Motora/Impulsividade apresentam uma consistência interna muito boa, uma vez que os valores se situam acima de 0.9. Uma consistência boa é observada nas subescalas Hiperactividade e Problemas Sociais, e nos Índices de PHDA de Conners, Global de Conners e Sintomas do DSM-IV, dado que os valores se encontram entre 0.8 e 0.9. Consistências razoáveis podem ser observadas nas subescalas Problemas Cognitivos/Desatenção, Ansiedade/Timidez e nos Índices de Irrequietude/Impulsividade, Labilidade Emocional e Sintomas de Desatenção. Uma consistência fraca pode ser observada na subescala Perfeccionismo, uma vez que a consistência interna é de 0.624 (cf. Tabela 8).

Tal como acontece em algumas das subescalas da CRS-R dos pais, na versão dos professores a subescala Perfeccionismo apresenta uma consistência interna fraca. Contudo, não foi necessária a eliminação de itens que a integram, uma vez que a consistência interna não aumentava (cf. Anexo 3).

3.2. Análise descritiva

Depois de analisada a consistência interna dos instrumentos e respectivas dimensões, procedeu-se à descrição da estatística descritiva das Escalas de Conners e da WISC-III. Nesta análise são incluídas medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão, máximos e mínimos).

3.2.1. Análise Descritiva dos resultados nas CRS-R

Os resultados obtidos nas CRS-R para pais e professores são apresentados nas Tabelas 9 e 10 tomando cada uma das subescalas e índices.

Tabela 9: Estatística descritiva por subescala (T-Scores) das CRS-R

Subescalas		Média	DP	Min. - Máx.
Comportamentos de Oposição (CO)	Profs	66,85	15,96	43-90
	Pais	64,08	12,94	40-90
Problemas Cognitivos/Desatenção (CD)	Profs	67,33	9,26	46-86
	Pais	74,62	8,76	51-90
Hiperactividade (H)	Profs	69,12	13,32	44-90
	Pais	72,10	12,96	46-90
Ansiedade/Timidez (AT)	Profs	65,05	12,41	42-90
	Pais	65,10	11,97	42-89
Perfeccionismo (P)	Profs	56,78	9,56	44-90
	Pais	63,28	11,17	40-85
Problemas Sociais (PS)	Profs	61,28	11,93	45-90
	Pais	66,03	14,48	44-90
Psicossomática (Psic)	Pais	64,10	13,20	47-90

Como se pode observar na Tabela 9, tendo em consideração as médias obtidas por subescala, do ponto de vista dos professores, a Hiperactividade foi aquela que apresentou valores médios mais elevados (embora não seja clinicamente significativa porque $T < 70$), enquanto que, a subescala com uma pontuação inferior foi a do Perfeccionismo. Por sua vez, na óptica dos pais, a subescala com uma média mais alta foi a dos Problemas Cognitivos/Desatenção, e tal como nos professores, a subescala do Perfeccionismo é aquela com valores médios mais baixos. Pode verificar-se ainda que, segundo os pais, as subescalas de Problemas Cognitivos/Desatenção e Hiperactividade são clinicamente significativas uma vez que apresentam valores T-score de 74,62 (DP=8,76) e 72,10 (DP=12,96), respectivamente.

De um modo geral, os pais comparativamente aos professores, apontam mais Problemas Cognitivos/Desatenção e Hiperactividade, enquanto que os professores referem mais Comportamentos de Oposição.

Tabela 10: Estatística descritiva por Índice (T-Scores) da CRS-R

Índice		Média	DP	Min. - Máx.
Índice de PHDA de Conners (DAH)	Profs	73,13	8,94	50-90
	Pais	73,77	8,93	52-90
Índice Global de Conners (IG)	Profs	72,83	10,87	50-90
	Pais	71,85	12,21	48-90
Índice de Irrequietude/Impulsividade (III)	Profs	71,67	9,99	50-90
	Pais	72,80	11,14	49-89
Índice de Labilidade Emocional (LE)	Profs	67,03	15,89	44-90
	Pais	64,28	15,39	41-90
Índice de Sintomas do DSM-IV (IS)	Profs	72,63	9,93	49-90
	Pais	76,40	9,62	52-90
Subescala de sintomas de Desatenção (SD)	Profs	72,18	8,07	47-89
	Pais	74,05	9,17	51-90
Subescala de sintomas de Excesso de Actividade Motora/Impulsividade (SAMI)	Profs	69,47	13,45	42-90
	Pais	74,84	12,26	50-90

Tendo em consideração as médias obtidas por índices, do ponto de vista dos professores, o Índice de PHDA de Conners foi aquele que apresentou valores médios mais elevados, enquanto que, o índice com uma pontuação inferior foi o da Labilidade Emocional (que incorpora o Índice Global de Conners). Por seu lado, na perspectiva dos pais, o índice com uma média mais alta foi o Índice de Sintomas do DSM-IV, e tal como nos professores, o Índice da Labilidade Emocional é aquele com valores médios mais baixos. Pode atestar-se ainda que, segundo os professores, todos os índices à excepção da Labilidade Emocional e a Subescala de Sintomas de Excesso de Actividade Motora/Impulsividade são clinicamente significativas, uma vez que apresentam valores $T > 70$. Para os pais, apenas o índice de Labilidade Emocional não é clinicamente significativo (cf. Tabela 10).

De um modo geral, pais e professores reportam valores médios clinicamente significativos para todos os índices à excepção do Índice de Labilidade Emocional.

De seguida, são apresentados os subtipos de PHDA tomando o género e os sintomas mais frequentes segundo pais e professores.

Tabela 11: Subtipo de PHDA segundo pais e professores, tomando o gênero

	Crianças sinalizadas com PHDA		Subtipo de PHDA					
			Desatento		Hiperactivo		Combinado	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Professores (n=60)	32	13	15	10	4	1	13	2
	45 (75%)		25		5		15	
Pais (n=60)	21	6	7	4	5	0	9	2
	27 (45%)		11		5		11	
Ambos	9	3	4	2	1	0	4	1
	12 (20%)		6		1		5	

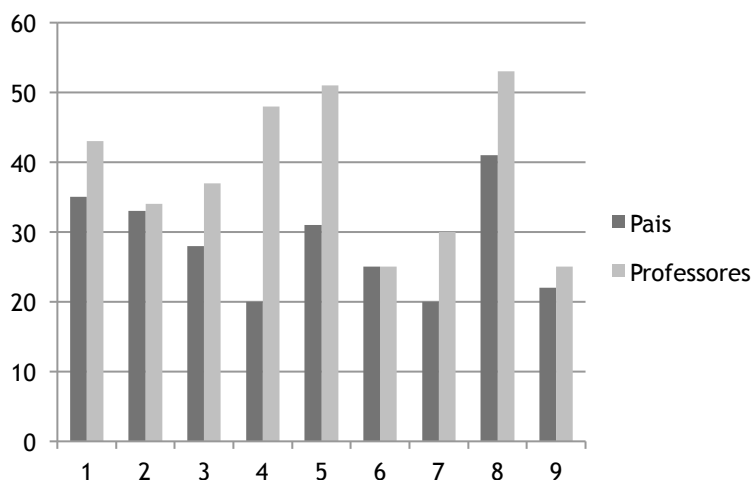
Como se pode observar na Tabela 11, os professores assinalam 45 (75%) crianças com PHDA, das quais 25 (55,6%) são do subtipo Desatento, 5 (11,1%) do subtipo Hiperactivo-Impulsivo e 15 (33,3%) do subtipo Combinado. Tomando o gênero, das 45 crianças sinalizadas pelos professores como tendo PHDA, 32 são meninos e 13 são meninas, em que 15 são meninos e 10 são meninas do subtipo Desatento, 4 são meninos e 1 é menina do subtipo Hiperactivo-Impulsivo e, 13 são meninos e 2 são meninas do subtipo Combinado.

Por sua vez, os pais reportam 27 (45%) crianças com PHDA, sendo que 11 (40,8%) são do subtipo Desatento, 5 (18,52) do subtipo Hiperactivo-Impulsivo e 11 (40,8%) do subtipo Combinado. Tomando o gênero, das 27 crianças sinalizadas pelos pais como tendo PHDA, 21 são meninos e 6 são meninas, em que 7 são meninos e 4 são meninas do subtipo Desatento, 5 são meninos do subtipo Hiperactivo-Impulsivo e, 9 são meninos e 2 são meninas do subtipo Combinado.

Considerando agora a totalidade das 60 crianças, apenas 12 (20%) têm um diagnóstico convergente entre pais e professores de PHDA, das quais 9 são meninos e 3 são meninas. Examinando o subtipo de PHDA e gênero, das 6 crianças sinalizadas do subtipo Desatento, 4 são meninos e 2 são meninas; apenas se verificou 1 menino do subtipo Hiperactivo-Impulsivo, e ainda, das 5 crianças do subtipo Combinado, 4 são meninos e 1 é menina.

De forma sucinta, apenas 20% da totalidade da amostra preenche critérios de diagnóstico para PHDA. Pais e professores reportam mais crianças de tipo predominantemente Desatento e Combinado.

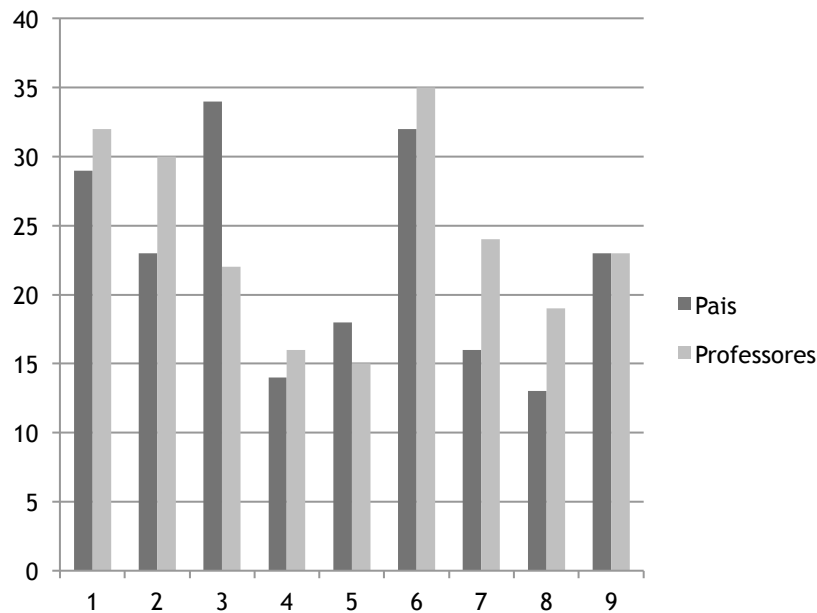
Nas figuras 2 e 3 são apresentadas as frequências de sintomas de desatenção e hiperactividade-impulsividade sinalizados por pais e professores nas CRS-R.



Legenda: 1: Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades; 2: Evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa); 3: Parece não ouvir quando se lhe fala directamente; 4: Tem dificuldade em organizar tarefas e actividades; 5: Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades; 6: Perde objectos necessários a tarefa ou actividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas); 7: 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); 8: Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes; 9: Esquece-se das actividades quotidianas.

Figura 2: Frequência de sintomas de desatenção segundo pais e professores

Como se pode verificar na Figura 2 e tendo em conta os 9 sintomas de desatenção do DSM-IV, os professores reportam este tipo de sintomatologia em maior número, à excepção do sintoma 6, comparativamente aos pais. O sintoma 6 (“Perde objectos necessários a tarefas ou actividades”) é aquele que é nomeado em igual número. Os 3 sintomas mais referidos pelos professores são o sintoma 8 (“Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes”), 5 (“Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades”) e 4 (“Tem dificuldade em organizar tarefas e actividades”). De um modo geral, os professores apontam um maior número de sintomas de desatenção.



Legenda: 1: «Anda» ou só actua como se estivesse «ligado a um motor»; 2: Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado; 3: Fala em excesso; 4: Corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo; 5: Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio; 6: Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado; 7: Tem dificuldade em esperar pela sua vez; 8: Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado; 9: Interrompe ou interfere nas actividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos).

Figura 3: Frequência de sintomas de hiperactividade/impulsividade segundo pais e professores

Através da leitura da Figura 3, e tomando-se como referência os 9 sintomas de Hiperactividade-Impulsividade do DSM-IV, os pais assinalam em maior número comparativamente aos professores os sintomas 3 (“Fala em excesso”) e 5 (“Tem dificuldade em jogar os dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio”). Em comparação, os professores apontam em maior número os sintomas 6 (“Movimenta excessivamente aos mãos e os pés, move-se quando está sentado”), 1 (“Anda ou só actua como se estivesse ligado a um motor”), 2 (“Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado”), 7 (“Tem dificuldade em esperar pela sua vez), 8 (“Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado”) e 4 (“Corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo”). O sintoma 9 foi aquele em que pais e professores referiram em igual número (“Interrompe ou interfere nas actividades dos outros”). Na perspectiva dos pais, os sintomas 3, 6 e 1 são os mais frequentes. Já os professores apontam os sintomas 6, 1 e 2 como os mais comuns.

No global, pais e professores sinalizam sintomas de hiperactividade/impulsividade em proporções idênticas.

3.2.2. Análise Descritiva dos resultados na WISC-III

Os resultados obtidos na WISC-III são apresentados nas Tabelas 12 e 13, considerando os subtestes, QIs e Índices Factoriais.

Tabela 12: Estatística descritiva por subtestes da WISC-III

Subescalas	Média	DP	Min. - Máx.
Informação (INF)	8,15	2,69	3-14
Semelhanças (SEM)	10,08	2,52	5-16
Aritmética (ARI)	8,40	2,92	3-15
Vocabulário (VOC)	9,25	2,50	6-15
Compreensão (COM)	9,35	2,25	5-15
Completamento de Gravuras (CG)	10,15	2,53	5-15
Disposição de Gravuras (DG)	9,33	2,51	4-15
Código (CD)	8,87	2,84	3-15
Cubos (CB)	9,80	1,95	3-14
Composição de Objectos (CO)	8,88	2,79	1-14
Pesquisa de Símbolos (PS)	8,50	2,40	4-13

Como se pode observar na Tabela 12, e tendo em consideração que um valor de 10 em qualquer um dos subtestes representa o desempenho médio ou típico de um sujeito de uma determinada idade, os subtestes Completamento de Gravuras ($M=10,15$), Semelhanças ($M=10,08$) e Cubos ($M=9,80$) são aqueles que se situam dentro da média. Em contrapartida, os subtestes Informação ($M=8,15$), Aritmética ($M=8,40$), Pesquisa de Símbolos ($M=8,50$), Código ($M=8,87$) e Composição de Objectivos ($M=8,88$), apesar de não apresentarem valores muito baixos são aqueles que se situam ligeiramente abaixo da média.

Pode concluir-se que não existe grande dispersão relativamente aos subtestes da WISC-III, situando-se estes dentro do limite normativo.

Tabela 13: Estatística descritiva por QI's e Índices Factoriais da WISC-III

QI/Índice	Média	DP	Min. - Máx.
QI Verbal	93,18	11,34	75-120
QI Realização	95,48	10,45	77-123
QI Escala Completa	92,32	9,95	74-111
ICV	92,67	9,97	76-111
IOP	96,31	10,54	75-114
IVP	93,63	12,30	71-117

Tomando como referência um QI 100 como um desempenho médio em qualquer uma das Escalas ou Índices Factoriais, através da análise da Tabela 13 pode verificar-se que todas as dimensões avaliadas se encontram dentro da média (QI=90-109). Não existe portanto grande dispersão de valores nas dimensões avaliadas.

3.3. Análises inferenciais

Para a testagem das cinco primeiras hipóteses formuladas (H1 a H5) foram realizadas análises de correlações, a partir do coeficiente de correlação ordinal de Spearman. Para a testagem das duas últimas hipóteses deste estudo (H6 e H7) foram realizados testes não paramétricos para comparação de duas populações (U de Mann-Whitney) para averiguar as diferenças de género.

Seguindo as hipóteses formuladas neste estudo, começaremos por apresentar a testagem da Hipótese 1 (Existem relações estatisticamente significativas entre as subescalas e índices das CRS-R para pais e professores) (cf. Tabela 14).

Tabela 14: Correlações entre as CRS-R para pais e professores por subescalas e índices

		Pais													
Profs.		CO	CD	H	AT	P	PS	Psic.	DAH	III	ILE	IG	SD	SAMI	IS
CO	r	,512***	,106	,190	,137	,441***	,488***	,101	,172	,204	,346**	,354**	,149	,193	,163
CD	r	,049	,172	-,176	,021	,239	,289*	-,127	-,133	-,150	-,045	-,048	-,053	-,220	-,168
H	r	,191	,016	,314*	,148	,235	,407**	-,209	,132	,272*	,172	,308*	-,004	,310*	,174
AT	r	,024	-,019	-,021	,233	,127	,384**	,081	,078	-,024	,097	,009	,134	,017	,095
P	r	,309*	-,104	,102	,321**	,329	,229	,090	,033	,123	,309**	,210	-,020	,128	,082
PS	r	,285*	,343**	,145	,049	,302*	,431**	,024	,301*	,208	,264*	,287*	,311*	,110	,268*
DAH	r	,041	,099	,094	,017	,076	,322*	-,287*	,061	,072	,068	,134	,017	,104	,075
III	r	,203	-,008	,233	,048	,193	,330*	-,267*	,078	,202	,166	,261*	-,064	,214	,094
ILE	r	,357**	-,072	,152	,256*	,350**	,395**	,066	,096	,104	,309*	,223	,049	,195	,144
IG	r	,250	-,088	,176	,065	,219	,389**	-,165	,043	,119	,160	,205	-,067	,186	,073
SD	r	-,176	,132	-,160	-,096	-,083	,191	-,239	-,067	-,170	-,160	-,140	,062	-,122	-,084
SAMI	r	,188	-,048	,230	,036	,182	,339**	-,261*	,054	,183	,191	,255*	-,078	,256*	,110
IS	r	,089	,097	,101	,014	,116	,348**	-,267*	,071	,073	,080	,133	,024	,129	,090

Nota: *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Após uma análise global das correlações obtidas entre pais e professores nas diferentes subescalas e índices das Escalas de Conners, a partir do coeficiente *rho* de Spearman, concluiu-se que em muitas destas dimensões não se verificam correlações estatisticamente significativas, tomando a mesma subescala ou índice, entre pais e professores. No que diz respeito ao Índice de Sintomas do DSM-IV (IS), apesar de não se verificar uma correlação

significativa entre pais e professores nesta dimensão, pode observar-se uma correlação positiva significativa numa das suas subescalas, especificamente a Subescala de Sintomas de Excesso de Actividade Motora/Impulsividade (SAMI) ($r=.256$, $p<.05$). Tomando ainda a análise das correlações entre os índices das escalas de Conners, podemos constatar que o Índice de Labilidade Emocional (ILE), que integra o Índice Global de Conners (IG) é o único que apresenta uma relação estatisticamente significativa e positiva ($r=.309$, $p<.05$).

Analisando agora as correlações das subescalas das CRS-R para pais e professores, pode verificar-se que existem altas correlações nas subescalas Comportamentos de Oposição (CO) ($r=.512$, $p<.001$), Hiperactividade (H) ($r=.314$, $p<.05$), Perfeccionismo (P) ($r=.329$, $p<.05$), e Problemas Sociais (PS) ($r=.431$, $p<.01$).

Posto isto, pode verificar-se que existe convergência entre pais e professores nas CRS-R ao nível das subescalas Comportamentos de Oposição, Hiperactividade, Perfeccionismo e Problemas Sociais. No que aos índices respeita, existe convergência na Subescala de Sintomas de Excesso de Actividade Motora/Impulsividade e no Índice de Labilidade Emocional.

Procurando aprofundar a convergência entre pais e professores na sinalização de sintomas de PHDA, apresentamos na tabela 15 as correlações obtidas, tomando os itens relativos aos sintomas de desatenção de cada uma das versões (pais e professores). Estamos, portanto, a testar a Hipótese 2 (Existem relações estatisticamente significativas entre pais e professores na sinalização de sintomas de desatenção do DSM-IV).

Tabela 15: Correlações entre pais e professores na sinalização de sintomas de desatenção do DSM-IV

Profes.	Pais								
	1 (41)	2 (9)	3 (20)	4 (30)	5 (10)	6 (71)	7 (29)	8 (79)	9 (50)
1 (9)	r -,087	,051	-,187	-,174	,099	-,192	-,042	-,085	-,153
2 (12)	r -,050	,047	-,020	-,130	-,080	,031	,026	,090	-,097
3 (18)	r -,009	-,103	,025	-,039	-,109	-,026	-,174	-,045	-,068
4 (27)	r -,080	-,260*	-,088	-,116	-,161	,004	-,086	-,137	-,313*
5 (28)	r ,018	-,146	-,228	-,109	-,066	-,016	-,012	-,104	-,293*
6 (49)	r -,264*	-,201	-,014	,064	-,032	,173	,082	-,078	-,201
7 (57)	r ,033	-,092	-,043	-,233	-,036	,061	-,120	-,181	-,077
8 (58)	r -,301*	-,234	-,287*	-,062	-,057	-,191	-,005	-,245	-,301*
9 (3)	r -,159	,085	-,120	-,193	-,008	-,155	-,175	,036	-,028

Nota: *** $p<.001$; ** $p<.01$; * $p<.05$

Legenda: 1: Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades; 2: Evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa); 3: Parece não ouvir quando se lhe fala directamente; 4: Tem dificuldade em organizar tarefas e actividades; 5: Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades; 6: Perde objectos necessários a tarefa ou actividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas); 7: 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); 8: Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes; 9: Esquece-se das actividades quotidianas.

Fazendo a leitura da Tabela 15 e analisando os resultados obtidos nos 9 sintomas de desatenção do DSM-IV incluídos nas CRS-R, pode observar-se que não existem correlações estatisticamente significativas quando relacionados os mesmos sintomas entre pais e professores, o que aliás já seria de esperar, face à ausência de correlação entre as duas versões na subescala de Sintomas de Desatenção. Parece, portanto, não existir convergência entre pais e professores na sinalização de sintomas de desatenção. Esta conclusão ganha, ainda, suporte, ao verificarmos a existência de correlações significativas e negativas entre diferentes sintomas apontados por pais e professores. Mais especificamente, esta situação ocorre entre o sintoma 1 (Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades) nos pais e os sintomas 6 (Perde objectos necessários a tarefas ou actividades) e 8 (Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes) nos professores, entre o sintoma 2 (Evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido) nos pais e o sintoma 4 (Tem dificuldade em organizar tarefas e actividades) nos professores, entre o sintoma 3 (Parece não ouvir quando se lhe fala directamente) nos pais e o sintoma 8 (Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes) nos professores e, por fim, entre o sintoma 9 (Esquece-se das actividades quotidianas) nos pais e os sintomas 4 (Tem dificuldade em organizar tarefas e actividades), 5 (Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades) e 8 (Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes) nos professores.

Por tudo isto, parece não existir convergência entre pais e professores na sinalização de sintomas de desatenção do DSM-IV.

Trespassando agora a óptica pelos sintomas de hiperactividade-impulsividade do DSM-IV, apresentamos na tabela 16 as correlações obtidas entre pais e professores na sinalização de cada um desses sintomas. Neste ponto, pretendemos testar a Hipótese 3 (Existem relações estatisticamente significativas entre pais e professores na sinalização de sintomas de hiperactividade-impulsividade do DSM-IV).

Tabela 16: Correlações entre pais e professores na sinalização de sintomas de hiperactividade-impulsividade do DSM-IV

		Pais								
Profs.		1 (3)	2 (76)	3 (39)	4 (23)	5 (59)	6 (55)	7 (42)	8 (80)	9 (49)
1 (11)	<i>r</i>	,297*	,445***	,170	,359**	,248	,102	,416**	,008	,120
2 (20)	<i>r</i>	,267*	,451***	,108	,363**	,125	,010	,406**	,131	,113
3 (36)	<i>r</i>	,318*	,392**	,135	,284*	,172	,037	,296*	,177	,188
4 (39)	<i>r</i>	,245	,415**	,185	,415**	,192	,104	,367**	,071	,158
5 (42)	<i>r</i>	,289*	,247	,061	,301*	,179	,084	,322*	,129	,061
6 (44)	<i>r</i>	,274*	,371**	,138	,210	,295*	,257*	,296*	-,032	-,007

PHDA: Convergência da avaliação entre diferentes fontes

7 (29)	<i>r</i>	,301*	,384**	,215	,313*	,320*	,058	,339**	,071	,196
8 (46)	<i>r</i>	,079	,147	,020	,185	-,009	-,243	,402**	,043	,146
9 (55)	<i>r</i>	,306*	,513***	,237	,319*	,250	-,025	,470***	,310*	,363**

Nota: *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Legenda: 1: «Anda» ou só actua como se estivesse «ligado a um motor»; 2: Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado; 3: Fala em excesso; 4: Corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo; 5: Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio; 6: Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado; 7: Tem dificuldade em esperar pela sua vez; 8: Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado; 9: Interrompe ou interfere nas actividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos).

A análise da tabela 16 permite-nos verificar uma maior convergência entre pais e professores na sinalização de sintomas de hiperactividade-impulsividade. Assim, observam-se correlações estatisticamente significativas e positivas em 6 dos 9 sintomas, nomeadamente o sintoma 1 («Anda» ou só actua como se estivesse «ligado a um motor») ($r = .297$, $p < .05$), o sintoma 2 (Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado) ($r = .451$, $p < .001$), o sintoma 4 (Corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo) ($r = .415$, $p < .01$), o sintoma 6 (Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado) ($r = .257$, $p < .05$), o sintoma 7 (Tem dificuldade em esperar pela sua vez) ($r = .339$, $p < .01$) e o sintoma 9 (Interrompe ou interfere nas actividades dos outros) ($r = .363$, $p < .01$). Contrariamente, os sintomas com menores correlações de parte a parte parecem ser os itens 3 (Fala em excesso), 6 (Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado), 8 (Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado) e 9 (Interrompe ou interfere nas actividades dos outros) nos pais e o item 8 (Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado) nos professores).

Posto isto, na sinalização de sintomas de hiperactividade/impulsividade do DSM-IV, pais e professores parecem estar consonantes em 6 dos 9 sintomas, nomeadamente o 1, 2, 4, 6, 7 e 9.

De seguida, são apresentadas na Tabela 17, as correlações entre as CRS-R (subescalas e índices) e a WISC-III (subtestes, QIs e índices factoriais). Neste tópico, pretendemos testar a Hipótese 4 (Existem relações estatisticamente significativas entre as CRS-R - subescalas e índices - e a WISC-III - subtestes, QIs e índices factoriais -).

Tabela 17: Correlações entre as CRS-R e a WISC-III

CRS-R		WISC-III																
		CG	INF	CD	SEM	DG	ARI	CB	VOC	CO	COM	PS	QIV	QIR	QIEC	ICV	IOP	IVP
CO	Prof	-,041	,087	-,099	-,034	-,045	,008	-,019	,061	,029	,318*	-,065	,091	-,046	,010	,056	,026	,000
	Pais	-,029	-,105	-,074	-,048	-,036	-,197	-,103	,090	-,026	,185	-,332*	-,051	-,061	-,095	-,040	-,007	-,238
CD	Prof	-,124	-,105	-,013	-,246	-,292*	-,288*	-,195	-,190	,081	-,060	-,051	-,285*	-,114	-,250	-,292	-,177	,092
	Pais	-,001	-,160	,037	-,280*	-,307*	-,214	-,032	-,066	-,228	,055	-,161	-,221	-,165	-,173	-,258	-,161	-,089
H	Prof	-,149	,131	,185	-,128	-,029	,001	-,010	-,134	-,010	,253	,285	,020	,024	-,017	-,113	,073	,358*
	Pais	-,116	,023	,079	-,165	,131	-,113	-,031	-,086	,013	,126	-,055	-,071	-,026	-,106	-,164	,033	-,061
AT	Prof	,072	-,066	-,151	,034	,019	,049	,146	-,214	,172	-,064	-,119	-,115	,031	-,014	-,094	,089	-,008
	Pais	,061	-,023	-,070	-,061	,046	-,087	-,179	-,155	,049	-,071	,177	-,054	-,021	-,101	-,200	,043	-,037
P	Prof	,020	-,082	-,211	,050	,102	-,191	,048	-,048	,125	,080	-,187	-,084	,046	-,031	,039	,068	-,169
	Pais	-,111	-,051	-,021	-,203	-,125	-,136	-,105	-,028	,118	,100	-,269	-,089	-,079	-,114	-,233	-,075	-,145
PS	Prof	,028	,006	-,144	-,063	-,050	-,049	-,206	,030	,092	,011	-,165	-,038	-,046	-,071	,048	,070	-,202
	Pais	,023	,092	-,021	-,057	-,185	-,012	,050	-,125	,079	,083	,030	-,011	-,022	-,022	,038	,201	,028
Psic	Prof	,057	,040	,014	-,107	-,050	-,032	-,039	,010	-,008	-,103	-,252	-,075	-,023	-,014	-,062	-,088	-,236
	Pais	-,148	-,023	,216	-,213	-,162	,006	-,065	-,103	-,023	,119	,353	-,099	-,038	-,103	-,179	,063	,443**
DAH	Prof	-,123	-,011	,153	-,148	-,060	-,063	,066	-,025	-,107	,156	-,088	-,062	-,067	-,052	-,057	-,023	-,002
	Pais	-,166	,047	,129	-,139	-,075	-,004	-,090	-,114	-,068	,178	,337*	-,034	-,067	-,106	-,132	,030	,394**
III	Prof	-,124	,003	,158	-,147	,014	-,136	-,015	,004	-,021	,211	-,051	-,047	-,026	-,073	-,150	,016	,003
	Pais	-,026	,087	-,058	,041	,023	,092	-,035	,001	,187	,139	-,170	,064	,047	,030	-,014	,000	-,068
ILE	Prof	-,118	-,095	,008	-,101	,016	-,072	-,108	,082	,151	,198	-,202	-,014	-,023	-,033	-,060	,012	-,112
	Pais	-,081	,142	,091	-,066	-,001	,013	-,045	-,075	,085	,179	,116	,021	,066	,006	-,031	,092	,235
IG	Prof	-,122	-,031	,084	-,123	,020	-,178	-,077	,054	,042	,234	-,132	-,048	-,031	-,066	-,098	,040	-,045
	Pais	,001	-,011	,109	-,188	-,274*	,041	-,105	-,083	,003	,072	,189	-,065	-,037	-,044	-,109	,000	,267
SD	Prof	,017	-,021	-,047	-,163	-,184	-,054	-,002	,018	-,191	,183	-,145	-,039	-,162	-,053	-,079	-,070	-,150
	Pais	-,145	,071	,219	-,143	-,009	,027	-,068	-,061	,051	,165	,249	-,002	,055	-,027	-,079	,113	,354*
SAMI	Prof	-,069	,021	,204	-,082	,153	-,102	,037	-,088	,025	,134	,001	-,054	,093	-,001	-,065	,058	,047
	Pais	-,112	,004	,260*	-,201	-,187	,031	-,078	-,087	-,024	,139	,308*	-,051	,008	-,065	-,122	,052	,428**
IS	Prof	-,074	,004	,107	-,172	,003	-,059	,026	-,045	-,057	,175	-,049	-,053	-,033	-,042	-,092	,023	-,022
	Pais																	

Nota: ***p<.001; **p<.01; *p<.05

Iniciando a leitura da tabela 17 pelas correlações entre os Índices Factoriais da WISC-III e as subescalas das CRS-R, pode observar-se que o Índice de Velocidade de Processamento (IVP) é aquele que apresenta correlações estatisticamente significativas e positivas entre a Subescala de Hiperactividade (H) ($r=.358$, $p<.05$), o Índice de PHDA de Conners (DAH) ($r=.443$, $p<.01$), o Índice de Irrequietude/Impulsividade (III) ($r=.394$, $p<.01$), a Subescala de Sintomas de Excesso de Actividade Motora/impulsividade (SAMI) ($r=.354$, $p<.05$) e, ainda, entre o Índice de Sintomas do DSM-IV (IS) ($r=.428$, $p<.01$). Estas correlações acontecem sempre na CRS-R na versão para professores. Analisando agora os subtestes da WISC-III, podem observar-se correlações significativas e positivas entre o Código (CD) e o Índice de Sintomas do DSM-IV (IS) ($r=.260$, $p<.05$), entre a Compreensão (COM) e a Subescala de Comportamentos de Oposição (CO) ($r=.318$, $p<.05$) e, entre a Pesquisa de Símbolos (PS) e o Índice de Irrequietude/Impulsividade (III) ($r=.337$, $p<.05$). Tal como acontece para os Índices Factoriais, estas correlações também ocorrem na CRS-R na versão dos professores. Contrariamente, podem ser também observadas correlações significativas e negativas entre as CRS-R e a WISC-III, nomeadamente entre a Disposição de Gravuras (DG) e os Problemas Cognitivos/Desatenção (CD) tanto na versão dos pais ($r=-.307$, $p<.05$) como na versão dos professores ($r=-.292$, $p<.05$); entre a Disposição de Gravuras (DG) e a Subescala de Sintomas de Desatenção (SD) na versão dos professores ($r=-.274$, $p<.05$); entre a Aritmética (ARI) e os Problemas Cognitivos/Desatenção (CD) na versão dos professores ($r=-.288$, $p<.05$), e ainda entre a Pesquisa de Símbolos (PS) e os Comportamentos de Oposição (CO) na versão dos pais ($r=-.332$, $p<.05$). Pode constatar-se que para os QIs, também se verificam correlações significativas e negativas, particularmente entre o QI Verbal (QIV) e os Problemas Cognitivos/Desatenção (CD) na versão dos professores ($r=-.285$, $p<.05$).

De um modo geral, parece que o Índice de Velocidade de Processamento (IVP) é o melhor preditor na avaliação da PHDA, tanto de tipo predominantemente Hiperactivo/Impulsivo, como também de tipo Combinado quando o informador é o professor.

Com o intuito de testar a Hipótese 5 (Existem relações estatisticamente significativas entre a WISC-III - subtestes, QIs e índices factoriais - e os itens das CRS-R que constituem os sintomas para PHDA segundo o DSM-IV), são apresentadas na tabela 18 as correlações entre a WISC-III (subtestes, QIs e índices factoriais) e os itens das CRS-R que constituem os sintomas para a PHDA segundo o DSM-IV.

Tabela 18: Correlações entre a WISC-III e os sintomas de PHDA do DSM-IV

		WISC-III																
Síntomas		CG	INF	CD	SEM	DG	ARI	CB	VOC	CO	COM	PS	QIV	QIR	QIEC	ICV	IDP	IVP
1D	Pais	-.204	-.251	-.098	-.271*	-.071	-.069	-.076	-.203	-.112	.039	-.044	-.232	-.244	-.251	-.262	-.200	-.143
	Prof	-.107	-.088	.076	-.247	-.137	-.196	-.183	.050	-.086	.349**	.010	-.057	-.073	-.103	-.147	-.140	.140
2D	Pais	.012	-.196	-.187	-.177	.051	-.299*	.062	-.001	-.065	.132	-.411**	-.183	-.046	-.104	-.085	-.069	-.347*
	Prof	.054	.049	-.082	-.103	-.275*	-.004	-.194	.095	.082	.074	-.262	.057	-.055	-.014	.021	-.155	-.207
3D	Pais	.041	-.075	-.076	-.239	.026	.084	.094	-.146	-.076	.131	-.032	-.070	-.082	-.043	-.094	.031	-.108
	Prof	.034	.057	-.077	-.072	-.222	.073	.239	.035	.233	.091	-.029	.043	.103	.115	.112	.238	-.040
4D	Pais	-.006	-.033	-.048	-.186	.092	.080	.109	.027	-.221	.073	-.273	-.024	-.040	-.025	-.131	-.027	-.237
	Prof	-.139	-.074	-.094	-.245	-.248	-.108	-.149	-.031	-.005	-.037	-.221	-.106	-.157	-.151	-.150	-.149	-.068
5D	Pais	-.113	.007	-.138	-.230	-.062	-.050	-.003	.010	-.374**	.301*	-.303*	.026	-.277*	-.111	-.085	-.106	-.220
	Prof	-.041	-.198	.041	-.152	-.288*	-.086	.001	.068	.031	.051	-.059	-.080	-.013	-.070	-.053	-.013	.069
6D	Pais	.102	.000	-.234	-.271*	-.002	-.087	-.008	-.014	-.140	-.062	-.249	-.097	-.061	-.083	-.123	-.031	-.329*
	Prof	.216	.317*	-.041	.019	-.008	.112	-.002	.207	.221	.114	-.169	.278*	.215	.227	.385*	.265	-.171
7D	Pais	-.084	-.032	-.214	-.107	-.124	-.043	-.168	.023	-.106	.151	-.330*	-.020	-.270*	-.138	-.150	-.258	-.371*
	Prof	.085	.110	-.318*	-.106	.007	-.079	-.107	.041	-.007	-.087	-.064	.014	-.090	-.057	.131	.065	-.122
8D	Pais	-.008	-.177	-.083	-.186	-.194	-.085	-.049	-.030	-.126	-.004	-.301*	-.150	-.216	-.178	-.187	-.046	-.221
	Prof	-.072	-.044	-.040	.034	.036	-.136	-.003	-.104	-.160	.036	-.014	-.121	-.015	-.050	.017	-.025	.077
9D	Pais	.026	-.198	-.118	-.156	-.064	-.158	.001	-.082	-.047	-.062	-.276	-.231	-.089	-.167	-.181	-.098	-.288
	Prof	-.100	-.296*	-.011	-.176	-.291*	-.294*	-.193	-.189	-.060	-.101	-.119	-.333**	-.202	-.326*	-.328*	-.289	.049
1H	Pais	-.167	.047	.171	-.194	.200	-.230	-.033	-.007	-.112	.007	-.102	-.116	.008	-.151	.007	-.045	-.035
	Prof	-.197	.188	.071	-.080	.116	-.064	-.051	.075	.032	.209	.095	.076	.015	-.019	.011	.004	.211
2H	Pais	-.077	-.054	.026	-.122	-.030	-.263*	.050	.000	-.015	.067	-.123	-.127	-.055	-.155	-.080	-.028	-.082
	Prof	-.071	.091	.078	-.154	.006	-.032	.028	-.016	.122	.145	-.008	.023	.081	.022	-.042	.055	.100
3H	Pais	.083	-.163	.061	-.123	-.174	-.252	-.024	.120	-.183	.089	-.212	-.108	-.080	-.096	-.138	-.103	-.056
	Prof	-.009	-.033	.185	-.089	.014	-.087	-.044	.064	.114	.157	.075	-.004	.126	-.008	.007	.128	.193
4H	Pais	-.093	.073	.031	-.066	.220	-.128	.154	-.113	.055	.210	-.011	.000	.106	.052	.116	.124	.031
	Prof	.018	.144	-.008	-.112	.085	-.085	-.032	-.118	.104	.100	.015	-.042	.113	.019	.016	.179	.049
5H	Pais	-.087	.165	.064	-.079	.081	-.002	-.067	-.073	-.198	.060	-.039	.014	-.099	-.107	.006	-.098	-.086
	Prof	-.030	.180	-.009	-.154	.026	.012	-.146	-.041	.109	.121	.009	.044	.051	.019	.023	.099	.035
6H	Pais	.014	.183	-.007	.084	.249	-.108	.041	.016	-.024	.059	-.003	.040	.052	.023	.135	.190	-.122
	Prof	.002	.113	.164	.112	.049	-.061	.046	.084	.140	.124	.255	.091	.195	.083	.125	.258	.258
7H	Pais	-.046	.002	-.100	-.090	.012	-.251	.109	.050	.127	.120	-.306*	-.040	.061	-.032	-.101	.084	-.220
	Prof	-.028	-.014	.061	-.032	-.078	-.157	-.095	.068	.047	.154	-.120	-.011	.015	-.064	.005	.037	-.061
8H	Pais	.020	-.122	.133	-.075	.076	-.066	-.093	.029	.068	-.007	-.158	-.094	.047	-.004	-.089	.026	-.184
	Prof	-.016	.094	-.099	-.016	-.011	.043	-.069	.126	.104	.352**	-.172	.161	.018	.066	.109	.097	-.033
9H	Pais	-.014	-.100	-.019	-.157	.023	-.100	-.048	.067	.005	.117	-.320*	-.070	-.005	-.018	.003	.086	-.227
	Prof	-.130	-.150	.049	-.205	-.118	-.072	-.131	-.035	.094	.147	-.020	-.088	-.045	-.147	-.128	-.081	-.046

Nota: ***p<.001; **p<.01; *p<.05

Legenda: 1D: Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades; 2D: Evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa); 3D: Parece não ouvir quando se lhe fala directamente; 4D: Tem dificuldade em organizar tarefas e actividades; 5D: Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades; 6D: Perde objectos necessários a tarefa ou actividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas); 7D: 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); 8D: Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes; 9D: Esquece-se das actividades quotidianas; 1H: «Anda» ou só actua como se estivesse «ligado a um motor»; 2H: Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado; 3H: Fala em excesso; 4H: Corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo; 5H: Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio; 6H: Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado; 7H: Tem dificuldade em esperar pela sua vez; 8H: Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado; 9H: Interrompe ou interfere nas actividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos).

Através da leitura da tabela 18, pode verificar-se que existem mais correlações significativas negativas do que positivas. Iniciando a análise pelos 9 sintomas de desatenção, podem observar-se correlações estatisticamente significativas e positivas entre a Compreensão (COM) e o sintoma 1 (Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades) nos professores ($r=.349$, $p<.01$) e o sintoma 5 (Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades) nos pais ($r=.301$, $p<.05$); e, entre o sintoma 6 (Perde objectos necessários a tarefa ou actividades) nos professores e a Informação ($r=.317$, $p<.05$), o QI Verbal ($r=.278$, $p<.05$) e o Índice de Compreensão Verbal ($r=.385$, $p<.05$). Tendo em consideração os 9 sintomas de hiperactividade-impulsividade, pode observar-se uma correlação significativa e positiva entre a Compreensão (COM) e o sintoma 8 (Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado) nos professores ($r=.352$, $p<.01$).

Em contraste, podem também verificar-se correlações significativas e negativas, como por exemplo, entre o Índice de Velocidade de Processamento (IVP) e os sintomas de desatenção 2 (Evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido) ($r=-.347$, $p<.05$), 6 (Perde objectos necessários a tarefa ou actividades) ($r=-.329$, $p<.05$) e 7 (Não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho) ($r=-.371$, $p<.05$). Estas correlações negativas apresentadas referem-se à CRS-R dos pais.

Na tentativa de testar as Hipóteses 6 e 7 (Existem diferenças significativas nas CRS-R para pais e professores em função do género), utilizou-se o teste não paramétrico U de Mann-Whitney, cujos resultados se encontram ilustrados nas tabelas 19 e 20.

Tabela 19: Diferenças de género para o Índice de Sintomas do DSM-IV na CRS-R dos professores

Índices	Género	N	Média	DP	P
SD	M	42	68,74	5,50	,000
	F	18	80,22	7,43	
SAMI	M	42	67,50	11,57	,041
	F	18	74,06	16,53	
IS	M	42	69,17	7,22	,000
	F	18	80,72	10,85	

Analisando os valores descritivos do Índice de Sintomas do DSM-IV (IS) que integra a Subescala de Sintomas de Desatenção (SD) e a Subescala de Sintomas de Excesso de Actividade Motora/Impulsividade (SAMI) da CRS-R para professores, pode verificar-se que o género feminino apresenta valores médios mais elevados comparativamente ao género masculino.

Como se encontra ilustrado na tabela 19, e para o nível de significância de 5%, conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros, uma vez que, $p < .05$. Isto acontece para o Índice de Sintomas do DSM-IV e para as subescalas que o integram.

Tabela 20: Diferenças de género para o Índice de Sintomas do DSM-IV na CRS-R dos pais

Índices	Género	N	Média	DP	<i>p</i>
SD	M	42	72,43	7,62	,028
	F	18	77,83	11,42	
SAMI	M	42	74,31	12,78	,583
	F	18	76,11	11,20	
IS	M	42	75,24	9,81	,178
	F	18	79,11	8,83	

Pela análise das diferenças de género na CRS-R dos pais, no Índice de Sintomas do DSM-IV (IS) e suas subescalas correspondentes (SD e SAMI) (cf. Tabela 20), pode verificar-se que, tal como na versão dos professores, o género feminino é aquele que apresenta valores médios mais elevados. No entanto, estas diferenças só assumem valores estatisticamente significativos na subescala de Sintomas de Desatenção ($p < .05$).

4. Discussão

O estudo desenvolvido teve como principais objectivos analisar a convergência do diagnóstico da PHDA entre diferentes fontes, nomeadamente a partir da avaliação cognitiva (através da WISC-III) e da avaliação comportamental (através das CRS-R para pais e professores) em crianças do 1º ciclo com suspeita de PHDA. De forma a concretizar este objectivo, analisou-se a convergência entre as CRS-R para pais e professores; a convergência entre pais e professores na sinalização de sintomas de PHDA; a convergência entre as CRS-R e a WISC-III; e, a convergência entre a WISC-III e os sintomas para PHDA. Por fim, averiguou-se as diferenças de género nas CRS-R para pais e professores. Em termos meramente descritivos, analisamos, ainda, as médias obtidas por subescala e índice das CRS-R e por subteste, QIs e índices factoriais da WISC-III; a frequência de sintomas de PHDA sinalizados por pais e professores nas CRS-R, e, ainda o subtipo de PHDA segundo pais e professores, tomando o género.

Seguindo a ordem pela qual os resultados foram apresentados, a amostra clínica em estudo foi constituída por 42 rapazes e 18 raparigas com suspeita de PHDA, numa proporção que se aproximou de 3 para 1. Esta proporção corrobora a maioria dos estudos realizados, não se encontrando apenas em estudos clínicos, o que nos remete para que as raparigas cheguem à consulta por suspeita de PHDA com menor frequência do que os rapazes (Bierderman &

Faraone, 2005; Bretton, Bergeron, Valla, Berthiaume & Gaudet, 1999; Cáceres & Herrero, 2011). A tendência é que a PHDA se expresse com maior severidade (pontuações mais elevadas) nos rapazes do que nas raparigas, o que poderia explicar o predomínio do sexo masculino em contextos clínicos (Montiel-Nava, Peña, López, Salas, Zurga & Montiel-Barbero, 2002). Outros autores sustentam que no caso dos rapazes a sintomatologia de hiperactividade é mais marcada, e nas raparigas predominam défices atencionais que passam mais despercebidos (Barkley, 2003; Biederman, Faraone, Monuteaux, Bober & Cadogan, 2004).

No que respeita à análise descritiva das subescalas das CRS-R para pais e professores, e considerando a totalidade da amostra, os pais reportam valores médios mais elevados ao nível dos Problemas Cognitivos/Desatenção e Hiperactividade (chegando mesmo a ser clinicamente significativos) enquanto que os professores apontam valores médios mais altos na subescala Comportamentos de Oposição. Estes resultados vão de encontro aos verificados na literatura (Casagrande, 2005; Ortiz-Luna & Acle-Tomasini, 2006; Pineda, Kamphaus, Mora, Puerta, et. al, 1999). Contudo, seria de esperar que os professores se centrassem mais nos Problemas Cognitivos/Desatenção e Problemas de Comportamento e os pais na Hiperactividade (Carrasco, 2009). É possível que isto ocorra, uma vez que os pais estão cada vez mais preocupados com o rendimento escolar dos filhos, não admitindo que os filhos falhem, revelando-se preocupados com o sucesso, tudo isto devido à conjectura actual. Por tudo isto, estão mais atentos ao aproveitamento escolar dos filhos, acompanhando-os mais nas tarefas escolares, apercebendo-se cada vez mais dos problemas cognitivos/desatenção, ou então atribuem estes problemas dos filhos ao facto dos mesmos não corresponderem às expectativas esperadas. Por outro lado, devido às turmas terem cada vez mais um número maior de alunos, o professor vê-se obrigado a dividir e repartir a atenção que lhes dá, não se apercebendo das reais dificuldades dos alunos, sendo mais chamativos os problemas de comportamento. Um outro aspecto que estes dados mostram é o facto de serem sinalizados mais problemas em contexto familiar, do que em contexto escolar. O facto de os pais terem a possibilidade de observar o comportamento das crianças em diversos contextos poderá ser uma das justificações para este dado, o que não acontece com os professores, que apenas podem responder acerca do comportamento que a criança tem num contexto específico, a escola, e por referência à norma, como adianta Rodrigues (2008).

No que aos índices das CRS-R respeita, e confrontando com os resultados obtidos nas subescalas, pode verificar-se que estes sustentam os dados obtidos. Tal como o esperado, a Subescala de Sintomas de Desatenção e a Subescala de Sintomas de Excesso de Actividade Motora/Impulsividade (que integram o Índice de Sintomas do DSM-IV) apresentaram valores médios mais elevados na perspectiva dos pais, uma vez que a Subescala de Problemas Cognitivos/Desatenção e a Subescala de Hiperactividade assim se manifestaram.

Apenas 20% das crianças que inicialmente tinham sido sinalizadas com PHDA, por algum dos agentes informadores (pais ou professores), poderiam ser diagnosticadas como tal, caso fosse necessário reunir o acordo entre ambas as fontes de informação. Considerando a amostra total ($n=60$), apenas 12 apresentam um diagnóstico convergente entre pais e

professores, da qual 9 são rapazes e 3 são raparigas. Examinando o subtipo de PHDA tomando o género, das 6 crianças sinalizadas do subtipo Desatento, 4 são rapazes e 2 são raparigas; apenas se verificou 1 rapaz do subtipo Hiperactivo-Impulsivo, e ainda, das 5 crianças do subtipo Combinado, 4 são rapazes e 1 é rapariga. Pais e professores reportam mais crianças de tipo predominantemente Desatento e Combinado. Posto isto, a PHDA parece estar sobrediagnosticada (Cáceres & Herrero, 2011). Esta banalização levou, por seu lado, a uma generalização desta patologia, o que faz com que qualquer criança que apresente algumas alterações comportamentais possa ser, desde logo, rotulada como uma criança hiperactiva, sem muitas vezes se tentar compreender quais as condições ou variáveis que podem justificar tais comportamentos.

Continuando a análise das CRS-R e tendo como foco os sintomas de desatenção e hiperactividade-impulsividade do DSM-IV, pretendemos debruçar-nos neste momento, na frequência de sintomas sinalizados por pais e professores. Relativamente aos sintomas de desatenção, pode observar-se que, de um modo geral, os professores são quem mais os nomeiam, particularmente os sintomas 8 (“Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes”), 5 (“Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades”) e 4 (“Tem dificuldade em organizar tarefas e actividades”). No que aos sintomas de hiperactividade-impulsividade se refere, verificou-se que pais e professores sinalizam este tipo de sintomatologia em proporções idênticas. Dentre estes últimos, os mais mencionados pelos pais foram os sintomas 6 (“Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado”) e 3 (“Fala em excesso”), já os professores sinalizam os sintomas 6 e 1 (“Anda ou só actua como se estivesse ligado a um motor) como os mais frequentes. Neste sentido, os professores atribuem mais queixas às crianças comparativamente aos pais. Quando a criança começa a frequentar o 1º ciclo, os comportamentos que se verificaram no pré-escolar vão agravar-se ainda mais. Geralmente são crianças vistas como muito imaturas a todos os níveis. As crianças começam a apresentar dificuldades de aprendizagem, não conseguem estar sentadas e concentradas muito tempo, seguir instruções, cooperar, partilhar, têm dificuldade em organizar o material, não cumprem as tarefas até ao fim e tornam-se crianças isoladas. Revelam dificuldades em interessar-se pelas tarefas e persistir na realização das mesmas, perturbam a turma com frequência, manifestam falta de atenção, têm dificuldade em seguir as regras e orientações do professor e manifestam deficientes competências de estudo (Lourenço, 2009). Estas crianças têm um rendimento escolar baixo, inferior às suas capacidades e manifestam frequentemente sérias dificuldades em situações de aprendizagem, uma vez que o contexto escolar (sala de aula) lhes exige, não só competências académicas, mas também sociais, que se esperam de qualquer aluno (Barkley, 2006; Lopes, 1998).

A avaliação intelectual com a WISC-III considera uma interpretação dos resultados com a média padronizada para cada um dos subtestes da WISC-III e para cada um dos QI's e Índices factoriais. Deste modo, pode inferir-se que não existe grande dispersão relativamente aos subtestes, QI'S e Índices factoriais da WISC-III, situando-se estes dentro do limite normativo. A Velocidade de Processamento (que integra o Código e a Pesquisa de Símbolos) tem sido

apontada em estudos anteriores como sendo significativamente mais baixa em crianças com PHDA (Mayes & Calhoun, 2006; Tiholov, Zawallich & Janzen, 1996), e tal como nessas investigações, estas provas no nosso estudo também apresentam valores reduzidos. Estes resultados parecem suportar a conclusão que as crianças com PHDA demonstram problemas com o processamento inicial e com o armazenamento a curto prazo, possivelmente devido a défices de atenção e a outros défices de controlo. No entanto, assim que o material passa das fases iniciais do processamento para o armazenamento a longo prazo, as crianças com PHDA têm tendência para reter informação e aplicá-la tão bem como as outras crianças (Mealer, Morgan & Luscomb, 1996). Pode verificar-se ainda que estas crianças demonstram resultados mais altos em tarefas que requerem habilidades de Organização Perceptiva em detrimento das capacidades de Compreensão Verbal, tal como acontece em estudos prévios (Schwean, Saklofske, Yackulic & Quinn, 1995). Por esta razão, a Informação (que está integrada na Compreensão Verbal) manifesta-se ligeiramente abaixo da média normativa, que nos remete para um declínio nas tarefas que requerem recuperação ou aplicação de conhecimentos armazenados a longo prazo. Mais ainda, pode observar-se que apesar da Composição de Objectos se manifestar ligeiramente reduzida, o seu Índice associado (Organização Perceptiva) encontra-se nos parâmetros médios. Isto pode ocorrer devido aos restantes subtestes que integram este índice apresentarem valores mais elevados, colmatando o declínio deste. No nosso estudo, pode verificar-se ainda que a Aritmética se encontra substancialmente reduzida. Este subteste está incluído no Índice de Distractibilidade em provas de inteligência de outros países, que na adaptação para a população portuguesa foi excluído. Nos estudos que contemplam este índice, pode observar-se que crianças com PHDA pontuam valores mais baixos nesta dimensão. De um modo geral, estas crianças demonstram défices específicos em tarefas da WISC-III que são mais dependentes de atenção, um processamento activo e armazenamento de informação durante a sessão de teste (Mealer, Morgan & Luscomb, 1996).

Trespessando a óptica pela análise das CRS-R para pais e professores, verificar-se que existe convergência ao nível das subescalas Comportamentos de Oposição, Hiperactividade, Perfeccionismo e Problemas Sociais. No que aos índices respeita, existe convergência na Subescala de Sintomas de Excesso de Actividade Motora/Impulsividade e no Índice de Labilidade Emocional. Tal como se pode verificar na nossa investigação, a concordância entre avaliadores é mais elevada quando se avaliam comportamentos externalizantes (como a Hiperactividade e Comportamentos de Oposição) em detrimento de problemas internalizantes (como a Ansiedade) (Barkley, 1987; Herjanic & Reich, 1982; Montiel-Nava & Peña, 2001; Verhulst & Van der Ende, 1991). Tal hipótese pode dever-se ao facto dos problemas externalizantes serem mais visíveis e de causarem mais problemas em termos de resolução por parte dos educadores. Os problemas externalizantes têm um foco de acção mais global, afectando não só a própria criança como também o grupo circundante, por comparação a problemas internalizantes, que na sua maioria podem provocar prejuízo apenas à própria criança.

Procurando aprofundar a convergência entre pais e professores na sinalização de sintomas de PHDA, tomando os itens relativos aos sintomas de desatenção de cada uma das versões (pais e professores), parece não existir concordância em nenhum dos 9 sintomas, o que aliás já seria de esperar, face à ausência de correlação entre as duas versões na subescala de Sintomas de Desatenção. Isto pode ocorrer devido aos sintomas de desatenção avaliarem sobretudo o desempenho de tarefas. Por esta razão, estes parecem sobressair mais em contexto escolar do que em ambiente familiar, o que pode ser explicado pela proeminência de tarefas no primeiro contexto. Por este motivo, devido à quantidade de tarefas em ambiente escolar, os professores conseguem detectar mais facilmente os referidos sintomas, pelo que não existe concordância quando os diferentes informadores sinalizam o mesmo tipo de sintomatologia. Contrariamente, uma vez que os sintomas de hiperactividade-impulsividade são condutas externalizantes, é de esperar que exista uma maior concordância quando pais e professores os avaliam. Isto acontece para 6 dos 9 sintomas, nomeadamente os sintomas 1, 2, 4, 6, 7 e 9. Como já referido, isto pode ocorrer devido à maior visibilidade destas condutas e dos problemas que elas provocam.

Na tentativa de averiguar a convergência entre as CRS-R (subescalas e índices) e a WISC-III (subtestes, QIs e índices factoriais), pode observar-se que o Índice de Velocidade de Processamento é aquele que apresenta correlações estatisticamente significativas e positivas entre a Subescala de Hiperactividade, o Índice de PHDA de Conners, o Índice de Irrequietude/Impulsividade, a Subescala de Sintomas de Excesso de Actividade Motora/impulsividade e, ainda, entre o Índice de Sintomas do DSM-IV. Estas correlações acontecem sempre na CRS-R na versão para professores. Por tudo isto, parece que o Índice de Velocidade de Processamento é o melhor preditor na avaliação da PHDA, tanto de tipo predominantemente Hiperactivo/Impulsivo, como também de tipo Combinado quando o informador é o professor. Mais uma vez se confirma a hipótese de que o Índice Velocidade de Processamento é um bom indicador da manifestação dos sintomas de PHDA (Mayes & Calhoun, 2006; Tiholov, Zawallich & Janzen, 1996). Uma possível justificação é o facto de a impulsividade poder favorecer uma resposta rápida, mas incorrecta por parte da criança, o que conduz a uma baixa pontuação no Índice Velocidade Processamento, uma vez que este não avalia apenas a rapidez mas também a sua proficuidade.

De seguida, tentou averiguar-se a concordância entre a WISC-III (subtestes, QIs e índices factoriais) e os itens das CRS-R que constituem os sintomas para PHDA segundo o DSM-IV. Iniciando a análise pelos sintomas de desatenção, pode constatar-se que o subteste Compreensão da WISC-III está substancialmente relacionado com os sintomas 1 (Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades) e 5 (Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades) nos pais; o sintoma 6 (Perde objectos necessários a tarefa ou actividades) nos professores parece estar relacionado com a Informação, o QI Verbal e o Índice de Compreensão Verbal. Considerando agora os sintomas de hiperactividade-impulsividade, pode verificar-se que a Compreensão está relacionada com o sintoma 8 (Precipita as respostas

antes que as perguntas tenham acabado) nos professores. Tudo isto faz-nos hipotetizar que tanto os sintomas de desatenção como os sintomas de hiperactividade-impulsividade estão intimamente relacionados com provas verbais da WISC-III. Por outras palavras, parecem estar relacionados com a capacidade de lidar com estímulos abstractos, a qualidade da educação formal e estimulação do ambiente, compreensão, memória e fluência verbal.

Por último, pretendeu-se analisar as diferenças de género no Índice de Sintomas do DSM-IV (que integra a Subescala de Sintomas de Desatenção e a Subescala de Sintomas de Excesso de Actividade Motora/Impulsividade) nas CRS-R para pais e professores. Seleccionamos apenas este índice, uma vez que nos informa acerca do possível subtipo de PHDA. Segundo os professores, parece existir diferenças estatisticamente significativas entre géneros para o Índice de Sintomas do DSM-IV e para as subescalas que o integram, com médias mais elevadas no género feminino. Por sua vez, na perspectiva dos pais, apenas existem diferenças estatisticamente significativas na Subescala de Sintomas de Desatenção, sendo aqui também o género feminino a pontuar valores médios mais altos. Biederman, Faraone, Monuteaux, Bober, Cadogen e Gender (2004) defendem que as diferenças nas manifestações da PHDA são determinadas pelo género. Os seus resultados são a favor de que as raparigas apresentam o mesmo risco de apresentarem uma PHDA, contudo o género modula uma sintomatologia diferente. Neste sentido, e tal como se verifica segundo a perspectiva dos pais, parece existir maior incidência do tipo Desatenção nas raparigas (Staler & Faraone, 2002). As investigações anteriores são da opinião de que pais e professores classificam de forma diferente rapazes e raparigas, o que implicaria a criação de escalas por sexo, para que se possa estabelecer um diagnóstico específico e não sobrediagnosticar ou subdiagnosticar as raparigas (Montiel-Nava & Peña, 2001; Montiel-Nava, Peña & Montiel-Barbero, 2003; Pineda, Henao, Puerta, et al., 1999; Pineda, Lopera, Henao, Palacio & Castellanos, 2001).

As discrepâncias observadas na avaliação das diferentes fontes podem dever-se a várias razões. A mais óbvia é que a criança apresente um comportamento diferente em cada contexto; outra razão é que pais e professores manifestam visões opostas dos comportamentos das crianças ou que estes resultados se traduzem em formas diferentes de conceptualizar e interpretar o mesmo comportamento (Montiel-Nava & Peña, 2001). Estas diferenças não devem ser interpretadas como erros de validade das observações ou dos instrumentos, mas sim como um reflexo da natureza e interacção que cada um tem com a criança. Talvez, ainda, reflectam necessidades diferentes dos vários contextos, que na escola não perturbe e colabore e em casa que cause o menor número de problemas possíveis (Cáceres & Herrero, 2011; Steele, Forehand & Devide, 1996).

Considerações Finais

A quantidade de investigações feitas na área da PHDA parece ser uma evidência dos nossos tempos, numa perturbação que, apesar de tão comum, ainda tem tanto que dar a conhecer-se. Torna-se fundamental continuar com a investigação nesta área e tentar comprovar ou refutar os modelos apresentados, pois só através de uma verdadeira compreensão desta problemática, estaremos no caminho certo ao nível da intervenção e verdadeira integração destas crianças.

Esta investigação pretendia dar-nos a conhecer as dificuldades na avaliação da PHDA, nomeadamente a sua convergência considerando diferentes fontes de informação. Assim, ponderando a ideia generalizada de total consonância na avaliação, os resultados obtidos afastam a hipótese de excelência da sua convergência. De forma sucinta, apresentaremos as principais conclusões em função dos resultados por nós obtidos, considerando a ordem pela qual as hipóteses foram anteriormente formuladas.

Quando consideradas as CRS-R para pais e professores, pode verificar-se que existe convergência ao nível das subescalas Comportamentos de Oposição, Hiperactividade, Perfeccionismo e Problemas Sociais. No que aos índices respeita, existe convergência na Subescala de Sintomas de Excesso de Actividade Motora/Impulsividade e no Índice de Labilidade Emocional. Neste sentido, a concordância entre avaliadores é mais elevada quando se avaliam comportamentos externalizantes em detrimento de problemas internalizantes.

Procurando aprofundar a convergência entre pais e professores na sinalização de sintomas de PHDA, tomando os itens relativos aos sintomas de desatenção de cada uma das versões, apurou-se não existir concordância em nenhum dos 9 sintomas, o que aliás já seria de esperar, face à ausência de correlação entre as duas versões na subescala de Sintomas de Desatenção. Contrariamente, para os sintomas de hiperactividade-impulsividade parece existir uma maior concordância quando pais e professores os avaliam, sendo consonantes em 6 dos 9 sintomas, nomeadamente os sintomas 1, 2, 4, 6, 7 e 9.

Na tentativa de averiguar a convergência entre as CRS-R (subescalas e índices) e a WISC-III (subtestes, QIs e índices factoriais), apurou-se que o Índice de Velocidade de Processamento é aquele que apresenta correlações estatisticamente significativas e positivas entre a Subescala de Hiperactividade, o Índice de PHDA de Conners, o Índice de Irrequietude/Impulsividade, a Subescala de Sintomas de Excesso de Actividade Motora/impulsividade e, ainda, entre o Índice de Sintomas do DSM-IV. Estas correlações acontecem sempre na CRS-R na versão para professores. Por tudo isto, concluímos que o Índice de Velocidade de Processamento é o melhor preditor na avaliação da PHDA, tanto de tipo predominantemente Hiperactivo/Impulsivo, como também de tipo Combinado quando o informador é o professor.

De seguida, tentou averiguar-se a concordância entre a WISC-III (subtestes, QIs e índices factoriais) e os itens das CRS-R que constituem os sintomas para PHDA segundo o DSM-IV. De um modo geral, inferimos que tanto os sintomas de desatenção como os sintomas de

hiperactividade-impulsividade estão intimamente relacionados com provas verbais da WISC-III. Por outras palavras, parecem estar relacionados com a capacidade de lidar com estímulos abstractos, a qualidade da educação formal e estimulação do ambiente, compreensão, memória e fluência verbal.

Por último, pretendeu-se analisar as diferenças de género no Índice de Sintomas do DSM-IV (que integra a Subescala de Sintomas de Desatenção e a Subescala de Sintomas de Excesso de Actividade Motora/Impulsividade) nas CRS-R para pais e professores. Quando analisados os resultados na CRS-R dos professores, aferimos que existem diferenças de género para o Índice de Sintomas do DSM-IV e para as subescalas que o integram, com valores mais elevados no género feminino. Por sua vez, na perspectiva dos pais, apenas apuramos que existem diferenças entre géneros na Subescala de Sintomas de Desatenção, sendo aqui também o género feminino a pontuar valores mais altos.

Pretendemos ainda, denotar algumas limitações que, sobretudo, obstaram uma exploração mais dilatada de variáveis com potencial efeito na magnitude da correlação global do estudo. Neste sentido, a amostra não foi codificada para variáveis demográficas o estatuto sócio-demográfico dos participantes, o que podia contribuir para a variabilidade dos resultados, e portanto, para a magnitude das correlações encontradas. Adicionalmente, sendo que a maior parte dos estudos incluídos examinaram amostras americanas e espanholas, a generalização de resultados a outras situações culturais é limitada. Não foi ainda considerado como critério de inclusão/exclusão a presença ou não de tratamento farmacológico para a PHDA, o que pode constituir uma limitação na inferência e extrapolação dos resultados, na medida em que, dependendo da percentagem de participantes da amostra global com medicação a magnitude da correlação pode estar subestimada. Uma outra limitação por nós encontrada, e tendo em consideração a totalidade dos subtestes da WISC-III, no HAL não foi aplicado o subteste Pesquisa de Símbolos a todas as crianças constituintes da amostra.

Estudos futuros devem analisar as diferenças entre grupos clínicos e não clínicos relativamente homogéneos entre si, no sentido de perceber os reais défices específicos por grupo demográfico e subtipo de PHDA, assim como o contributo da etiopatogenia da perturbação para esse comprometimento. Será, pois, importante uma replicação deste estudo com uma maior amostra que inclua o emparelhamento dos participantes por idade, sexo e estatuto sócio-económico, com uma medição objectiva das comorbilidades, explorando também diferenças entre subtipos.

Referências Bibliográficas

- Abikoff, H., Courtney, M. E., Szeibel, P. J. & Kiplewicz, H. S. (1996). The effects of auditory stimulation on the arithmetic performance of children with ADHD and non disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 29, 238-246.
- Alfaiate, C. I. S. (2009). Impacto da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (subtipo Combinado) no funcionamento neuropsicológico: Estudos de validade com a Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (BANC). *Dissertação de Mestrado*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- 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., text review). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Anastopolus, A. D., Spisto, M. & Maher, M. C. (1994). The WISC-III freedom from distractibility factor: Its utility in identifying children with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychological Assessment*, 6, 368-371.
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el transtorno por deficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurologia*, 36 (1), 68-78.
- Baptista, M. G. F. (2010). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em contexto escolar: Estudo exploratório das percepções dos professores sobre o impacto comportamental de crianças com PHDA em escolas do 1º ciclo. *Dissertação de Mestrado*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.
- Barbosa, A. A. G., Barbosa, G. A. & Amorim, G. G. (2005). *Hiperatividade: Conhecendo sua Realidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Barbosa, G., Gouveia, V. & Barbosa, A. (2000): Factores predisponentes da síndrome hipercinética: Um estudo retrospectivo. *Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 8 (2), 73-80.
- Barkley, R. A. (1987). The assessment of attention deficit hyperactivity disorder. *Behavioral Assessment*, 9, 207-233.
- Barkley, R. A. (1991). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997a). Behavioural inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121 (1), 65-94.
- Barkley, R. A. (1997b). *ADHD and the nature of self control*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2003). Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain and Development*, 25, 77-83.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

- Barkley, R. A. (2008). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Manual para Diagnóstico e Tratamento* (3ª ed.). São Paulo: Artmed.
- Bayens, D., Roeyers, H. & Walle, J. V. (2006). Subtypes of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): Distinct or related disorders across measurement levels? *Child Psychiatry and Human Development*, 36, 403-417.
- Benczik, E. (2000). *Transtorno de deficit de atenção/hiperatividade: Atualização diagnóstica e terapêutica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Berlin, L., Bohlin, G., Nyberg, L. & Janols, L. (2004). How well do measures of inhibition and other executive functions discriminate between children with ADHD and controls? *Child Neuropsychology*, 10 (1), 1-13.
- Biederman, J. & Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366, 237-248.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., Bober, M. & Cadogen, E. (2004). Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revised. *Biological Psychiatry*, 55, 692-700.
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Doyle, A. E., Seidman, L. J., Wilens, T. E. & Ferrero, F. (2004). Impact of executive function deficits and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on academic outcomes in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (5), 757-766.
- Breton, J., Bergeron, L., Valla, J., Berthiaume, C. & Gaudet, N. (1999). Quebec child mental health survey: Prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (3), 375-384.
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S. & Schwab-Stone, M. (1996). Discrepancies among mother, child and teacher reports: examining the contributions of maternal depression and anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 749-765.
- Brown, R. T. (1985). The validity of teacher ratings in differentiating between two subgroups of attention deficit disorder children with or without hyperactivity. *Educational and Psychological Measurement*, 45, 661-669.
- Cabeleira, L. (2009). *As Dificuldades de Leitura em Alunos com Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção (PHDA)*. *Dissertação de Mestrado*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Cáceres, J. & Herrero, D. (2011). Cuantificación y análisis de la concordancia entre padres y tutores en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 52 (9), 527-535.
- Calegario, M. (2002). Avaliação psicológica do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). In *Avaliações e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Campos, J. A. A., Alecha, M. A. I., García, J. S., Gamissans, J. M. E. & Santacana, M. F. I. (2002). Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 14 (2), 350-356.

- Cantwell, D. P. & Baker, L. (1991). Association between attention-deficit/hyperactivity disorder and learning disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 88-95.
- Cardo, E. & Servera-Barceló, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 40 (1), 11-15.
- Carrasco, J. C. (2009). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, ¿Existe acuerdo en el diagnóstico? *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 92, 26-34.
- Casagrande, A. J. F. (2005). Transtorno de Hiperatividade com Déficit de Atenção: Estudo de uma amostra de escolares de 1ª série de Criciúma. *Dissertação de Mestrado*. Florianópolis: Universidade do Estado de Santa Catarina.
- Castoviejó, P. (1999). *Síndrome de deficit de atencion com hiperactividade: Guia practica diagnostica y terapêutica*. Barcelona: Viguera Editores.
- Clements, S. D. (1966). Minimal brain disfunction in children: Terminology and identification. *Public Health Service Publication*, Washington. Superintendent of documents, US Government printing office.
- Conners, C. K. (1994). Conners Rating Scales. In M. E. Maruish (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 550-578). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Conners, C. K. (1997a). *Conners' Rating Scales - Revised: Technical Manual*. New York: Multi-Health Systems Inc.
- Conners, C. K. (1997b). *CRS-R: Conners' Rating Scales - Revised*. Toronto: Multi-Health Systems Inc.
- Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. D. A. & Epstein, J. N. (1998). The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 257-268.
- Cruz, O. M. (1987). *A flexibilidade/impulsividade em crianças em idade pré-escolar*. Porto: Universidade do Porto.
- Decker, S. L., McIntosh, D. E., Kelly, A. M., Nicholls, S. K. & Dean, R. S. (2001). Comorbidity among individuals classified with attention disorders. *International Journal on Neuroscience*, 110, 43-54.
- Derks, E. M., Hudziak J. J. & Boomsma D. I. (2007). Why more boys than girls with ADHD receive treatment: A study of dutch twins. *Twin Research and Human Genetics*, 10, 765-770.
- Douglas, V. I. (1972). Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 4, 259-282.
- DuPaul, G. J., Jitendra, A. K., Tresco, K. E., Vile Junod, R. E., Volpe, R. J. & Lutz, J. G. (2006). Children with attention deficit hyperactivity disorder: Are there gender differences in school functioning? *School Psychology Review*, 35, 292-308.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D. & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretation*. New York: The Guilford Press.

- DuPaul, J. G. & Stoner, G. (2007). *THDA nas Escolas: Estratégias de Avaliação e Intervenção*. São Paulo: M. Books Editora.
- Edelbrock, C., Greenbaum, R., & Conover, N. C. (1985). Reliability and concurrent relations between the teacher version of the Child Behavior Profile and the Conners Revised Teacher Rating Scale. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 295-303.
- Erford, B. T. (1996). Analysis of the Conners' Teacher Rating Scale-28. *Assessment*, 3, 27-36.
- Falardeau, G. (1999). *As crianças hiperactivas*. Mem Martins: Edições CETOP.
- Fergusson, D. M. & Horwood, L. J. (1992). Attention deficit and reading achievement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 375-385.
- Fonseca A., Simões A, Rebelo J, Ferreira J. A. & Cardoso, F. (1995). O Inventário de Comportamentos da Criança para Professores - Teachers Report Form (TRF). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 29 (2), 81-102.
- Fonseca, A. C. (1998). Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: questões e perspectivas actuais. *Psychologica*, 19, 165-199.
- Fonseca, A. C. (1998). Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: Questões e perspectivas actuais. *Psychologica*, 19, 165-199.
- Fonseca, A. C., Ferreira, J. A., Simões, A., Rebelo, J. A. & Cardoso, F. (1996). A escala revista de Conners para professores (Conners-28): dados normativos para a população escolar portuguesa. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 33 (3), 83-107.
- Fonseca, A., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, A. F. & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais de problemas do comportamento em crianças e adolescentes - O Child Behaviour Checklist de Achenbach (CBCL). *Psychologica*, 12, 55-78.
- Frazier, T. W., Demaree, H. A. & Youngstrom, E. A. (2004). Meta-analysis of intellectual and neuropsychological test performance in attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 18, 543-555.
- Garcia, I. M. (2001). *Hiperactividade - Prevenção, Avaliação e Tratamento na Infância*. Lisboa: McGraw Hill.
- Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5, 143-154.
- Gonçalves, M. & Simões, M. (2000). O modelo multiaxial de Achenbach (ASEBA) na avaliação clínica de crianças e adolescentes. In I. Soares (Coord). *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in) adaptativas ao longo da vida* (pp. 43-87). Coimbra: Quarteto.
- Graeff, R. L. & Vaz, C. E. (2008). Avaliação e diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). *Psicologia USP*, 19 (3), 341-361.
- Graetz, B. W., Sawyer, M. G., Baghurst, P. & Ettridge, K. (2006). Are ADHD gender patterns moderated by sample source? *Journal of Attention Disorders*, 10, 36-43.
- Hale, J. B., How, S. K., Dewitt, M. B. & Coury, D. L. (2001). Discriminant Validity of the Conners' Scales for ADHD Subtypes. *Current Psychology: Development, Learning, Personality, Social*, 20 (3), 231-249.

- Halperin, J. M., Newcorn, J. H., Matier, K., Sharma, V., McKay, K. E. & Schwartz, S. (1993). Discriminant validity of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1038-1043.
- Halperin, J. M., O'Brien, J. D., Newcorn, J. H., Healey, J. M., Pascualvaca, D. M., Wolf, L. E. & Young, J. G. (1990). Validation of hyperactive, aggressive, and mixed hyperactive/aggressive childhood disorders: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 31, 455-459.
- Herjanic, B. & Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 307-324.
- Kos, J. M., Richdaleb, A. L. & Hayc, D. A. (2006). Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and their Teachers: A review of the literature. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53, 147-160.
- Lane, B. A. (2004). The differential neuropsychological/cognitive profiles of ADHD subtypes: A meta-analysis. *Dissertation Abstracts International: Section B - The Sciences & Engineering*, 64, 55-90.
- Lewis, M. & Wolkmar, F. (2000). *Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência*. São Paulo: Artes Médicas.
- Lopes, J. A. (1998). *Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção em Contexto de Sala de Aula: a incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e adolescência*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia.
- Lopes, J. A. (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.
- Lourenço, I. (2009). Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo comparativo das percepções e atitudes de professores do 1º, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico. *Dissertação de Mestrado*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.
- Lucas, C. (1992). Attention Deficit Disorders and Hyperactivity. *Current Opinion in Psychiatry*, 5, 518-522.
- Martins, S., Tramontina, S., & Rohde, L. A. (2002). Integrando o processo diagnóstico. In L. A. Rohde & P. Mattos (Orgs.). *Princípios e práticas em TDAH* (pp. 151-160). Porto Alegre: Artmed.
- Mattos, P., Saboya, E., Kaefer, E., Knijnik, M. P. & Soncini, N. (2003). Neuropsicologia do TDAH. In L. A. Rohde & P. Mattos (Orgs.). *Princípios e Práticas em TDAH* (pp. 63-74). Porto Alegre: Artmed.
- Mayes, S. D. & Calhoun, S. L. (2006). WISC-IV and WISC-III Profiles in Children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 9 (3), 486-493.
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L. & Crowell, E. W. (1998). WISC-III freedom from distractibility as a measure of attention in children with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*, 2 (4), 217-227.

- McGee, R. & Share, D. L. (1988). Attention deficit disorder-hyperactivity and academic failure: Which comes first and what should be treated? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 318-327.
- Mealer, C., Morgan, S. & Luscomb, R. (1994). Cognitive Functioning of ADHD and non-ADHD boys on the WISC-III and WRAML: An analysis within a memory model. *Journal of Attention Disorders*, 1 (3), 133-147.
- Melo, A. (2003). Contributos para a avaliação da criança com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. *Dissertação de Doutoramento*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.
- Merrell, K. W. & Stein, S. (1992). Behavior problems of learning disabled, low achieving, and average boys: A comparative study with the Conners' Teacher Rating Scale-28. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 10, 76-82.
- Miller, L. S., Koplewicz, H. S. & Klein, R. G. (1997). Teacher ratings of hyperactivity, inattention, and conduct problems in preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 113-119.
- Miranda, A., Jarque, S. & Soriano, M. (1999). Transtorno de hiperactividad con deficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas e aproximaciones a la intervención. *Revista de Neurología*, 28 (2), 182-188.
- Mitsis, E. M., McKay, K. E., Schulz, K. P., Newcorn, J. P. & Halperin, J. M. (2000). Parent teacher concordance for DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder in a clinic referred sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, 39, 308-313.
- Montiel-Nava, C. & Peña, J. A. (2001). Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. *Revista de Neurología*, 32 (6), 506-511.
- Montiel-Nava, C., Peña, J. A. & Montiel-Barbero, I. (2003). Datos epidemiológicos del trastorno por deficit de atención con hiperactividade en una muestra de niños marabinos. *Revista de Neurología*, 37, 815-819.
- Montiel-Nava, C., Peña, J. A., López, M., Salas, M., Zurga, J. R. & Montiel-Barbero, I. (2002). Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños maracabinos. *Revista de Neurología*, 35, 1019-1024.
- Murphy, K. R., Barkley, R. A. & Bush, T. (2002). Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: Subtype differences in comorbidity educational and clinical history. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 147-157.
- Naglieri, J. A., Goldstein, S., Iseman, J. S. & Schwebach, A. (2003). Performance of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Anxiety/Depression on the WISC-III and Cognitive Assessment System (CAS). *Journal of Psychoeducational Assessment*, 21, 32-42.
- Nøvik, T. S., Hervas, A., Ralston, S. J., Dalsgaard, S., Pereira, R. R. & Lorenzo, M. J. (2006). Influence of gender on attention-deficit hyperactivity disorder in Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15 (1), 15-24.

- Oliveira, C. G. & Albuquerque, P. B. (2009). Diversidade de resultados no estudo do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (1), 93-102.
- Ortiz-Luna, J. A. & Acle-Tomasini, G. (2006). Diferencias entre padres y maestros en la identificación de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños mexicanos. *Revista de Neurología*, 42 (1), 17-21.
- Parker, H. (2003). *Desordem por défice de atenção e hiperactividade: Um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Parker, J. G. & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102, 357-389.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pfeiffer, S. I., Reddy, L. A., Kletzel, J. E., Schmelzer, E. R. & Boyer, L. M. (2000). The practitioner's view of IQ testing and profile analysis. *School Psychology Quarterly*, 15, 376-385.
- Phelan, T. W. (2005). *TDA/TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*. São Paulo: M. Books.
- Pineda, D. A., Henao, G. C., Puerta, I. C., Mejía-Mag, S. E., Gómez, L. F., Miranda, M. L., Rosselli, M., Ardila, A., Restrepo, M. A. & Murrelle, L. (1999). Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional. *Revista de Neurología*, 28 (4), 365-372.
- Pineda, D. A., Kamphaus, R. W., Mora, O., Puerta, I. C., Palacio, L. G., Jiménez-Ramírez, I., Mejía-Mag, S. E., García, M. A., Arango-Viana, J. C., Jiménez, M. E. & Lopera, F. (1999). Uso de una escala multidimensional para padres de niños de 6 a 11 años en el diagnóstico de deficiencia atencional con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 28, 952-959.
- Pineda, D. A., Lopera, F., Henao, G. C., Palacio, J. D. & Castellanos, F. X. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por deficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista de Neurología*, 32, 217-222.
- Power, T. J., Costigan, T. E., Eiraldi, R. B. & Leff, S. S. (2004). Variations in anxiety and depression as a function of ADHD subtypes defined by *DSM-IV*: Do subtype differences exist or not? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 27-37.
- Prifitera, A. & Dersh, J. (1993). Base rates of WISC-III diagnostic subtest patterns among normal, learning disable, and ADHD samples. *Journal of Psychoeducational Assessment: WISC-III Monograph*, 43-55.
- Quinn, P. O. (1997). *Attention Deficit Disorder, Diagnosis and Treatment from Infancy to Adulthood*. New York: Brunner.
- Ramalho, J. (2005). Processos controlados de atención: estudio exploratorio en los subtipos del trastorno por deficit de atención con hiperactividad. *Educación, Desarrollo y Diversidade*, 8 (2), 19-42.
- Ramalho, J. (2009). *Psicologia e Psicopatologia da Atenção*. Braga: Edições APPACDM.

- Rebollo, M. A. (1972). Etiología de la Disfunción Cerebral Mínima. *Neuropediatria Latinoamericana*, 1, 17-23.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Riccio, C. A., Cohen, M. J., Hall, J. & Ross, C. M. (1997). The Third and Fourth Factors of the WISC-III: What they don't measure. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 15, 27-39.
- Rodrigues, A. (2008). Escalas Revisadas de Conners: Formas reduzidas para pais e professores. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Orgs.). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto.
- Rodríguez-Jiménez, R., Cubillo, A. I., Jiménez-Arriero, M. A., Ponce, G., Aragüés-Figuero, M. & Palomo, T. (2006). Disfunciones ejecutivas en adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividade. *Revista de Neurología*, 43 (11), 678-684.
- Rohde, L. A. & Mattos, P. (2003). *Introdução*. In *Princípios e Práticas em THDA: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperactividade*. Porto Alegre: Artmed.
- Rohde, L. A., Filho, E. C., Bentti, L., Gallois, C. & Kieling, C. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (3), 124-131.
- Roussos, A., Richardson, C., Politikou, K., Marketos, S., Kyprianos, S., Karajianni, S., Koumoula, A., Lazaratou, H., Marketos, N., Zoubou, V., Nicholara, R. & Mahera, O. (1999). The Conners-28 teacher questionnaire in clinical and non clinical samples of Greek children 6-12 years old. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 260-267.
- Saklofske, D. H., Schwan, V. L., Yackulic, R. A. & Quinn, D. (1995). WISC-III and SB: FE Performance of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Canadian Journal of School Psychology*, 10(2), 167-171.
- Sandberg, S. T., Wieselberg, M. & Shaffer, D. (1980). Hyperkinetic and conduct problem children in a primary school population: Some epidemiological considerations. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines*, 21, 293-311.
- Schwan, V. L., Saklofske, D. H., Yackulic, R. H. & Quinn, D. (1993). WISC-III performance on ADHD children. *Journal of Psychoeducational Assessment: WISC-III Monograph*, 56-70.
- Seidman, L. J. (2006). Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan. *Clinical Psychology Review*, 26, 466-485.
- Seidman, L. J., Biederman, J., Monuteaux, M. C., Valera, E., Doyle, A. E. & Faraone, S. V. (2005). Impact of gender and age on executive functioning: Do girls and boys with and without attention deficit hyperactivity disorder differ neuropsychologically in preteen and teenage years? *Developmental Neuropsychology*, 27, 79-105.
- Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención com hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 40 (6), 358-368.

- Short, E. J., Fairchild, L., Findling, R. L. & Manos, M. J. (2007). Developmental and subtype differences in behavioral assets and problems in children diagnosed with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11, 28-36.
- Simões, M. R., Seabra-Santos, M. J., Albuquerque, C. P., Pereira, M. M., Almeida, L. S., Rocha, A. M., Ferreira, C., Lopes, A. F., Gomes, A. A., Xavier, R. E., Rodrigues, F., Matoso, C. L. J., Nunes, J., Filipe, M. & Eusébio, C. (2006). Escala de Inteligência de Wechsler para crianças - Terceira Edição (WISC-III). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida & C. Machado (Coord.). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp.199-232). Coimbra: Quarteto Editora.
- Souza, I., Serra, M. A., Mattos, P. & Franco, V. A. (2001). Comorbidade em crianças e adolescentes com transtorno do deficit de atenção: Resultados preliminares. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 59, 401-406.
- Sparrow, E. P. (2010). Interpretation of the Conners Assessment. In E. Sparrow (Ed.). *Essentials of Conners Behavior Assessment* (pp. 147-205). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Staller, J. & Faraone, S. V. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder in girls epidemiology and management. *CNS Drugs*, 20, 107-123.
- Steele, R., Forehand, R. & Devine, D. (1996). Adolescent social and cognitive competence: cross-informant and intra-individual consistency across three years. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 60-65.
- Stein, M. A. & O'Donnell, J. P. (1985). Classification of children's behavior problems: Clinical and quantitative approaches. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 209-214.
- Taylor, E. (1986). The causes and development of hyperactive behaviors. In A. Taylor (Ed.). *The overactive child* (pp. 118- 160). London: Mac Keith Press.
- Tiholov, T. T., Zawallich, A. & Janzen, H. L. (1996). Diagnosis based on the WISC-III Processing Speed Factor. *Canadian Journal of School Psychology*, 12(1), 23-34.
- Verhulst, F. C. & Van der Ende, J. (1991). Assessment of child psychopathology: relationships between different methods, different informants and clinical judgment of severity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 155-159.
- Villar, I. O. & Polaino-Lorente, A. (1994). Estilos atribucionales y autoestima en hiperactividad infantil. *Revista de Psicología Geral y Aplicada*, 47 (4), 461-466.
- Walker, J. L., Lahey, B. B., Hynd, G. W. & Frame, C. L. (1987). Comparison of specific patterns of antisocial behavior in children with conduct disorder with or without coexisting hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 910-913.
- Warner-Rogers, J., Taylor, A., Taylor, E. & Sandberg, S. (2000). Inattentive behavior in childhood. *Journal of Learning Disabilities*, 33, 520-537.
- Wechsler, D. (2003). *Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - Terceira Edição (WISC-III): Manual*. Lisboa: Cegoc.
- Zelko, F. A. (1991). Comparison of parent completed behavior rating scales: Differentiating boys with ADD from psychiatric and normal controls. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 12,31-37.

Anexos

Anexo 1

Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO

A. 1) ou 2):

1) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de **falta de atenção** devem persistir pelo menos durante 6 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;
- (b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades;
- (c) com frequência parece não ouvir quando se lhe fala 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 dificuldades em organizar tarefas e actividades;
- (f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole 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) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de **hiperactividade-impulsividade** persistiram pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente 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 aula 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 «anda» 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 2 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 da Ansiedade, Perturbação Dissociativa ou Perturbação da Personalidade).

Codificação baseada no tipo:

Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Tipo Misto: se estão preenchidos os critérios A1 e A2 durante os últimos 6 meses.

Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Desatento: se está preenchido o critério A1 mas não o critério A2 durante os últimos 6 meses.

Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo: se o critério A2 está preenchido mas não o critério A1 durante os últimos 6 meses.

Notas de codificação. Para sujeitos (especialmente adolescentes e adultos) que actualmente tenham sintomas e que já não preencham todos os critérios, deve especificar-se «em Remissão Parcial».

Anexo 2

Pedido de autorização endereçado ao HAL



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

Exmo Sr.
Presidente do Conselho de Administração
do Hospital Amato Lusitano

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia na Universidade da Beira Interior da mestrandia Vera Ribeiro (estagiária no Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã), vimos por este meio solicitar a V/ colaboração no projecto de investigação “Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção: Convergência da avaliação entre diferentes fontes”. Este projecto tem como principais objectivos estudar a convergência da avaliação efectuada por pais e professores, assim como analisar o contributo da avaliação cognitiva para o diagnóstico da perturbação.

Para o efeito, pretende-se consultar os processos de crianças avaliadas no Centro de Desenvolvimento do Hospital Amato Lusitano com esta problemática, de forma a confrontar os registos das Escalas de Conners preenchidas por pais e professores, assim como os protocolos com os resultados obtidos com a aplicação da WISC-III. A informação obtida será utilizada salvaguardando a devida confidencialidade e anonimato dos participantes envolvidos, respeitando os princípios e procedimentos previstos no Decreto-Lei nº67/98, no que concerne à protecção de dados pessoais.

Agradecemos, desde já, a V/ atenção e disponibilidade, apresentando os nossos melhores cumprimentos.

Covilhã, 11 de Fevereiro de 2011

A orientadora,
Ema Patrícia Oliveira
Professora Auxiliar no Departamento de Psicologia e Educação

Estrada do Sineiro, 6200-209 Covilhã, PORTUGAL
Telef.: +351 275 319 600 | Fax: +351 275 319 601
E-mail: geral@ubi.pt | www.ubi.pt

Anexo 3

Consistência interna por subescala e itens

Subescala Problemas Sociais na CRS-R dos pais				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Pais_item6	3,05	6,319	,399	,526
Pais_item16	3,47	6,694	,484	,497
Pais_item26	3,48	6,966	,331	,562
Pais_item35	2,98	6,762	,290	,586
Pais_item72	3,02	6,288	,324	,572

Subescala Psicossomática na CRS-R dos pais				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Pais_item7	4,00	7,322	,046	,599
Pais_item17	3,90	5,820	,584	,388
Pais_item27	3,97	5,762	,472	,416
Pais_item36	3,80	5,519	,405	,437
Pais_item46	3,83	6,277	,265	,510
Pais_item73	2,67	6,497	,110	,601

Subescala Perfeccionismo da CRS-R dos professores				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Prof_item6	4,17	8,040	,292	,603
Prof_item15	3,32	6,966	,300	,612
Prof_item24	4,12	7,156	,464	,541
Prof_item33	4,02	6,254	,609	,470
Prof_item43	3,88	8,037	,228	,626
Prof_item53	3,58	7,603	,285	,607