



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
2012

**Mariana Marques
Delgado**

**Estudos de validade da versão portuguesa da EDAH
de Farré e Narbona**



**Mariana Marques
Delgado**

**Estudos de validade da versão portuguesa da EDAH
de Farré e Narbona**

Dados de uma amostra clínica

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Ana Cardoso Allen Gomes, Professora Auxiliar do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro e do Doutor Carlos Fernandes da Silva, Professor Catedrático do Departamento de Ciências de Educação da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho à minha mãe e namorado, por todo o apoio.

A todos os que participaram neste estudo. Graças à vossa colaboração foi possível dar mais um passo em frente no diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção.

A todas as crianças que sofrem com esta doença, e às suas famílias.

o júri

Presidente

Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Maria João Rama Seabra Santos
Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Prof. Doutora Ana Cardoso Allen Gomes
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro (Orientadora)

Prof. Doutor Carlos Fernandes da Silva
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro (Co-orientador)

Agradecimentos

O meu muito obrigado à Prof. Doutora Ana Allen Gomes e ao Prof. Doutor Carlos Fernandes da Silva por toda a disponibilidade e dedicação a este projeto. Agradeço ainda à Prof. Doutora Anabela Pereira, Coordenadora do Mestrado e ao Departamento de Educação que acolheu o estudo, pela oportunidade. À CEGOC, na pessoa do diretor Dr. Mário Ceitil e da Dra. Carla Ferreira pela autorização para trabalhar com o instrumento EDAH e pelo apoio na disponibilização dos materiais para a sua administração. Agradeço ainda à Mestre Célia Lopes por todas as sugestões proveitosas. Um muito obrigado também a todos os docentes e a todos os profissionais que, ao longo do tempo, foram-me ensinando aquilo que hoje sei e a todos os professores que participaram neste estudo e aos encarregados de educação que consentiram que fossem recolhidos dados sobre os seus educandos.

Agradeço à melhor Mãe do Mundo, por todo o apoio, por estar sempre presente nos bons e maus momentos e por todos os sacrifícios que fez para que eu pudesse concretizar o meu sonho. Obrigada por todas as palavras de conforto e por todas as chamadas de atenção nos momentos em que quase perdi o rumo. Agradeço também todo o carinho da minha restante família, sei que posso sempre contar com todos vocês.

Ao João Pinto, por ser a pessoa que esteve sempre do meu lado, a dar-me força e a incentivar-me quando comecei a fraquejar. Obrigada por todo o amor e por todas as palavras que tens sempre para me dizer nos momentos mais difíceis. Agradeço ainda à Diana por todas as horas que perdeu a ajudar-me nesta etapa final. O meu muito obrigado!

A todas as minhas meninas, que me acompanharam desde o primeiro dia desta viagem e fizeram destes anos, os melhores da minha vida. Ariana, Vera, Marta, Carla, Rita, Elisa, muito obrigada por tudo. Tenho ainda de agradecer aquelas que foram aparecendo pelo caminho mas que acabaram por torná-lo ainda mais fantástico: Mariana, Ana Maria, Ana, Filipa, Carla, Andreia, Tita. Os grandes amigos nunca se esquecem e, por isso mesmo, nunca vou esquecer nenhuma de vocês.

A todos os meus amigos de sempre! Apesar da distância sempre pude contar com todos vocês, obrigada por terem sempre uma palavra amiga e por estarem sempre do meu lado. Sara, Carolina, Diana, Nelinha, Rita, Bebé, Jéssica, Ni, Andreia, Saraiva, Jota... Gosto muito de todos vocês, muito obrigada por tudo.

Agradeço ainda a todas as pessoas que, apesar de não mencionadas, fizeram parte da minha vida...

“Somos a soma de todas as pessoas que já conhecemos!”

Obrigada a todos por me terem transformado na pessoa que sou hoje, espero também ter deixado um bocadinho de mim em cada um de vocês.

palavras-chave

Hiperatividade, déficit de atenção, EDAH, validação de questionários, especificidade, sensibilidade .

Resumo

O objetivo deste estudo foi fornecer alguns contributos para a validação da EDAH (Evaluación del trastorno por Déficit de Atención con hiperactividade), de Anna Farré Riba e Juan Narbona Garcia, 5ª edição (2003), na sua versão portuguesa: Lopes, 2009; Allen Gomes, Lopes & Silva, 2010. A EDAH é composta por 20 itens, com duas subescalas de 10 itens cada: 1. Hiperatividade/Défice de Atenção e 2. Problemas de Comportamento. Por sua vez, a primeira subescala divide-se em duas subescalas, com 5 itens cada: Hiperatividade-impulsividade e Déficit de Atenção. O presente trabalho foi realizado com uma amostra de 68 crianças, entre os 6 e os 12 anos de idade, do 1º ao 6º ano de escolaridade, incluindo dois grupos, um grupo com o diagnóstico clínico de PHDA constituído por 34 crianças e um grupo escolar de comparação, também constituído por 34 crianças, emparelhados por sexo, idade, ano de escolaridade e região geográfica. Para ambos os grupos, cada amostra foi constituída por 30 rapazes (82,2%) e 4 raparigas (11,8%). Os resultados demonstraram que os participantes com o diagnóstico de PHDA obtiveram pontuações significativamente superiores nas diferentes subescalas da EDAH e na escala global, bem como em todos os itens da escala separadamente, comparando com o grupo escolar, o que apoia a sua capacidade discriminativa. Verificou-se ainda que todas as subescalas da EDAH se encontram associadas de forma estatisticamente significativa entre si, observando-se que a subescala Hiperatividade e a subescala Problemas de Comportamento são as que apresentam o maior coeficiente de correlação ($r_s=0.879$). Conclui-se ainda que as subescalas e a escala global da EDAH se associam fortemente com as subescalas e a escala global da Escala de Conners, o que sustenta a validade convergente da escala em estudo. Ao nível da AUC (*Area Under the Curve*), obtiveram-se valores de precisão moderada (entre .78 e .84). Por fim, verificou-se que a EDAH apresenta uma especificidade superior à sensibilidade em todas as suas subescalas, quando se adotam os pontos de corte propostos por Farré e Narbona. São, ainda, discutidas vantagens e inconvenientes de se adotar pontos de corte mais ou menos restritivos, conforme os objetivos pelos quais se utiliza a EDAH. Em conclusão, os resultados obtidos apresentam alguns contributos importantes para a validação da versão portuguesa da EDAH, estando em concordância com os dados da literatura.

Keywords

Hyperactivity, attention deficit, EDAH, validation of questionnaires, specificity, sensitivity.

Abstract

The purpose of this study was to provide a contribution to the validation of EDAH (Evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividade), of Anna Farré Riba and Juan Narbona Garcia, 5th edition (2003), in its Portuguese version (Lopes, 2009; Allen Gomes, Lopes & Silva, 2010). This scale is composed of twenty items, with two subscales of ten items each: 1st-Hyperactivity / Attention Deficit scale and 2nd-Behavior Problems scale. The former further divides itself in two subscales, each with five items: Hyperactivity-Impulsivity and Attention Deficit. This study was conducted with a sample of 68 children, between 6 and 12 years old, from 1st to 6th grades, including two groups, one group with a clinical diagnosis of ADHD (n=34 children) and a school group (comparison group), with the same number of children, matched for sex, age, school year and geographic region. For both groups, each sample consisted of 30 boys (82.2%) and 4 girls (11.8%). The results showed that participants with the diagnosis of ADHD had significantly higher scores on the different subscales of EDAH and on the global scale, as well as on each of the 20 items composing the scale, comparing with the school group, thus supporting its discriminative power. It was also found that all subscales of EDAH were significantly and highly correlated with each other and that Hyperactivity and Behavior Problems subscales are those with the highest correlation coefficient ($r_s=0,879$). It can also be concluded that global EDAH scale and their subscales are strongly associated with Conner's global scale and its subscales, supporting the convergent validity of the scale of the EDAH. AUCs (Area Under the Curve) values between .78 and .84 indicated moderate accuracy. Lastly, it was found, using the cutoff proposed by Farré e Narbona, the EDAH presents a higher specificity than sensibility in all its subscales. We discuss the advantages and disadvantages of adopting more or less restrictive cutting point, depending on the examiner assessment goals. In conclusion, the results represent some important contributions to the validation of the Portuguese version of EDAH, and are in accordance with the findings of the literature.

Índice

Introdução.....	1
Objetivos e hipóteses	5
Metodologia.....	6
Amostra.....	6
Instrumentos.....	7
Procedimentos.....	8
Resultados.....	11
Discussão	22
Bibliografia.....	29
Anexos.....	31

Índice de Tabelas

Tabela 1: Descrição das variáveis sociodemográficas para os dois grupos	6
Tabela 2: Estatística descritiva por subescala e escala global para a amostra total (N=68)	11
Tabela 3: Comparação das pontuações total e nas subescalas, entre o grupo de estudo e o grupo de comparação.....	12
Tabela 4: Comparação das pontuações dos itens entre o grupo de estudo e o grupo de comparação.....	13
Tabela 5: Intercorrelações entre as subescalas da EDAH	15
Tabela 6: Correlações entre subescalas e escalas globais da EDAH e da Escala de Conners.....	16
Tabela 7: Distribuição das crianças pelos níveis de risco (pontos de corte nas subescalas da EDAH) para o grupo de estudo e o grupo de comparação	18
Tabela 8: Pontos de corte e probabilidades condicionais da EDAH para cada um das subescalas	20
Tabela 9: AUC (Area Under the Curve) de cada subescala	20
Tabela 10: Número de participantes do grupo de estudo e do grupo de comparação detetados considerando dois pontos de corte diferentes para cada uma das subescalas.	21

Índice de Figuras

Figura 1: Curvas de ROC das subescalas da EDAH	19
------------------------------------------------------	----

Introdução

A perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) constitui uma das condições mentais mais prevalentes em crianças, com potencial para desencadear consequências a nível médico, emocional, comportamental, social e académico para a criança ou adolescente (Dobie et al., 2012), apresentando-se, atualmente, como uma das principais fontes de encaminhamento de crianças ao sistema de saúde (Barkley, 2006). Esta elevada frequência de diagnósticos de PHDA deve conduzir a uma reflexão crítica sobre os processos de avaliação e de intervenção, bem como sobre as práticas educativas no acompanhamento de crianças e jovens tanto na família como no sistema de educação (Santos & Vasconcelos, 2010).

Os sintomas de *Hiperatividade, Défice de Atenção e Impulsividade* são indiscutivelmente centrais na descrição desta perturbação disruptiva do comportamento (Farré & Narbona, 2003), devendo estar presentes antes dos 7 anos de idade e interferir pelo menos em 2 de 3 contextos diferentes: familiar, social e escolar (APA, 2002; Rios, Lopes, & Pereira, 2009) (*cf. Anexo I*). Vários autores têm distinguido as diversas características da PHDA em duas categorias: as primárias e as secundárias. Como características primárias e consideradas necessárias para a elaboração do diagnóstico apresentam-se, então, o défice de atenção, a impulsividade e a hiperatividade. Quanto às características secundárias, são vistas como consequência das características primárias e podem consistir em problemas cognitivos, atraso da linguagem, menor capacidade de adaptação, problemas ao nível do desenvolvimento motor, défice de autorregulação das emoções, dificuldades na realização académica e realização de tarefas e ocorrência de alguns riscos de saúde (maior probabilidade de ter acidentes, dificuldades em adormecer e agitação durante o sono) (Barkley, 2006, 2007). É sugerido ainda por Farré e Narbona (2003) que os problemas de comportamento podem também estar associados à PHDA, assim como, a conduta desafiadora, a agressividade, os problemas de relacionamento, as dificuldades de aprendizagem, as alterações perceptivo-motoras e os distúrbios emocionais. A DSM-IV-TR refere que a perturbação de oposição e/ou perturbação de comportamento está presente numa proporção substancial (quase metade) das crianças com PHDA (APA, 2002).

Durante bastante tempo, a hiperatividade foi considerada por muitos como sendo a característica mais marcante do PHDA. No entanto, compreendeu-se que o défice de atenção é fundamental na conceptualização deste distúrbio e que existem diferentes

tipos de PHDA. Algumas pessoas com PHDA são excepcionalmente hiperativas e impulsivas, outras são mais notoriamente afetadas por estados de desatenção e outras apresentam uma combinação dos três traços. De acordo com a DSM-IV-TR, são referidos três subtipos distintos: Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção (Tipo Misto); Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção (Tipo Predominantemente Desatento); Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção (Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo) (*cf. Anexo 2*) (APA, 2002). Defende-se então um diagnóstico multifactorial, devido à amplitude e diversidade da sintomatologia, sendo desejável a intervenção de uma equipa multidisciplinar (Farré & Narbona, 2003).

Ao nível da etiologia da PHDA, ainda não existe um consenso científico, apesar das inúmeras pesquisas feitas na área. Assim, não obstante a evolução verificada nos últimos anos ao nível da identificação das causas da PHDA, a definição do fator responsável pela origem desta perturbação continua a ser difícil. Segundo a Associação Portuguesa de Investigação Educacional, será mais correto falar-se em fatores de risco e não em causas, uma vez que os estudos realizados são ainda inconclusivos (APIE, 2007). A PHDA não parece ser explicada por nenhuma variável isolada, podendo contribuir para a perturbação diversos fatores (Gomes, Lopes, & Silva, 2010).

São referidas diferenças subtis a nível cerebral em pessoas com PHDA, demonstradas através de estudos que recorrem a técnicas de imagiologia funcional. Segundo Fernandes (2001), estas diferenças envolvem geralmente o lobo frontal, que desempenha um papel importante na regulação da atenção, na atividade e nas reações emocionais. Observam-se também diferenças ao nível dos gânglios basais e do corpo caloso, diminuição do volume cerebral global e ainda alterações nas regiões pré-frontais, no *cingulum* e no cerebelo (Bugalho, Correa, & Viana-Baptista, 2006). Existem também suspeitas de possíveis fatores genéticos (Fernandes, 2001). Segundo a DSM-IV-TR (APA, 2002), a PHDA tem surgido com mais frequência em familiares próximos (em primeiro grau), levando assim a considerar uma grande influência destes fatores. São ainda apontados fatores ambientais ou sociais, entre eles, as toxinas, como o chumbo, o álcool e o fumo do tabaco. Crianças e jovens provenientes de famílias de baixos estratos socioeconómicos parecem estar mais vulneráveis a desenvolver esta perturbação (Fernandes, 2001). Segundo J. Lopes (2004), é hoje largamente aceite entre a comunidade científica que as causas da PHDA são provavelmente muito mais endógenas do que exógenas, ou seja, terão mais a ver com fatores internos do próprio

indivíduo do que com fatores do meio. A PHDA parece assim depender muito mais de diferenças no desenvolvimento cerebral, decorrentes de fatores hereditários, do que de fatores ambientais. No entanto, Fernandes (2001) salienta que a etiologia da PHDA é multifactorial, implicando assim uma variedade de possíveis causas, que podem ser de ordem cerebral, genética, biológica e psicossocial.

A PHDA pode considerar-se muito frequente na infância, estimando-se a sua prevalência entre os 3 e os 7% das crianças em idade escolar, existindo uma grande variabilidade em função da idade, sexo, nível sociocultural, entre outros. Estas percentagens variam de acordo com a natureza da amostra populacional e com os métodos de avaliação utilizados (APA, 2002). Fazendo alguma pesquisa nesta área, são encontradas variações nos dados de prevalência da PHDA em crianças, que suscitam algumas dúvidas sobre os critérios utilizados na sua estimação (Farré & Narbona, 2003). É então necessário que se combinem esforços entre os investigadores desta área, com o intuito de se chegar a um entendimento no desenvolvimento de procedimentos de avaliação uniformes e estandardizados (Cardo & Servera, 2005, cit. por C. Lopes, 2009).

Para se chegar a um diagnóstico correto é necessário passar por uma fase de avaliação. O processo de avaliação da PHDA é algo complexo e deve ser apenas realizado por profissionais bastante experientes nesta área específica. Uma vez que a PHDA é uma Perturbação Disruptiva do Comportamento que envolve, muitas vezes, a prescrição de medicamentos (em paralelo com uma intervenção psicoterapêutica/ psicossocial), um erro em termos de diagnóstico pode conduzir a um conjunto de efeitos e reações secundárias bastante adversas. Este processo deve ser multimodal e englobar várias etapas: a entrevista com a criança e os pais, realizada por um psicólogo ou outro profissional de saúde mental; a realização de um exame médico; o preenchimento de questionários pelos pais e professores; a entrevista com os professores; a observação direta do comportamento nos vários contextos de vida da criança/adolescente (J. Lopes, 2004). Pais e professores são geralmente os adultos mais habituados a facultar informações acerca das crianças, quer seja através de entrevistas ou de escalas de avaliação, uma vez que estes são os adultos com quem a criança passa mais tempo, com mais oportunidades para a observar e num leque de situações mais diversificado (Seabra-Santos, 2000).

Os instrumentos de avaliação são uma ferramenta útil e necessária no diagnóstico da PHDA, na medida em que, quanto mais instrumentos e informações se

conseguir reunir, mais fidedigno será o diagnóstico (C. Lopes, 2009). Existem muitos instrumentos de avaliação para a hiperatividade e déficit de atenção. Farré e Narbona (2003) referem dois instrumentos que consideram de maior difusão para a avaliação da PHDA, o *Questionário de Gillberg* (1982) e as *Escalas para pais e professores de Conner's* (1969, 1978, 1980).

Farré e Narbona (2003) baseando-se essencialmente nas escalas de Conners, desenvolveram as Escalas EDAH e explicitam as várias preocupações que estiveram subjacentes a este processo (cf. Gomes et al., 2010; C. Lopes, 2009):

- Em primeiro lugar, a escala deveria medir exclusivamente os principais sintomas da PHDA: hiperatividade, impulsividade e déficit da atenção.
- Em segundo lugar, deveria permitir efetuar as distinções introduzidas no DSM-IV-TR (APA, 2002), entre PHDA do tipo predominantemente hiperativo/impulsivo, do tipo predominantemente desatento e do tipo misto.
- Em terceiro, tendo em consideração a forte correlação entre PHDA e os problemas de comportamento, consideraram importante que a escala permitisse estabelecer limites entre eles e diferenciar se os últimos são uma entidade única e distinta ou se são sintomas secundários inerentes à PHDA (Farré & Narbona, 2003).
- Por último, considerando que, em numerosos estudos, a correlação entre as escalas de pais e a de professores era muito baixa, os autores valorizaram a necessidade de uma única escala dirigida a professores, uma vez que estes conseguem comparar o aluno com o resto do grupo e valorizar o seu comportamento de uma forma mais objetiva, além de terem uma noção mais exata do que os pais do que é típico ou norma em cada idade (Farré & Narbona, 2003).

Este trabalho advém da escassez de instrumentos devidamente adaptados à população portuguesa, o que conduz muitas vezes à excessiva utilização dos mesmos instrumentos de avaliação da PHDA. Por esta razão, o nosso objetivo foi contribuir para a validação da Escala para Avaliação do Distúrbio de Déficit de Atenção com Hiperatividade (EDAH), utilizando uma amostra clínica, podendo possibilitar a utilização de um instrumento válido e fidedigno, aumentando assim o leque de instrumentos de avaliação disponíveis para a população portuguesa, tendo um papel importante no complemento do diagnóstico. Na sequência de um amplo estudo prévio

com uma larga amostra escolar de crianças, onde ficou bem estabelecida a fidedignidade da EDAH, bem como onde foram obtidos valores normativos para crianças portuguesas (cf. Gomes et al., 2010; C. Lopes, 2009), decidimos com a presente investigação, acrescentar um contributo fundamental para o conhecimento da validade da versão portuguesa da EDAH, estudando-a pela primeira vez em crianças diagnosticadas com a PHDA.

Objetivos e hipóteses

A presente investigação propõe como objetivos específicos:

1. Comparar resultados entre um “grupo de estudo” composto por crianças diagnosticadas com PHDA e um “grupo de comparação” composto por crianças provenientes de uma amostra escolar, quer ao nível das subescalas, quer ao nível da EDAH total, bem como para cada um dos seus itens (capacidade discriminativa de cada item).
2. Examinar as intercorrelações entre as subescalas da EDAH.
3. Avaliar em que medida as subescalas e escalas totais da Escala de Conners e da EDAH se associam significativamente entre si.
4. Analisar a associação entre sintomas de problemas de comportamento e PHDA.
5. Avaliar a especificidade, a sensibilidade, o valor preditivo positivo e o valor preditivo negativo nos pontos de corte sugeridos pelos autores originais para cada uma das subescalas da EDAH.
6. Obter a curva ROC para as várias subescalas da EDAH e determinar as áreas sob a curva/*Area Under the Curve* (AUC).

Considerando a revisão da literatura realizada, e com base na comparação entre o grupo de estudo e o grupo de comparação, são colocadas as seguintes hipóteses:

H1: Grupo de estudo obtém pontuações mais elevadas em todas as subescalas e a escala global da EDAH em comparação com o Grupo de comparação.

H2: Grupo de estudo obtém pontuações mais elevadas em todos os itens da EDAH em comparação com o Grupo de comparação.

H3: As subescalas e a escala global da EDAH estão associadas entre si.

H4: As subescalas e a escala global da EDAH estão associadas às subescalas e à escala global da Escala de Conners para professores.

H5: Os sintomas de hiperatividade e déficit de atenção estão associados a problemas de comportamento e/ou a comportamentos de oposição.

H6: O grupo de estudo pontua acima do percentil 95 em todas as subescalas da EDAH.

Metodologia

Amostra

A presente investigação incluiu duas amostras: uma amostra clínica constituída por crianças diagnosticadas com PHDA (N=34) e uma amostra de comparação, de crianças da comunidade (N=34), num total de 68 participantes. Para facilitar o entendimento dos resultados, o grupo de crianças com diagnóstico de PHDA será denominado de Grupo de Estudo (GE) e o grupo de crianças da comunidade será denominado de Grupo de Comparação (GC). A tabela 1 caracteriza os participantes de acordo com o sexo, idade, ano de escolaridade, região e zona geográficas. Como se pode verificar, os dois grupos são equivalentes quanto às principais características sociodemográficas.

Tabela 1: Descrição das variáveis sociodemográficas para os dois grupos

Variável		Amostra total (N=68)		GE (N=34)		GC (N=34)	
		%	N	%	N	%	N
Sexo	Masculino	88,2	60	88,2	30	88,2	30
	Feminino	11,8	8	11,8	4	11,8	4
Idade	6 anos	5,9	4	5,9	2	5,9	2
	8 anos	14,7	10	14,7	5	14,7	5
	9 anos	17,6	12	17,6	6	17,6	6
	10 anos	20,6	14	20,6	7	20,6	7
	11 anos	20,6	14	20,6	7	20,6	7
	12 anos	20,6	14	20,6	7	20,6	7
Ano	1º	5,9	4	5,9	2	5,9	2
Escolar	2º	2,9	2	2,9	1	2,9	1
	3º	14,7	10	14,7	5	14,7	5
	4º	20,6	14	20,6	7	20,6	7
	5º	29,4	20	29,4	10	29,4	10
	6º	26,5	18	26,5	9	26,5	9
Região	Norte	64,7	44	64,7	22	64,7	22
	Centro	35,3	24	35,3	12	35,3	12
Zona	Litoral	88,2	60	88,2	30	88,2	30
	Interior	11,8	8	11,8	4	11,8	4

Pode constatar-se que, relativamente ao género, cada grupo é constituído por 30 crianças do sexo masculino (88,2%) e 4 crianças do sexo feminino (11,8%), o que traduz a realidade de género da PHDA, que aponta para uma maior incidência no género masculino do que no género feminino, numa proporção que oscila entre 2:1 e 9:1 (APA, 2002). No que diz respeito ao ano de escolaridade, observa-se que, para ambos os grupos, 5,9% (N=2) das crianças frequentam o 1º ano de escolaridade, 2,9% (N=1) frequenta o 2º ano, 14,7% (N=5) frequenta o 3º ano, 20,6% (N=7) frequenta o 4º ano, 29,4% (N=10) frequenta o 5º ano e 26,5% (N=9) frequenta o 6º ano. No que concerne à idade das crianças, variaram entre os 6 e os 12 anos (M=9,91; DP=1,676) para cada um dos grupos. Dos participantes de cada grupo, 2 tinham 6 anos (5,9%), 5 tinham 8 anos (14,7%), 6 tinham 9 anos (17,6%), 7 tinham 10 anos (20,6%), 7 tinham 11 anos (20,6%) e 7 tinham 12 anos (20,6%). Em relação à região geográfica, em cada grupo, observa-se que 64,7% (N=22) dos participantes vivem na região norte e 35,3% (N=12) vivem na região centro, sendo que 88,2% (N=30) vivem na zona litoral e 11,8% (N=4) vivem na zona interior.

Instrumentos

Apresentam-se de seguida os instrumentos utilizados na recolha dos dados da amostra, baseando-se esta seleção na concordância com o trabalho dos autores na aferição da escala original.

- Escala de Avaliação da Perturbação por Défice de Atenção com hiperatividade – EDAH (versão original: Anna Farré Riba e Juan Narbona Garcia, 2003; versão portuguesa: Gomes et al, 2010; C. Lopes, 2009)

A EDAH tem como objetivo a recolha de informações sobre o comportamento da criança. Consiste num método estruturado de observação, composto por vinte questões fechadas às quais o professor responde tendo em atenção o comportamento da criança durante os últimos seis meses. O professor deve indicar com que frequência ocorre o comportamento descrito para a criança em causa, de acordo com uma escala onde (A), (B), (C) e (D) correspondem respetivamente aos termos (nada), (pouco), (moderadamente) e (muito). Os autores apresentam assim uma escala de 20 itens, com duas subescalas de dez itens cada uma: 1. *Hiperatividade/Défice de Atenção* (HI+DA) e 2. *Problemas de Comportamento* (PC). Por sua vez, a primeira subescala decompõe-se

também em duas subescalas, com cinco itens cada: *Hiperatividade-impulsividade* (HI) e *Défice de Atenção* (DA).

- Escala de Conners para professores – Versão Revista (Forma reduzida) (versão original: Keith Conners, 1997; versão portuguesa: Ana Nascimento Rodrigues, 2005)

A Escala de Conners para professores – versão revista (forma reduzida) está organizada em 28 itens relativos a várias características típicas da PHDA, e a outras que lhe estão associadas, como a oposição, a irrequietude e a desatenção (Rodrigues, 2005). O professor deve indicar com que frequência ocorre o comportamento descrito para a criança em causa, de acordo com uma escala Lickert de 4 pontos, onde para os valores (0), (1), (2) e (3) correspondem respetivamente os termos (nunca), (um pouco), (frequentemente) e (muito frequentemente). A escala inclui quatro subescalas que medem os Problemas de Oposição (PO), os problemas de Desatenção/Cognitivos (PD/C), os problemas de Excesso de Atividade Motora (PAM) e o Índice da PHDA (PHDA), que diz respeito às características nucleares da PHDA.

Procedimentos

Em primeiro lugar, efetuou-se um contacto com a detentora dos direitos de autor da Escala – CEGOC-TEA (Investigação e Publicações Psicológicas) de forma a solicitarmos as devidas autorizações para realizar o trabalho de dissertação. A CEGOC-TEA concedeu a autorização para utilizarmos o instrumento EDAH e, de forma a podermos dar seguimento ao projeto e formalizarmos o compromisso mútuo, foi enviado por correio, pela CEGOC-TEA o Protocolo de Colaboração (*cf. Anexo 3*), a celebrar entre os intervenientes das duas entidades envolvidas (CEGOC-TEA e Universidade de Aveiro).

De seguida foi pedida autorização à autora da versão portuguesa da Escala de Conners para professores – versão revista (forma reduzida), a Dr.^a Ana Nascimento Rodrigues, para utilizarmos a referida escala neste estudo (*cf. Anexo 4*).

Para a obtenção da amostra clínica, procedeu-se a dois métodos diferentes. Numa primeira fase, a recolha foi efetuada na Unidade de Pediatria do Desenvolvimento, no Hospital Infante D. Pedro, em Aveiro, local onde a investigadora realizou o seu estágio curricular. Neste caso, foram assinaladas todas as crianças que

preenchem os requisitos (6 aos 12 anos de idade, com frequência do 1º ao 6º ano de escolaridade, com diagnóstico clínico de PHDA e sem défice cognitivo) para participarem neste estudo e, aquando da primeira consulta de psicologia na Unidade, foi pedido aos encarregados de educação a permissão para a participação dos seus educandos nesta investigação. Após a permissão, era entregue uma ficha de consentimento informado (*cf. Anexo 7*) onde eram explicadas todas as condições de participação no estudo, sendo preenchido logo no momento. Foi pedido que levassem um envelope contendo os questionários (*cf. Anexo 5*) e uma ficha explicativa do preenchimento da EDAH (*cf. Anexo 6*) e que o entregassem aos professores dos seus educandos. Foi acordado com os encarregados de educação que numa próxima consulta devolveriam o envelope selado com os questionários preenchidos. Nesta primeira fase foram recolhidos questionários referentes a 7 participantes. Devido à morosidade deste processo, passou-se a uma segunda fase. Foi, então, solicitada a colaboração de diversos agrupamentos de escolas, situados em vários distritos do país, tendo como base alguns contactos fornecidos por psicólogos e professores conhecidos dos investigadores. Neste caso, foi pedido que os questionários fossem respondidos por todos os professores que tivessem nas suas turmas crianças entre os 6 e os 12 anos de idade, claramente diagnosticadas com PHDA e sem défice cognitivo. Procedeu-se, então, à entrega dos respetivos questionários (*cf. Anexo 5*) aos professores, juntamente com a ficha explicativa das instruções de preenchimento e dos objetivos do estudo (*cf. Anexo 6*). Foi entregue em conjunto uma ficha de consentimento informado (*cf. Anexo 7*) a ser preenchida pelos encarregados de educação da criança, e pediu-se aos professores que, em altura oportuna, entregassem essa ficha aos encarregados de educação e pedissem que a assinassem de modo a autorizarem a utilização dos dados acerca do seu educando, sendo depois tudo novamente entregue pelo professor, sendo assim garantido o anonimato da criança. Nesta fase, foram recolhidos questionários referentes a 27 participantes.

No que se refere à amostra do grupo de controlo, esta foi retirada aleatoriamente da amostra de aferição da versão portuguesa da EDAH, recolhida em 2009/2010 e conduzida no Departamento de Educação da Universidade de Aveiro (C. Lopes, 2009), respeitando as principais características sociodemográficas de cada participante do grupo de estudo. Ou seja, para cada criança com diagnóstico de PHDA, primeiro fomos identificar na base escolar todos os casos com as mesmas características em termos de sexo, idade, ano de escolaridade e zona/região de residência; de seguida, de entre o

subgrupo identificado, fomos retirar aleatoriamente um caso ou mais, dependendo do número necessário para emparelhamento com a amostra clínica (ou seja, quando tínhamos duas crianças ou mais no grupo de estudo a reunir as mesmas características sociodemográficas, retirávamos aleatoriamente um igual número de casos a partir do subgrupo escolar com as características correspondentes).

Os resultados dos questionários foram inseridos e analisados com recurso ao programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), na versão 17 para o sistema operativo *Windows*. Foram determinadas estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão e as medidas de assimetria e achatamento. Nem sempre se reuniram os pressupostos para aplicação de testes paramétricos, pelo que foram privilegiadas medidas e testes não paramétricos. Foram calculados coeficientes de correlação *Rho de Spearman* (r_s), bem como testes U de Mann-Whitney (para duas amostras independentes) na comparação dos dois grupos. Para além da significância estatística nas comparações entre os dois grupos, interessou-nos conhecer as respetivas magnitudes do efeito. Para tal, determinaram-se valores de d de Cohen através da fórmula $d = (M_1 - M_2) / \text{pooled SD}$ em que *pooled SD* é a raiz quadrada da média dos desvios-padrão ao quadrado (Cohen, 1988), sendo que valores a partir de 0.2 remetem para magnitudes baixas, a partir de 0.5 para magnitudes médias e a partir de 0.8 para magnitudes elevadas (Cohen, 1992).

Procedeu-se também à análise de curvas ROC, para definir e comparar pontos de corte e determinar as respetivas propriedades operativas associadas – sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN).

Os dois parâmetros mais importantes na validação de um instrumento de rastreio são a sensibilidade e a especificidade. A sensibilidade de um teste é a proporção de indivíduos com teste positivo na população em estudo e que são considerados doentes; a especificidade corresponde à proporção de indivíduos com teste negativo na população em estudo e que são considerados não doentes. (Pereira, 2008). Outros parâmetros importantes são o VPP e o VPN. O VPP é a proporção de pessoas identificadas positivamente pelo teste e que realmente têm a doença; o VPN é a proporção de pessoas identificadas negativamente pelo teste e que realmente não têm a doença (Smits et al., 2007 cit. por Pereira, 2008). Através destes parâmetros pode definir-se qual o limite mais adequado para “extrair” o máximo de potencialidades do mesmo, ou seja, estabelecer “pontos de corte” (Massano Cardoso, 2004, cit. por Pereira, 2008), conceito que pode ser definido como a posição no continuum das pontuações de um instrumento

de rastreio que divide a distribuição dos resultados entre normalidade e doença (Smits et al., 2007 cit. por Pereira, 2008).

Uma ferramenta particularmente útil na escolha do melhor ponto de corte e, portanto, para a validação de instrumentos de rastreio, é a análise de curvas ROC. Esta análise permite avaliar, definir e comparar a validade diagnóstica de uma medida (Greiner et al., 2000, cit. por Pereira, 2008), permitindo, então, a validação do teste de rastreio para diferentes níveis de morbidade e para diferentes pontos de corte e não apenas a avaliação singular da sensibilidade e especificidade de um instrumento (Farmer, 2002 cit. por Pereira, 2008).

Neste estudo foram analisados os pontos de corte definidos pelos autores (percentil 90 e 95) de forma a verificar qual a sensibilidade, especificidade, VPP e VPN para cada um deles, além da área abaixo da curva (AUC, do inglês *Area Under the Curve*). De acordo com o critério proposto por Swets (1988), pode admitir-se os seguintes valores na apreciação da AUC: $AUC \leq 0.5$: não informativa; $0.7 < AUC < 0.9$: precisão moderada; $0.9 < AUC < 1$: precisão elevada; $AUC=1$: testes perfeitos. A AUC corresponde à probabilidade de um indivíduo aleatoriamente selecionado da amostra de positivos ter uma pontuação superior a um indivíduo aleatoriamente selecionado da amostra de negativos (Hanley e McNeil, 1982, cit. por Pereira, 2008).

Resultados

Começou por fazer-se uma análise descritiva da escala global e subescalas da EDAH de forma a verificar se estaríamos perante uma distribuição normal para cada uma delas.

Tabela 2: Estatística descritiva por subescala e escala global para a amostra total (N=68)

	HI	DA	PC	HI+DA	EDAH
M	7,34	8,12	11,40	15,46	26,85
DP	4,76	4,31	8,26	8,28	16,15
Md	7,5	8,5	12	16	29
Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Máximo	15,00	15,00	25,00	29,00	54,00
Assimetria	-0,04	-0,33	-0,14	0,11	-0,03
Curtose	-1,23	-0,96	-1,27	-1,11	-1,22

Como nem todas as distribuições obedecem aos parâmetros da curva normal (nas subescalas *Hiperatividade* (H), *Problemas de Comportamento* (PC) e *Hiperatividade /*

Défice de Atenção (HI+DA) e na escala global (EDAH) verificam-se valores de curtose inferiores a -1), nas análises subsequentes privilegiou-se a mediana como medida de tendência central e a utilização de testes não paramétricos. Contudo, serão também indicados os valores das médias e desvios-padrão, para facilitar a comparação dos resultados deste estudo com os resultados do estudo original (Farré & Narbona, 2003; Gomes et al., 2010).

Para testar as diferenças entre os dois grupos (GE *versus* GC) utilizou-se, então, a prova estatística Mann-Whitney, teste não paramétrico para duas amostras independentes. Este teste compara o centro de localização das duas amostras, como forma de detetar diferenças entre as duas populações correspondentes.

Tabela 3: Comparação das pontuações total e nas subescalas, entre o grupo de estudo e o grupo de comparação.

		GE	GC	U	<i>p</i>
HI	Md	10	4	237,50	.000
	M	9,74	4,94		
	DP	4,07	4,18		
	Min	2,00	0,00		
	Max	15,00	14,00		
DA	Md	11	5	243,50	.000
	M	10,32	5,91		
	DP	3,04	4,29		
	Min	4,00	0,00		
	Max	15,00	14,00		
PC	Md	16	5	172,50	.000
	M	16,35	6,44		
	DP	6,97	6,27		
	Min	1,00	0,00		
	Max	25,00	22,00		
HI+DA	Md	22	8,5	198,50	.000
	M	20,06	10,85		
	DP	6,36	7,41		
	Min	6,00	0,00		
	Max	29,00	28,00		
EDAH	Md	38	13	171,50	.000
	M	36,41	17,29		
	DP	12,81	13,30		
	Min	7,00	0,00		
	Max	54,00	50,00		

Como seria de esperar, o grupo de estudo obteve resultados médios e medianos superiores em todas as subescalas e escala global, sendo todos eles estatisticamente significativos. Em relação à subescala *Hiperatividade* (HI), o grupo de estudo apresentou uma mediana de 10, enquanto o grupo de comparação apresentou uma mediana de 4. Em relação à subescala *Défice de Atenção* (DA), o grupo de estudo apresentou uma mediana de 11, enquanto o grupo de comparação apresentou uma mediana de 5. Em relação à escala *Problemas de Comportamento* (PC), o grupo de estudo apresentou uma mediana de 16, enquanto o grupo de comparação apresentou uma mediana de 5. Relativamente à subescala *Hiperatividade / Déficit de Atenção* (HI+DA), o grupo de estudo apresentou uma mediana de 22, enquanto o grupo de comparação apresentou uma mediana de 8,5. Em relação à escala global, o grupo de estudo apresentou uma mediana de 38, enquanto o grupo de comparação apresentou uma mediana de 13.

Tão ou mais importante que averiguar se existem ou não diferenças entre grupos, é a determinação da magnitude do efeito correspondente a cada diferença. Para tal, recorreu-se à determinação de valores de *d* de Cohen para apreciar a magnitude das diferenças encontradas entre os dois grupos. Em todos os casos, aplicando os critérios de Cohen (1988), os valores remetem para magnitudes elevadas: $d=1.17$ na subescala *Hiperatividade*, $d=1.01$ na subescala *Défice de Atenção*, $d=1.14$ na subescala *Hiperatividade/Défice de Atenção* e $d=1.29$ na subescala *Problemas de Comportamento*.

De seguida procedeu-se à realização do Teste de Mann-Whitney para testar as diferenças entre grupos em cada um dos itens da EDAH.

Tabela 4: Comparação das pontuações dos itens entre o grupo de estudo e o grupo de comparação

		GE	GC	U	<i>p</i>			GE	GC	U	<i>p</i>
Item 1	Md	2	1,5	340,50	.002	Item 11	Md	1	0	241,50	.000
	P25	1,00	0,00		P25		1,00	0,00			
	P75	3,00	2,00		P75		2,00	1,00			
	(M)	2,15	1,35		(M)		1,50	0,44			
	Min	0	0		Min		0	0			
	Max	3	3		Max		3	2			
Item 2	Md	2	1	374,00	.009	Item 12	Md	2	0	284,00	.000
	P25	1,00	0,00		P25		1,00	0,00			
	P75	3,00	2,00		P75		2,25	1,25			

	(M)	1,88	1,18		
	Min	0	0		
	Max	3	3		
	Md	2	1	304,00	.001
Item 3	P25	1,00	0,00		
	P75	3,00	2,00		
	(M)	2,00	1,06		
	Min	0	0		
	Max	3	3		
	Md	3	1,5	266,50	.000
Item 4	P25	2,00	1,00		
	P75	3,00	2,25		
	(M)	2,56	1,56		
	Min	1	0		
	Max	3	3		
	Md	2	0,5	201,00	.000
Item 5	P25	1,00	0,00		
	P75	2,00	1,00		
	(M)	1,74	0,65		
	Min	0	0		
	Max	3	3		
	Md	2	1	247,00	.000
Item 6	P25	2,00	0,00		
	P75	3,00	2,00		
	(M)	2,06	1,00		
	Min	0	0		
	Max	3	3		
	Md	2	1	270,50	.000
Item 7	P25	1,00	0,75		
	P75	3,00	2,00		
	(M)	2,15	1,18		
	Min	0	0		
	Max	3	3		
	Md	2	1	328,00	.002
Item 8	P25	1,00	0,00		
	P75	3,00	2,00		
	(M)	1,94	1,06		
	Min	0	0		
	Max	3	3		
	Md	1	0	343,00	.002
Item 9	P25	0,00	0,00		
	P75	2,00	1,00		
	(M)	1,18	0,47		
	Min	0	0		
	Max	3	2		
Item 10	Md	2	0	263,50	.000
	P25	1,00	0,00		

	(M)	1,65	0,71		
	Min	0	0		
	Max	3	2		
	Md	2	1	369,00	.008
Item 13	P25	0,75	0,00		
	P75	3,00	2,00		
	(M)	1,76	1,00		
	Min	0	0		
	Max	3	3		
	Md	2	0,5	232,00	.000
Item 14	P25	1,00	0,00		
	P75	3,00	1,00		
	(M)	1,85	0,74		
	Min	0	0		
	Max	3	3		
	Md	2	0	250,00	.000
Item 15	P25	1,00	0,00		
	P75	2,25	1,00		
	(M)	1,74	0,65		
	Min	0	0		
	Max	3	2		
	Md	2	1	290,00	.000
Item 16	P25	1,00	0,00		
	P75	2,00	1,00		
	(M)	1,68	0,79		
	Min	0	0		
	Max	3	3		
	Md	2	1	233,50	.000
Item 17	P25	1,00	0,00		
	P75	3,00	2,00		
	(M)	2,09	0,88		
	Min	0	0		
	Max	3	3		
	Md	1	0	275,00	.000
Item 18	P25	0,75	0,00		
	P75	2,00	1,00		
	(M)	1,35	0,44		
	Min	0	0		
	Max	3	2		
	Md	2	1	300,50	.000
Item 19	P25	1,00	0,00		
	P75	2,00	2,00		
	(M)	1,79	0,94		
	Min	0	0		
	Max	3	3		
Item 20	Md	1	0	205,50	.000
	P25	1,00	0,00		

P75	3,00	2,00	P75	2,00	1,00
(M)	1,79	0,74	(M)	1,56	0,47
Min	0	0	Min	0	0
Max	3	3	Max	3	2

A comparação por grupos dos resultados em cada um dos itens da EDAH aponta para diferenças estatisticamente significativas em todos os casos, sendo que o grupo de estudo obteve resultados medianos e médios superiores em todos eles. Para se conhecer a magnitude destas diferenças. Determinou-se ainda valores de d de Cohen. Aplicando os critérios de Cohen (1988), pode falar-se de magnitudes moderadas no caso de três itens (itens 1, 2 e 6, com valores de d de Cohen de .79, .65 e .69, respetivamente) e de magnitudes elevadas nos restantes dezassete itens da escala (valores de d de Cohen superiores a .8, variando entre um mínimo de .83 e 1.40).

De seguida, foram determinadas correlações da escala global e subescalas da EDAH entre si, bem como destas com a escala global e as subescalas de Conners, utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Os coeficientes podem assumir valores entre -1 e 1, onde o -1 corresponde a uma associação negativa perfeita, o 1 corresponde a associação positiva perfeita e o 0 à inexistência de uma relação linear. Primeiro, efetuaram-se correlações entre as subescalas da EDAH, inserindo nesta análise o grupo de estudo e o grupo de comparação (N=68). Na tabela 5 são apresentadas essas intercorrelações.

Tabela 5: Intercorrelações entre as subescalas da EDAH

		HI	DA	HI+DA
PC	Coef.	0,879***	0,787***	0,909***
DA	Coef.	0,676***		

***. Correlação significativa ao nível de 0,001.

Verificou-se através da análise da tabela 5, que todos os coeficientes são considerados elevados (Cohen, 1992) e estatisticamente significativos. Na análise das intercorrelações considerou-se apenas a relação entre as medidas consideradas simples (i.e., HI, DA e PC) pois entre estas não há repetição de itens, o que torna possível apreciar as relações entre si sem que os coeficientes estejam indevidamente sobrestimados por itens em comum (em contraste, as correlações que envolvem a

subescala HI+DA e a Escala Global são tendencialmente mais elevadas, pois ficam naturalmente inflacionadas pelos itens que partilham, cf. Gomes et al. (2010)). Quanto à subescala HI+DA examinámos somente a sua correlação com a subescala PC, dado que não existem itens comuns entre ambas.

Como se observa na Tabela 5, a subescala *Hiperatividade* (HI) e a escala *Problemas de Comportamento* (PC) são as que apresentam o maior coeficiente de correlação (.879). A correlação entre a subescala *Problemas de Comportamento* (PC) e a subescala *Défice de Atenção* (DA) apresenta também uma magnitude elevada (.787). As subescalas menos correlacionadas entre si são *Hiperatividade* (H) e *Défice de Atenção* (DA) (.676), ainda assim um valor considerado elevado (Cohen, 1992). Deve ainda referir-se a relação entre a subescala *Problemas de Comportamento* (PC) e a subescala *Hiperatividade/Défice de Atenção* (HI+DA), verificando-se um coeficiente de correlação muito elevado (.909).

De seguida, foram efetuadas correlações entre as subescalas e a escala global da EDAH e as subescalas e escala global da Escala de Conners, inserindo nesta análise apenas o grupo de estudo (GE), uma vez que apenas estes participantes responderam a ambos os questionários (N=34). Foi realizada esta análise de forma a verificar a validade convergente da EDAH. Um teste tem validade convergente se mostrar correlação alta com um teste que mede um constructo teoricamente relacionado ao que o teste pretende medir (Campbell & Fiske, 1959, cit. por Pasquali, 2007).

Tabela 6: Correlações entre subescalas e escalas globais da EDAH e da Escala de Conners

		HI	DA	PC	HI+DA	EDAH
PO	Coef.	0,795***	0,351*	0,788***	0,640***	0,745***
PD/C	Coef.	0,360*	0,716***	0,446**	0,579***	0,566***
PAM	Coef.	0,918***	0,494**	0,733***	0,799***	0,795***
PHDA	Coef.	0,849***	0,655***	0,703***	0,849***	0,796***
Conners	Coef.	0,882***	0,692***	0,810***	0,885***	0,885***

***. Correlação significativa ao nível de 0,001.

**. Correlação significativa ao nível de 0,01.

*. Correlação significativa ao nível de 0,05.

Através da análise da tabela 6, constatou-se a existência de correlações significativas entre todas as escalas e subescalas. No entanto, para a análise da validade

convergente, só importa referir algumas delas. Assim sendo, em relação à subescala *Défice de Atenção* (DA) da EDAH, verificou-se uma correlação com um coeficiente de 0,716 com a subescala *Problemas de desatenção/cognitivos* (PD/C) da Escala de Conners. Em relação à subescala *Hiperatividade/Défice de Atenção* (HI+DA) da EDAH e à subescala *Índice de PHDA* da Escala de Conners, observou-se um coeficiente de correlação de 0,849 e em relação às escalas globais, verificou-se, também, que estão fortemente relacionadas (EDAH e Conners=0,885).

De seguida, foi feito um cruzamento entre a presença de diagnóstico de PHDA e o número de casos, em cada grupo, com pontuações acima e abaixo de determinados pontos de corte nas várias subescalas da EDAH. Assim, resultados elevados na subescala *Hiperatividade* (HI) (i.e., acima do percentil 90 ou 95) levantam suspeita de risco moderado ou elevado de PHDA do Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo. Resultados elevados na subescala *Défice de Atenção* (DA) (i.e., acima do percentil 90 ou 95) levantam suspeita de risco moderado ou elevado de PHDA do Tipo Predominantemente Desatento. Caso os resultados obtidos nas subescalas *Hiperatividade* (HI) e *Défice de Atenção* (DA) ou na subescala *Hiperatividade / Défice de Atenção* (HI+DA) atinjam as zonas de risco deve colocar-se a possibilidade de diagnóstico de PHDA de Tipo Misto (apenas quando ambas as subescalas alcançaram valores percentílicos iguais ou superiores a 90 se coloca a hipótese de PHDA de Tipo Misto). A presença ou ausência de resultados elevados na subescala *Problemas de Comportamento* (PC), em conjunto com os resultados obtidos nas subescalas *Hiperatividade* (HI) e *Défice de Atenção* (DA), ajudará a dar pistas que permitam decidir, com base na avaliação completa do caso, sobre se a criança avaliada apresenta: PHDA com alguns sintomas de comportamentos disruptivos; comorbidade com PHDA e outra Perturbação de Comportamento Disruptivo; ou uma outra perturbação, que não a PHDA, responsável pelos sintomas (Gomes et al., 2010)

Tendo por base critérios estatísticos e epidemiológicos, Farré e Narbona (2003) definiram pontos de corte que delimitam diferentes níveis de risco de PHDA. Tais pontos de corte têm em consideração determinados intervalos de resultados da escala padronizada utilizada - neste caso a percentílica - e poderão ser utilizados nas situações de diagnóstico: risco elevado, se os resultados brutos corresponderem a um percentil ≥ 95 ; risco moderado, se os resultados brutos corresponderem a um percentil entre 90 e 94; risco reduzido, se os resultados brutos corresponderem a um percentil < 90 . Quanto maior o risco, maior a probabilidade da criança poder ter a perturbação. Ou seja, se o

resultado padronizado de uma criança se situar acima do percentil 95, terá maior probabilidade ou risco de ter PHDA do que se apresentar um resultado abaixo do percentil 90. Na nossa análise, o risco apresentado foi identificado tendo em conta as tabelas de normas portuguesas por sexo e idade (Gomes et al., 2010).

Tabela 7: Distribuição das crianças pelos níveis de risco (pontos de corte nas subescalas da EDAH) para o grupo de estudo e o grupo de comparação

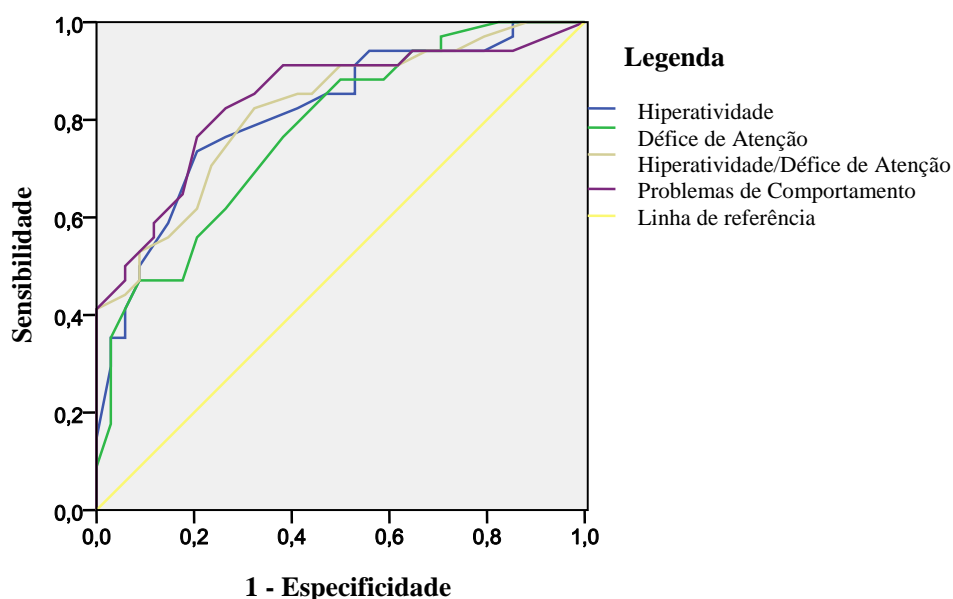
Subescala	Risco	GE		GC		Amostra total	
		%	N	%	N	%	N
Hiperatividade	Reduzido	41,2	14	85,3	29	63,2	43
	Moderado	23,5	8	8,8	3	16,2	11
	Elevado	35,3	12	5,9	2	20,6	14
	Total	100,0	34	100,0	34	100,0	68
Défice de Atenção	Reduzido	44,1	15	79,4	27	61,8	42
	Moderado	14,7	5	14,7	5	14,7	10
	Elevado	41,2	14	5,9	2	23,5	16
	Total	100,0	34	100,0	34	100,0	68
Hiperatividade / Défice de Atenção	Reduzido	38,2	13	79,4	27	58,82	40
	Moderado	14,7	5	11,8	4	13,24	9
	Elevado	47,1	16	8,8	3	27,94	19
	Total	100,0	34	100,0	34	100,00	68
Problemas de Comportamento	Reduzido	35,3	12	82,4	28	58,8	40
	Moderado	17,6	6	14,7	5	16,2	11
	Elevado	47,1	16	2,9	1	25,0	17
	Total	100,0	34	100,0	34	100,0	68

Assim sendo, verificou-se que, para o risco de PHDA do tipo predominantemente hiperativo-impulsivo, no grupo de estudo 41,2% dos participantes apresentaram risco reduzido, 23,5% apresentaram risco moderado e apenas 35,3% apresentaram risco elevado. Já no grupo de comparação verifica-se um número mais elevado de participantes que apresentaram risco reduzido (85,3%). Para o risco de PHDA do tipo predominantemente desatento, no grupo de estudo verificou-se que 44,1% dos participantes apresentaram risco reduzido, 14,7% apresentaram risco moderado e 41,2% apresentaram risco elevado, enquanto no grupo de comparação 79,4% apresentaram risco reduzido. Em relação ao risco de PHDA do tipo misto, no grupo de estudo 38,2% apresentaram risco reduzido, 14,7% apresentaram risco moderado e 47,1% apresentaram risco elevado, enquanto no grupo de comparação

79,4% apresentaram risco reduzido. Por fim, na subescala *Problemas de Comportamento*, 47,1% dos participantes do grupo de estudo apresentaram risco elevado, podendo indicar PHDA com alguns sintomas de comportamentos disruptivos, comorbilidade com PHDA e outra Perturbação de Comportamento Disruptivo ou uma outra perturbação, que não a PHDA, responsável pelos sintomas, nestes participantes. No grupo de comparação, verificou-se um risco reduzido em 82,4% dos participantes.

De seguida, determinaram-se Curvas ROC, bem como valores de especificidade, de sensibilidade, de VPP e de VPN para os pontos de corte definidos pelos autores originais (i.e. percentil 90 e 95) nas diversas subescalas (Farré & Narbona, 2003), além da AUC de cada uma delas. Na Figura 1 podem visualizar-se as curvas ROC obtidas para as várias subescalas da EDAH.

Figura 1: Curvas de ROC das subescalas da EDAH



Passamos a apresentar os resultados numéricos detalhados respeitantes a cada curva separadamente. Na tabela 8, apresentam-se a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo associados aos pontos de corte definidos pelos autores originais (i.e., percentis 90 e 95), tomando os valores das crianças portuguesas (cf. Gomes et al., 2010) para cada subescala.

Tabela 8: Pontos de corte e probabilidades condicionais da EDAH para cada um das subescalas

Subescala	Ponto de Corte	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	VPP (%)	VPN (%)
Hiperatividade	90	58,8	85,3	80,0	67,4
	95	35,3	94,1	85,7	59,3
Défice de Atenção	90	55,9	79,4	73,1	64,3
	95	41,2	94,1	87,5	61,5
Hiperatividade / Défice de Atenção	90	61,8	79,4	75,0	67,5
	95	47,1	91,2	84,2	63,3
Problemas de Comportamento	90	64,7	82,4	78,6	70,0
	95	47,1	97,1	94,1	64,7

Verifica-se, através da análise da tabela 8, que quanto mais específicas são as subescalas, menos sensíveis elas são, apresentando para cada ponto de corte, uma especificidade superior à sensibilidade. Verifica-se ainda que o VPP é sempre superior ao VPN, ou seja, a proporção de crianças identificadas positivamente pelo teste e que realmente têm a doença é superior à proporção de crianças identificadas negativamente pelo teste e que realmente não têm a doença (Smits et al., 2007 cit. por Pereira, 2008).

Apresenta-se, de seguida, a AUC de cada subescala, de forma a verificar qual a sua precisão.

Tabela 9: AUC (Area Under the Curve) de cada subescala

Subescala	Hiperatividade	Défice de Atenção	Hiperatividade / Défice de Atenção	Problemas de Comportamento
AUC	.813	.777	.821	.840
Erro padrão	.052	.055	.050	.049
<i>P</i>	.000	.000	.000	.000
IC 95%	.711-.915	.668-.885	.723-.919	.743-.937

Ao nível da AUC, observando-se a tabela 9, verificam-se valores de precisão moderada, em alguns casos muito próximos da precisão elevada.

Assim sendo, para cada um dos riscos, e tendo em conta os dois pontos de corte, podemos analisar o número de participantes de ambos os grupos que teriam ou não o risco de ter a perturbação.

Tabela 10: Número de participantes do grupo de estudo e do grupo de comparação detetados considerando dois pontos de corte diferentes para cada uma das subescalas

Subescalas	Pontos de Corte	GE (N=34)	GC (N=34)
Hiperatividade	≥90	20	5
	<90	14	29
	≥95	12	2
	<95	22	32
Défice de Atenção	≥90	19	7
	<90	15	27
	≥95	14	2
	<95	20	32
Hiperatividade/ Défice de Atenção	≥90	21	7
	<90	13	27
	≥95	16	3
	<95	18	31
Problemas de Comportamento	≥90	22	6
	<90	12	28
	≥95	16	1
	<95	18	33

A partir da análise da tabela 10, pode observar-se que, nas diversas subescalas, considerando-se o percentil 95 como ponto de corte (considerado pelos autores originais como o ponto de corte que separa a normalidade da presença de patologia), uma parte considerável dos participantes incluídos no grupo de estudo não pontuam acima do ponto de corte. Já no grupo de comparação verifica-se que um número muito reduzido de participantes pontuou acima deste. Já considerando o percentil 90 como ponto de corte, pode verificar-se que, nas diversas subescalas, o número de crianças do grupo de estudo que pontuaram acima do ponto de corte aumenta, mas o número de crianças do grupo de comparação aumenta também.

No anexo 8 são apresentados os valores de sensibilidade e especificidade correspondentes a outras pontuações percentílicas (de acordo com a análise ROC realizada através do SPSS). Através desta análise, que realizámos somente a título exploratório, podemos perceber como seria a sensibilidade e a especificidade da EDAH caso fossem adotados outros pontos de corte. Globalmente falando, parece que adotando pontos de corte correspondentes a pontuações iguais ou superiores a 75, a sensibilidade aumentaria bastante relativamente aos pontos de corte de 90 e 95 que têm sido usados tendo em conta as recomendações de Farré e Narbona, embora com perdas de especificidade, ou seja: grosso modo, 70 a 80% dos “verdadeiros positivos” do grupo de

estudo seriam detetados, mas por outro lado, passaria a haver 25 a 35% (grosso modo) de “falsos positivos” no grupo de comparação.

Discussão

Na presente investigação pretendemos apresentar alguns contributos para a validação da Escala para Avaliação do Distúrbio de Défice de Atenção com Hiperatividade (EDAH), numa tentativa de aumentar o conhecimento acerca dos instrumentos para o complemento do diagnóstico, disponíveis para a população portuguesa. Recorreu-se a questionários referentes aos sintomas de hiperatividade e/ou défice de atenção das crianças que foram preenchidos pelos professores. O procedimento passou ainda pela análise da EDAH individualmente num grupo clínico e num grupo escolar de comparação (emparelhados por sexo, idade, ano de escolaridade e zona/região geográfica) e pela comparação desta com a Escala de Conners para professores.

Observou-se nos nossos resultados que os participantes com diagnóstico de PHDA obtiveram pontuações nas subescalas de *Hiperatividade* (M=9,7), *Défice de Atenção* (M=10,3), *Problemas de Comportamento* (M=16,3), *Hiperatividade e Défice de Atenção* (M=20,1) e na Escala Global (M=36,4) significativamente superiores aos participantes do grupo de comparação (M=4,9), (M=5,9), (M=6,4), (M=10,9) e (M=17,3), respetivamente. Em relação aos valores do grupo com diagnóstico também os autores originais chegaram às mesmas conclusões, com diferenças mínimas entre os nossos resultados e os originais. Comparando os resultados do GE com os resultados dos autores originais relativamente ao “grupo DSM-IV” (grupo com diagnóstico no estudo original) observam-se resultados próximos em todas as subescalas e na escala global. Em relação à subescala *Hiperatividade* (HI), o grupo de estudo teve uma média de 9,7, enquanto no estudo original, o grupo DSM-IV teve uma média de 10,7. Em relação à subescala *Défice de Atenção* (DA), o grupo de estudo teve uma média de 10,3, enquanto no estudo original, o grupo DSM-IV teve uma média de 11,7. Em relação à subescala *Problemas de Comportamento* (PC), o grupo de estudo teve uma média de 16,4, enquanto no estudo original, o grupo DSM-IV teve uma média de 14,8. Em relação à subescala *Hiperatividade / Défice de Atenção* (HI+DA), o grupo de estudo teve uma média de 20,1, enquanto no estudo original, o grupo DSM-IV teve uma média de 22,4. Em relação à escala global, o grupo de estudo teve uma média de 36,4, enquanto no estudo original, o grupo DSM-IV teve uma média de 37,2. Em todos os

casos, aplicando os critérios de Cohen (1988), os valores remeteram para magnitudes elevadas, ou seja, pode dizer-se que, para todas elas, os tamanhos dos efeitos são elevados. Comparando os resultados do GC com os resultados dos autores originais relativamente à amostra total observaram-se também resultados semelhantes na escala global e nas subescalas (Farré & Narbona, 2003).

Efetuamos uma análise extra, comparando os resultados dos dois grupos para cada item da EDAH. Não existem valores de comparação no estudo original para esta análise mas, como seria de esperar tendo em consideração os resultados obtidos na comparação entre grupos em todas as subescalas e na escala global da EDAH, o grupo de estudo obteve resultados médios e medianos superiores em todos os itens, sendo estes resultados estatisticamente significativos para qualquer dos itens considerados. Também nesta análise se verificou que todos os itens apresentaram magnitudes elevadas, à exceção de três dos itens, que apresentaram magnitudes moderadas (Cohen, 1988). Podemos então concluir que cada item da escala é válido e possui capacidade discriminativa, ou seja, cada item por si só é capaz de diferenciar entre o GE e o GC.

Relacionando a escala global e as subescalas da EDAH verificou-se a existência de correlações significativas entre todas elas. No entanto, só se consideraram relevantes os coeficientes entre as subescalas compostas por itens distintos entre si. Verificou-se que a *hiperatividade* (HI) e os *problemas de comportamento* (PC) são as que apresentam o maior coeficiente de correlação (HI e PC=0,879), valor muito próximo do encontrado pelos autores originais, com um coeficiente de 0,859. Já em relação às subescalas *défice de atenção* (DA) e *problemas de comportamento* (PC) verificou-se uma correlação elevada (DA e PC=0,787), valor inferior ao encontrado pelos autores originais, com um coeficiente de 0,883. As subescalas que menos se correlacionam são a *hiperatividade* e o *défice de atenção*, com um valor de 0,676, ainda assim elevado (Cohen, 1992). Este coeficiente é superior ao valor de 0,519 encontrado no estudo conduzido por Farré e Narbona (2003), no entanto apresenta-se como a menor correlação encontrada, tal como no estudo original. Tal resultado parece apoiar a subdivisão da PHDA nos subtipos predominantemente desatento e predominantemente hiperativo-impulsivo, os quais, embora possam ser distinguidos, encontram-se também relacionados uma vez que fazem parte da mesma entidade diagnóstica. Pode ainda referir-se a relação entre a subescala *Problemas de Comportamento* (PC) e a subescala *Hiperatividade/Défice de Atenção* (HI+DA), verificando-se um coeficiente de correlação muito elevado (.909) demonstrando a forte associação entre a PHDA e os

problemas de comportamento (Barkley, 2007; Farré & Narbona, 2003). Esta associação remete para eventuais situações de comorbilidade e parece consistente com o grupo de Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice de Atenção considerado pelo DSM-IV-TR (APA, 2002).

Quanto às correlações entre a escala global e as subescalas referidas anteriormente e as subescalas e escala global da Escala de Conners verificaram-se correlações significativas entre todas elas. Assim sendo, em relação à subescala *Défice de Atenção* (DA) da EDAH, verificou-se uma correlação com um coeficiente de 0,716 com a subescala *Problemas de desatenção/cognitivos* (PD/C) da Escala de Conners. Em relação à subescala *Hiperatividade/Défice de Atenção* (HI+DA) da EDAH e à subescala *Índice de PHDA* da Escala de Conners, observou-se um coeficiente de correlação de 0,849 e em relação às escalas globais, verificou-se, também, que estão fortemente relacionadas (EDAH e Conners=0,885). Estas correlações são consideradas elevadas (Cohen, 1992), o que demonstra a validade convergente da EDAH (Campbell & Fiske, 1959, cit. por Pasquali, 2007). Verifica-se ainda, como seria de esperar de um ponto de vista teórico, uma menor correlação e uma menor significância entre as subescalas que supostamente medem diferentes constructos (i. e. DA e PO= 0,351, $p < 0,05$).

Analisando ainda as curvas de ROC efetuadas, pode concluir-se que, para todas as subescalas e adotando os pontos de corte correspondentes aos percentis 90 e 95, a EDAH apresentou uma especificidade superior à sensibilidade. Isto significa que a escala é sobretudo capaz de considerar acertadamente como “não caso” indivíduos que realmente não têm PHDA (i.e., a EDAH deteta os “verdadeiros negativos” como tal) e que é muito pouco provável que ocorram erros do tipo “falsos positivos” (i.e., existe uma reduzida probabilidade que indivíduos que não tenham a perturbação sejam sinalizados pela EDAH como podendo tê-la). Contudo, tais vantagens surgem em detrimento da sensibilidade, ou seja, em detrimento da capacidade de detetar “verdadeiros positivos”. Com os pontos de corte adotados regista-se também uma apreciável probabilidade de ocorrência de “falsos negativos” (i.e., a perturbação não ser detetada em pessoas que realmente a têm), em ambos os pontos de corte considerados (Menezes & Santos, 1999). Os autores originais definiram o percentil 95 como o ponto de corte que separa a normalidade da presença de patologia, mas os nossos resultados apontam para que, ao nível da sensibilidade do teste, existe efetivamente uma melhoria quando se considera como ponto de corte o percentil 90, ou até mais baixo. A partir dos nossos resultados, sugerimos que valores entre os percentis 75 e 80 talvez permitam

uma melhor combinação entre sensibilidade e especificidade, aumentando a primeira para valores mais aceitáveis, uma vez que cerca de três em cada quatro crianças com PHDA passariam a ser sinalizadas pela EDAH como tendo a perturbação. Contudo, usar um ponto de corte destes exigirá cuidados aumentados respeitantes à probabilidade de ocorrência de “falsos positivos”, uma vez que cerca de uma em quatro crianças poderia ser falsamente sinalizada como podendo ter a perturbação. Consideramos que em futuros estudos se deve continuar a examinar a potencial utilidade de pontos de corte situados ao nível dos percentis 75 e 80.

Num balanço global, analisando a AUC de todas as subescalas, verifica-se que todas elas apresentam uma precisão moderada, muito aproximada da precisão elevada. Podemos, portanto, concluir que a EDAH possui uma acuidade bastante aceitável.

Considerando as várias análises efetuadas, chegou a altura de nos debruçarmos sobre as hipóteses de investigação colocadas e verificar se existe evidência suficiente, a um nível significativo a favor das mesmas:

H1: Grupo de estudo obtém pontuações mais elevadas em todas as subescalas e escala global da EDAH em comparação com o Grupo de comparação. No que concerne à primeira hipótese colocada, pode concluir-se que foi corroborada de modo geral. Tal como os autores da versão original, também nas análises efetuadas no presente estudo, o grupo de estudo apresentou valores significativamente mais elevados, comparativamente com o grupo de comparação, relativamente a todas as subescalas e escala global da EDAH.

H2: Grupo de estudo obtém pontuações mais elevadas em todos os itens da EDAH em comparação com o Grupo de comparação. Também a segunda hipótese foi globalmente corroborada. Em todos os itens da EDAH, o grupo de estudo obteve valores estatisticamente mais elevados do que o grupo de comparação.

H3: As subescalas e a escala global da EDAH estão associadas entre si. Face a esta terceira hipótese existe evidência estatística suficiente para a apoiar.

H4: As subescalas e a escala global da EDAH estão associadas às subescalas e à escala global da Escala de Conners para professores. No que concerne à quarta hipótese colocada, pode concluir-se que foi corroborada globalmente. Verificou-se que as subescalas e escalas totais de ambas as escalas estão associadas e que essas correlações são elevadas, sendo comprovada a validade convergente da EDAH.

H5: Os sintomas de hiperatividade e défice de atenção estão associados a problemas de comportamento e/ou a comportamentos de oposição. Sobressai nos resultados que

existe efetivamente uma forte correlação entre os sintomas de hiperatividade e défice de atenção e os problemas de comportamento (medidos na EDAH) e os comportamentos de oposição (medidos na Escala de Conners), o que gera frequentes confusões ou sobreposições entre ambos (Barkley, 2007; Farré & Narbona, 2003)

H6: O grupo de estudo pontua acima do percentil 95 em todas as subescalas da EDAH. Esta hipótese não foi confirmada uma vez que, a partir dos resultados obtidos, verifica-se que a sensibilidade das subescalas se situa entre os 35 e 47%, o que indica que menos de metade dos participantes do grupo de estudo pontuam acima do ponto de corte.

Este estudo representa um passo indispensável para a validação da versão portuguesa da EDAH, apresentando análises entre um grupo com o diagnóstico de PHDA e um grupo de comparação. Estes dados vêm complementar o trabalho realizado até agora pela Universidade de Aveiro e a CEGOC (cf. Gomes et al., 2010; C. Lopes, 2009), e reafirmam as qualidades psicométricas da EDAH no diagnóstico da perturbação.

Devem admitir-se, no entanto, algumas limitações deste estudo, começando pela toma de medicação de alguns dos participantes do grupo de estudo, o que obviamente diminui a intensidade dos sintomas de hiperatividade e/ou défice de atenção. Ou seja, os participantes com diagnóstico de PHDA encontravam-se em diferentes momentos da intervenção terapêutica, podendo admitir-se que alguns tinham, portanto, a sintomatologia controlada na altura em que o questionário foi preenchido. A partir dos resultados obtidos, pode colocar-se a possibilidade de alguns dos diagnósticos das crianças do grupo com PHDA terem sido mal efetuados. Além disso, também no grupo de comparação podem estar presentes crianças com o diagnóstico de PHDA, uma vez que essa amostra foi recolhida aleatoriamente, a partir de uma amostra escolar, sem se averiguar a presença ou não de perturbações psiquiátricas. Ou seja, atendendo ao método de recolha da amostra, não nos é possível afirmar com total certeza a inexistência, no grupo de controlo, de crianças com diagnósticos de PHDA ou de outra perturbação do comportamento. Este facto pode explicar os resultados referentes a este grupo, uma vez que algumas destas crianças pontuaram acima dos pontos de corte. Entretanto, estas limitações inerentes a ambos os grupos (ou seja, o facto de haver crianças com PHDA a receber tratamento e de poder haver crianças no grupo de comparação com um diagnóstico de PHDA), podem constituir-se como vantagens, no sentido de podermos admitir que os satisfatórios indicadores de validade encontrados no

presente estudo correspondem, provavelmente, a valores subestimados da validade deste instrumento. Por outras palavras, a influência que tal pode ter tido nos nossos resultados é, quanto muito, termos obtido estimativas por defeito sobre o potencial da EDAH.

Assim, pode concluir-se que a EDAH se apresenta como um instrumento potencialmente útil no diagnóstico de possíveis casos de crianças com PHDA, mas afigura-se mais eficaz na prevenção de um diagnóstico indevido, uma vez que a sua especificidade é superior à sua sensibilidade. Isto pode representar uma vantagem dada a preocupação com o excessivo número de crianças com o diagnóstico de PHDA e o acentuado aumento do número de prescrições de psicostimulantes na última década (Fernandes, n. d.), que nos leva a pensar que existem casos indevidamente diagnosticados. Ora, de acordo com os nossos resultados, usando as subescalas que compõem a EDAH, corre-se uma baixa probabilidade de cometer erros do tipo “falsos positivos”.

Podemos ainda referir que o ponto de corte poderá ser definido consoante o objetivo do profissional de saúde. Deverão ser utilizados testes com alta sensibilidade para afastar outras doenças na fase inicial de diagnóstico ou no rastreio da doença na população e deverão ser utilizados testes com alta especificidade para confirmar um diagnóstico sugerido por outros testes com menor especificidade (Goulart & Chiari, 2007). Assim, consoante cada caso específico, poder-se-ia optar entre o percentil 90 ou 95 como ponto de corte. No caso de se pretender uma sensibilidade ainda mais elevada, as nossas análises levam-nos a sugerir que se tenha em conta o percentil 75 como indicador de possível presença de PHDA, mas sem nunca esquecer o aumento da probabilidade de surgimento de “falsos positivos” caso este ponto de corte seja adotado.

A EDAH apresenta-se então como um complemento de diagnóstico, que poderá não só sinalizar crianças que possuem realmente a perturbação, mas também aquelas que, apesar de não cumprirem todos os critérios de diagnóstico, necessitam de alguma atenção. Assim sendo, não devem ser descuradas as crianças que se aproximem do ponto de corte estabelecido.

Pensámos ainda que o preenchimento da EDAH deveria ser também alargado à família, possibilidade que ainda não foi examinada por Farré e Narbona. Tal como é referido no DSM-IV-TR (APA, 2002), devem existir dois contextos (por exemplo casa e escola) para que se possa considerar a hipótese de PHDA. Farré e Narbona (2003) justificam que os professores têm uma visão mais precisa da realidade e dos comportamentos do aluno, contribuindo portanto para um diagnóstico mais fidedigno.

Apesar da justificação válida dos autores, considerámos que, se este estudo tivesse sido alargado às famílias, teríamos certamente uma amostra mais reduzida mas, em contrapartida, poderíamos ter obtido dados comparativos, conducentes a uma análise mais aprofundada da perturbação no seu todo.

Por estes motivos, pensámos que, num estudo futuro, deveriam ser apenas incluídas crianças que não estejam medicadas, ou fazer dois subgrupos com crianças com o diagnóstico de PHDA que tomam ou não medicação. Poderia ser pertinente ainda fazer uma distinção entre os subtipos da PHDA, para melhor se verificar a eficácia do questionário. Também um controlo ao nível do QI poderia ser bastante pertinente. Barkley (2006) defende que na PHDA é possível encontrar todo o contínuo de capacidade cognitiva, desde ligeiros défices cognitivos à sobredotação. Tendo isto em consideração, e sabendo que a presença de défices ao nível da inteligência pode comprometer a interpretação dos resultados, poderia ser interessante incluir na amostra apenas crianças com QI Escala completa médio ou acima da média, de forma a seguir também o estudo original de Farré e Narbona (2003). No nosso estudo foi sempre pedido que as crianças não tivessem défice cognitivo, no entanto este não foi controlado em alguns dos participantes. Na recolha da amostra clínica feita em contexto hospitalar, foram obtidos estes dados recorrendo-se à prova WISC-III, comprovando-se a inexistência de défices cognitivos, mas em contexto escolar isto não foi possível, pelo que nos é impossível comprovar se os professores tiveram em consideração este requisito. Também no grupo escolar de comparação, este controlo não foi realizado. Sugere-se ainda que, em futuros estudos, sejam recolhidas informações junto dos pais e professores dos participantes, como foi referido anteriormente.

Face aos resultados do presente estudo, pretendemos alertar para a necessidade de um cuidado acrescido dos profissionais de saúde, ao diagnosticarem uma criança com PHDA, além da importância de serem utilizados testes validados para a população portuguesa, sendo que uma adequada utilização da EDAH deve ter em conta as “Diretrizes internacionais para a utilização de testes” editada pela CEGOC-TEA (Almeida et al., 2003). Realça-se, ainda, a importância de um diagnóstico precoce, para se proceder a uma atuação atempada e assertiva, no sentido de tentar minorar as consequências resultantes da falta de controlo da impulsividade, hiperatividade e falta de atenção, características específicas de PHDA.

Bibliografia

- Almeida, L. S., Bártolo, R., A., P., Seabra-Santos, M. J., Rocha, A. M., & Simões, M. R. (2003). *Directrizes internacionais para a utilização de testes*. Lisboa: CEGOC.
- APA. (2002). *DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- APIE. (2007). Hiperactividade. Educação Diferente, from <http://edif.blogs.sapo.pt/27752.html>
- Barkley, R. (2006). *Attention-Deficit Hiperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (Third ed.). New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity disorder: Nature, course, outcomes and comorbidity. *Courses for Mental Health Professionals*. Retrieved from <http://www.continuingcourses.net/active/courses/course003.php>
- Bugalho, P., Correa, B., & Viana-Baptista, M. (2006). Papel do cerebelo nas funções cognitivas e comportamentais: Bases científicas e modelos de estudo. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 257-268.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Second ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Dobie, C., Spinner, P., Donald, W., Steiner, L., Staples, T., Huxsahl, J., . . . Heim, C. (2012). Diagnosis and Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Primary Care for School-Age Children and Adolescents. *Helth Care Guideline*.
- Farré, A., & Narbona, J. (2003). *EDAH, Evaluación del transtorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid, Espanha: TEA Ediciones.
- Fernandes, A. (2001). Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção. *Acta de Pediatria Portuguesa*, 32, 91-98.
- Fernandes, A. (n. d.). PHDA - O papel do pediatra, from <http://amrf.no.sapo.pt>
- Gomes, A. A., Lopes, C., & Silva, C. F. d. (2010). *Manual EDAH - Escalas para a Avaliação do Défice de Atenção com Hiperactividade - Adaptação Portuguesa* (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Testes Psicológicos - CEGOC-TEA, Lda.
- Goulart, B., & Chiari, B. (2007). Testes de rastreamento x testes de diagnóstico: atualidades no contexto da atuação fonoaudiológica. *Pró-fono Revista de Atualização Científica*, 19(2), 223-232.

- Lopes, C. (2009). *Escala de avaliação do distúrbio de défice de atenção/hiperactividade: Estudo para a aferição à população portuguesa*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro.
- Lopes, J. (2004). *A Hiperactividade*. Colecção Nova Era: Educação e Sociedade. Coimbra: Quarteto Editora.
- Menezes, A., & Santos, I. (1999). Curso de epidemiologia básica para pneumologistas (4ª parte - Epidemiologia clínica). *Jornal de Pneumologia*, 25(6).
- Pasquali, L. (2007). Validade dos Testes Psicológicos: Será possível reencontrar o caminho? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23, 099-107.
- Pereira, A. T. F. (2008). *Postpartum depression screening scale - validação para a população portuguesa*. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Rios, J., Lopes, A., & Pereira, S. A. (2009). Os nossos “hiperactivos” - a realidade de uma consulta. *Acta de Pediatria Portuguesa*, 40(5), 588.
- Rodrigues, A. N. (2005). Contributos para a utilização das Escalas de Conners Revisadas (1997) no processo de avaliação da PHDA (Parte I). *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 12, 71-95.
- Santos, L., & Vasconcelos, L. (2010). Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperactividade em Crianças: Uma Revisão Interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 717-724.
- Seabra-Santos, M. J. (2000). Avaliação psicológica em idade pré-escolar: O caso da avaliação da inteligência. *Psychologica*, 25, 143-162.
- Swets, J. A. (1988). Measuring the accuracy of diagnostic systems. *Science*, 240(4857), 1285-1293.

Anexos

Anexo 1.

DSM-IV-TR – Critérios de diagnóstico para PHDA

DSM-IV-TR – Critérios de diagnóstico para PHDA

A. (1) ou (2):

(1) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelos menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente, 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 atividades lúdicas;

(b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades;

(c) com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem diretamente;

(d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos, ou deveres no local de trabalho (sem ser por oposição ou por incompreensão das instruções);

(e) com frequência tem dificuldade em organizar tarefas ou atividades;

(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 casa);

(g) com frequência perde objetos necessários a tarefas ou atividades (por exemplo brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);

(h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;

(i) esquece-se com frequência das atividades quotidianas.

(2) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade-impulsividade persistiram pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente com o nível de desenvolvimento.

Hiperatividade

(a) com frequência movimentava 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 adolescente ou adultos pode limitar-se a sentimentos de impaciência);

(d) com frequência tem dificuldades para jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;

(e) com frequência "anda" ou só atua 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 dificuldades em esperar pela sua vez;

(i) com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (ex.

intromete-se nas conversas ou jogos).

B) Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou de falta de atenção que causam défices surgem antes dos 7 anos de idade.

C) Alguns problemas relacionados com os sintomas devem ocorrer, pelo menos, 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 é melhor explicada por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação do Humor, Perturbação da Ansiedade, Perturbação Dissociativa ou Perturbação da Personalidade).

Codificação baseada no tipo:

314.01 Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Misto: se estão preenchidos os critérios A1 e A2 durante os últimos seis meses;

314.00 Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção Tipo Predominantemente Desatento: se esta preenchido a critério A1 mas não o critério A2 durante os últimos seis meses;

314.01 Perturbação de Hiperatividade 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 atualmente tenham sintomas e que já não preencham todos os critérios, deve especificar-se «em Remissão Parcial»

In: DSM-IV-TR - American Psychiatric Association, 2002

Anexo 2.

DSM-IV-TR – Subtipos da PHDA

DSM-IV-TR – Subtipos da PHDA

Tipo Misto: quando nos últimos seis meses (ou mais) se verificam pelo menos seis dos sintomas de desatenção (critério A1) e seis sintomas de hiperactividade-impulsividade (critério A2);

Tipo Predominantemente Desatento: quando nos últimos seis meses (ou mais) se verificam pelo menos seis dos sintomas de desatenção (critério A1) mas menos de seis sintomas de hiperactividade-impulsividade (critério A2) – notar que, ainda assim, a hiperactividade-impulsividade poderá constituir um problema clinicamente relevante;

Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: quando nos últimos seis meses (ou mais) se verificam pelo menos seis sintomas de hiperactividade-impulsividade (critério A2) mas menos de seis sintomas de desatenção (critério A1) – mesmo nestes casos a falta de atenção poderá mostrar-se clinicamente relevante.

In: DSM-IV-TR – American Psychiatric Association, 2002

Anexo 3.

Protocolo de colaboração entre a Universidade de Aveiro e a CEGOC-TEA

ACORDO ESTABELECIDO ENTRE A CEGOC-TEA E MARIANA
MARQUES DELGADO, ANA CARDOSO ALLEN GOMES, CÉLIA
MARISA DE ALMEIDA LOPES E CARLOS FERNANDES DA SILVA,
PARA A REALIZAÇÃO DE UM TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

Entre:

CEGOC-TEA – Centro de Estudos de Gestão e Organização Científica – Técnicos Especialistas Associados, Lda., pessoa coletiva nº 500 059 918, com sede na Av. António Augusto Aguiar, nº 21 – 1º andar, em Lisboa, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa com o nº 44542, com o capital social de €250.000,00, adiante designada por **CEGOC**, neste ato representada pelo Dr. Mário Ceitel, Diretor Associado.

E

A aluna de Mestrado em Psicologia – Psicologia Clínica e da Saúde do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, Licenciada Mariana Marques Delgado, portadora do Cartão de Cidadão nº 13350234, válido até 22/05/2014, e residente em Rua 25 de Abril, nº 621, 4805-485 Santo Estevão de Briteiros, e respectivos orientadores / consultores científicos, Ana Cardoso Allen Gomes, Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro, portadora do Cartão de Cidadão com o nº de identificação civil 09808684, válido até 28/04/2015 e residente na Rua Condessa do Ameal, nº 32, R/C, 3030-036 Coimbra, Célia Marisa Almeida Lopes, Psicóloga, Mestre em Activação do Desenvolvimento Psicológico, portadora do Cartão de Cidadão nº 10665746, e residente na Rua de Alveiró – Feira, 3680-076 Oliveira de Frades, e Carlos Fernandes da Silva, Professor Catedrático da Universidade de Aveiro, portador do Cartão de Cidadão nº 06684585, válido até 24/02/2014, e residente na Rua Fernandes Costa, nº 55, 3070-323 Mira, é acordado e, pelo presente documento levado a efeito, o protocolo de colaboração constante das seguintes cláusulas:

Considerando que,

A CEGOC detém os direitos da versão portuguesa do teste psicológico EDAH (*Escalas para Avaliação do Défice de Atenção com Hiperatividade*), obtidos no âmbito de um acordo com a editora proprietária dos direitos de autor, TEA Ediciones, S.A..

A aluna Mariana Marques Delgado está a realizar o trabalho de dissertação de mestrado intitulado “Escala de Avaliação do Distúrbio de Défice de Atenção/Hiperactividade: Estudo numa amostra clínica” (título provisório), sob a supervisão da Prof. Doutora Ana Cardoso Allen Gomes (orientadora) do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, da Mestre Célia Marisa Almeida Lopes (co-orientadora proposta) e do Prof. Doutor Carlos Fernandes da Silva (consultor), Catedrático do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro. No âmbito deste trabalho, a investigadora Mariana Marques Delgado, por indicação dos supervisores, contactou a CEGOC-TEA com o objetivo de pedir autorização para utilizar o teste EDAH.

É estabelecido o seguinte Protocolo,

1. A CEGOC-TEA compromete-se a fornecer a Mariana Marques Delgado o material assim como as informações relativas à administração e cotação da EDAH, destinado

- estritamente à realização do trabalho de investigação intitulado provisoriamente: “Escala de Avaliação do Distúrbio de Défice de Atenção/Hiperactividade: Estudo numa amostra clínica”
2. A aluna Mariana Marques Delgado compromete-se a devolver à CEGOC todo o material não consumível (i.e., Manual técnico) utilizado no trabalho em questão, assim como o material consumível (i.e., Folhas de Respostas) por utilizar.
 3. Todos os dados recolhidos no âmbito deste trabalho de investigação serão propriedade da CEGOC, comprometendo-se a aluna e respetivos supervisores da Universidade de Aveiro a utilizar esses dados única e exclusivamente para fins de investigação, bem como a referir, em todas as comunicações e publicações resultantes, a CEGOC enquanto proprietária da base de dados.
 4. A aluna Mariana Marques Delgado e respetivos supervisores do seu estudo de mestrado comprometem-se a utilizar as informações e os materiais do referido teste, única e exclusivamente, no âmbito do trabalho de mestrado e comunicações ou publicações resultantes, comprometendo-se igualmente a não divulgar, nem diretamente nem através de outras pessoas ou de qualquer outro meio, qualquer informação relativa a este teste, exceto as informações relevantes para fins de investigação.
 - 4.1. O não cumprimento desta cláusula poderá incorrer a aluna e respetivos supervisores na responsabilidade de indemnizar os danos provocados à CEGOC-TEA e à Editora TEA Ediciones.
 5. Caso a CEGOC-TEA opte por incluir os dados recolhidos no âmbito deste trabalho no manual técnico do teste EDAAH (*Escalas para Avaliação do Défice de Atenção com Hiperatividade*) referirá como seus autores os investigadores, Mariana Marques Delgado, aluna do mestrado em Psicologia-Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, Célia Marisa de Almeida Lopes, Mestre em Activação do Desenvolvimento Psicológico pela Universidade de Aveiro, Ana Cardoso Allen Gomes, Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro, e Carlos Fernandes da Silva, Professor Catedrático da Universidade de Aveiro, enquanto supervisores de mestrado da aluna.
 6. Os encargos financeiros relativos à execução deste protocolo são da responsabilidade da CEGOC, não sendo a atividade da aluna ou dos supervisores objeto de qualquer remuneração.

Lisboa, 28 de Novembro de 2011

Anexo 4.

Pedido de Autorização

Ex.^{ma} Senhora

Professora Dr.^a Ana Nascimento Rodrigues,

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, pelo Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, sob orientação da Professora Doutora Ana Allen Gomes da Universidade de Aveiro, encontro-me a desenvolver uma investigação que tem por objetivo apresentar contributos para a validação da versão portuguesa da Escala para a Avaliação do Défice de Atenção com Hiperatividade (EDAH - Direitos de Autor: CEGOC-TEA). Para tal, gostaríamos de utilizar a Escala de Conners para professores, como escala de comparação. Assim, solicitámos a sua colaboração nesta investigação, aguardando a sua permissão para a utilização da referida Escala, além do envio das folhas de resposta.

Esta escala foi escolhida de forma a seguirmos os procedimentos usados pelos autores da versão original da EDAH aquando da validação da mesma.

Desde já agradeço a atenção dispensada e prontifico-me a enviar informações mais detalhadas sobre esta investigação.

Envio o presente pedido com o conhecimento da minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Ana Allen Gomes.

Com os meus melhores cumprimentos,

A Mestranda

Mariana Marques Delgado

Departamento de Educação

Universidade de Aveiro

Anexo 5.

Questionários (EDAH e Escala de Conners para professores)

EDAH

FOLHA DE RESPOSTAS

Material utilizado na investigação realizada pela Dra. Mariana Delgado
(com supervisão da Profª Ana A. Gomes, da Mestre Célia Lopes e do Prof. Carlos Fernandes da Silva) -
Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

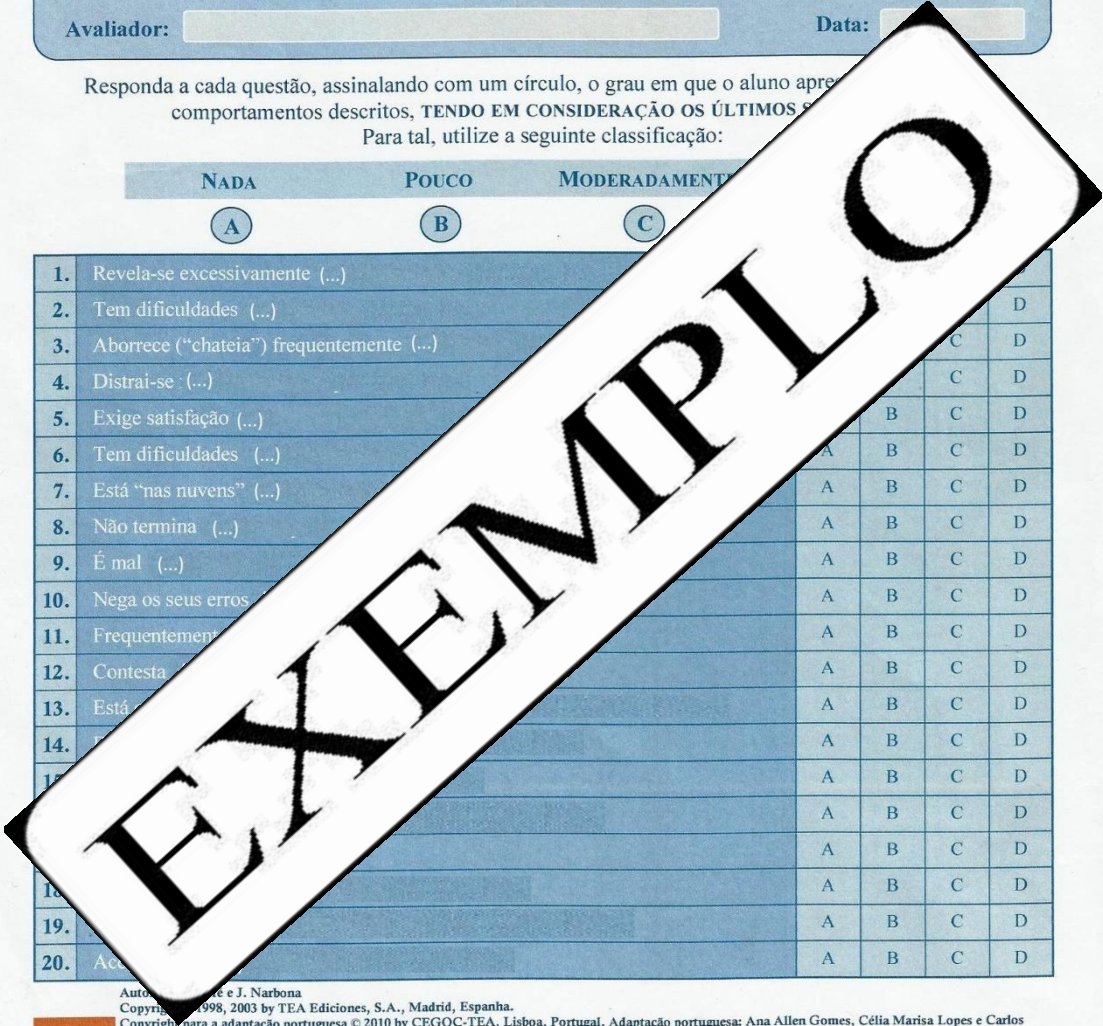
Nome da criança: _____
Sexo: F M Idade: _____ Ano escolar: _____
Escola/Instituição: _____
Avaliador: _____ Data: _____

Responda a cada questão, assinalando com um círculo, o grau em que o aluno apresenta os comportamentos descritos, TENDO EM CONSIDERAÇÃO OS ÚLTIMOS SEMESTRES.
Para tal, utilize a seguinte classificação:

NADA POUCO MODERADAMENTE

(A) (B) (C)

	NADA (A)	POUCO (B)	MODERADAMENTE (C)	D
1. Revela-se excessivamente (...)				
2. Tem dificuldades (...)				D
3. Aborrece ("chateia") frequentemente (...)			C	D
4. Distrai-se (...)			C	D
5. Exige satisfação (...)		B	C	D
6. Tem dificuldades (...)	A	B	C	D
7. Está "nas nuvens" (...)	A	B	C	D
8. Não termina (...)	A	B	C	D
9. É mal (...)	A	B	C	D
10. Nega os seus erros	A	B	C	D
11. Frequentemente	A	B	C	D
12. Contesta	A	B	C	D
13. Está	A	B	C	D
14.	A	B	C	D
15.	A	B	C	D
16.	A	B	C	D
17.	A	B	C	D
18.	A	B	C	D
19.	A	B	C	D
20. Aceita	A	B	C	D



Autores: J. Narbona e J. Narbona
Copyright 1998, 2003 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, Espanha.
Copyright para a adaptação portuguesa © 2010 by CEGOC-TEA, Lisboa, Portugal. Adaptação portuguesa: Ana Allen Gomes, Célia Marisa Lopes e Carlos Fernandes Silva.



Edição CEGOC-TEA: Av. António Augusto Aguiar, 21-r/cº, 1069-217 Lisboa. TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.
Impresso em Portugal. Printed in Portugal.
PROIBIDA A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL, sob qualquer forma ou meio, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro sistema de armazenamento ou recuperação, sem autorização escrita do editor. As infrações serão penalizadas nos termos da legislação em vigor. ESTE EXEMPLAR ESTÁ IMPRESSO A CORES, SE LHE APRESENTAREM UM EXEMPLAR A NEGRO OU NOUTRA COR É UMA REPRODUÇÃO ILEGAL. Não a utilize.

ESCALA DE CONNERS PARA PROFESSORES

Versão Revista (Forma Reduzida)

(Keith Connors, PhD – 1997)

Tradução e Adaptação para investigação da Ana Nascimento Rodrigues - Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana

Nome da Criança:				Sexo:		F	M
Data de Nascimento:		Idade:		Ano Escolaridade:			
Nome do Professor:				Data do preenchimento:			
Observações				Código:			

Abaixo estão discriminados os problemas mais comuns que afectam as crianças no seu percurso de desenvolvimento. Muitas destas características são normais desde que não se manifestem com elevados valores ao nível da frequência e duração. Por favor responda avaliando o comportamento da criança durante o último mês. Pergunte-se "Com que frequência isto aconteceu no último mês?" e marque a melhor resposta para cada item. Nunca, raramente ou com pouca frequência, pode marcar 0. Verdadeiramente, ou se ocorre muitas vezes, pode marcar 3. Pode marcar 1 ou 2 para classificações entre um e outro. Por favor responda a todos os itens.

		NUNCA 0	UM POUCO 1	FREQUENTEMENTE 2	3
1	Desatento (...)				3
2	Comportamento de desafio (...)				3
3	Inquieto (...)				3
4	Esquece-se (...)			1	2 3
5	Perturba (...)		0	1	2 3
6	Desafia (...)		0	1	2 3
7	Mexe-se (...)		0	1	2 3
8	Soletira (...)		0	1	2 3
9	Não consegue (...)		0	1	2 3
10	Vingativo(a) (...)		0	1	2 3
11	Levanta-se (...)		0	1	2 3
12	Mexe (...)		0	1	2 3
13	Capacidades (...)		0	1	2 3
14	Tem um (...)		0	1	2 3
15	Argumenta (...)		0	1	2 3
16	Dá atenção (...)		0	1	2 3
17	Tem dificuldade		0	1	2 3
18	Não se interessa		0	1	2 3
19	Distraído(a)		0	1	2 3
20	Tem (...)		0	1	2 3
21	Comportamento		0	1	2 3
22			0	1	2 3
23			0	1	2 3
24			0	1	2 3
25			0	1	2 3
26	Não		0	1	2 3
27	Excitável		0	1	2 3
28	Inquieto(a)		0	1	2 3

Muito obrigado pela sua colaboração

Anexo 6.

Folha de instruções para os professores, para preenchimento da EDAH

ASSUNTO: ADMINISTRAÇÃO DA PROVA EDAH – ESCALA PARA A AVALIAÇÃO DA PERTURBAÇÃO POR DÉFICE DE ATENÇÃO COM HIPERACTIVIDADE

Exmo(a). Senhor(a) Professor(a):

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, a aluna Mariana Marques Delgado encontra-se a desenvolver um trabalho de investigação que visa a validação de um instrumento que possa ser utilizado na população portuguesa – EDAH (Escala para a Avaliação da Perturbação por Défice de Atenção com Hiperactividade), cuja versão original é espanhola.

A validação deste instrumento requer a construção de normas a partir de grupos representativos da população portuguesa. É neste contexto que vimos solicitar a colaboração de V. Exa.

A Escala (EDAH) tem como objectivo recolher informações sobre o comportamento das crianças na sala de aula. Trata-se de um questionário com 20 itens, em que é pedido ao(à) Professor(a) que assinale o grau em que determinado aluno apresenta, cada um dos comportamentos descritos.

Esta Escala apenas se aplica a alunos com idades compreendidas entre os 6 anos e os 12 anos e 11 meses.

Antecipadamente gratos pela colaboração de V. Exa., passaremos a explicar a forma de preenchimento do referido questionário:

1) Preenchimento dos dados do cabeçalho:

Ano escolar:

Deverá referir obrigatoriamente se o(a) aluno(a) está matriculado(a) no 1º, 2º, 3º, 4º, 5º ou 6º ano e, se quiser, poderá colocar a turma (ex: Turma A).

Local:

Deverá escrever o nome da escola em que dá aulas.

Escolaridade:

No caso da formação profissional e da formação superior deverá especificar a área. Por exemplo, não basta colocar Licenciatura, deverá especificar a área de formação (Licenciatura em Direito, Licenciatura em Biologia, ...).

Profissão:

Recolher o máximo de informação possível para evitar situações duvidosas. Esta informação será mais tarde convertida em categorias profissionais, de acordo com a classificação nacional de profissões.

Idade cronológica:

Deverá escrever a data em que preenche o questionário (Data Aval.) e a data de nascimento do(a) aluno(a). Deverá começar por escrever o ano, depois o mês e, por fim, o dia (ex: 2005-03-31).

2) Para preenchimento dos 20 itens:

- Responda a cada questão, marcando com um círculo, o grau em que o(a) aluno(a) apresenta cada um dos comportamentos descritos, tendo em atenção os últimos seis meses. O “nada”

corresponde ao grau 0; o “pouco” corresponde ao grau 1; o “moderadamente” corresponde ao grau 2 e o “muito” ao grau 3.

- É obrigatório o preenchimento dos 20 itens. Em caso de dúvida em relação a alguma das questões, coloque sempre um círculo no número (grau) que considera ser o mais aproximado.

- Não escreva qualquer informação adicional no questionário, apenas pretendemos que responda ao solicitado. Não se identifique nem o faça em relação ao aluno. Os resultados individuais são absolutamente confidenciais e destinam-se exclusivamente para fins de investigação.

Obrigada pela sua colaboração!

Anexo 7.

Consentimento Informado

Consentimento Informado
Investigação sobre escala de avaliação de hiperactividade
IR: Mariana Delgado

Objectivo da investigação:

Nesta investigação pretendo validar uma escala de avaliação para hiperactividade e défice de atenção.

Procedimento específico:

Vão ser entregues dois questionários que deverão ser preenchidos pelo professor do(a) seu(sua) filho(a) acerca do comportamento na sala de aula.

Duração:

Este procedimento deverá durar entre 10 a 20 minutos.

Riscos para o participante:

Não há riscos acrescidos pela participação nesta investigação para além dos normalmente encontrados no seu dia-a-dia.

Benefícios para o participante:

A validação desta escala de avaliação será uma grande contribuição para o conhecimento nesta área, além de facilitar o diagnóstico de outros casos de hiperactividade.

Confidencialidade:

A informação fornecida ou quaisquer dados recolhidos ao longo desta investigação serão mantidos em confidencialidade e não serão associados a qualquer informação pessoal do participante.

Natureza voluntária da sua participação:

A participação nesta investigação é voluntária. Se concordar em participar poderá desistir em qualquer momento da investigação devendo para o efeito comunicá-lo ao investigador.

Contacto:

Se tiver alguma questão relacionada com esta investigação deverá contactar a Investigadora Mariana Delgado, responsável pela mesma, através do e-mail marianadelgado@ua.pt.

TIVE A OPORTUNIDADE DE LER A FICHA DE CONSENTIMENTO INFORMADO E DE COLOCAR AS QUESTÕES QUE ENTENDI PERTINENTES.

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Data

Assinatura do Investigador

Data

Anexo 8.

Valores de sensibilidade e de especificidade nas subescalas da EDAH para diferentes pontuações

Subescala	Positivo se igual ou superior a	Sensibilidade	1 – Especificidade
Hiperatividade	(...)	(...)	(...)
	52,5	,941	,559
	57,5	,912	,529
	62,5	,853	,529
	67,5	,853	,471
	72,5	,824	,412
	77,5	,765	,265
	82,5	,735	,206
	87,5	,588	,147
	91	,500	,088
	92	,471	,088
	93,5	,412	,059
	94,5	,353	,059
	96	,353	,029
	97,5	,294	,029
98,5	,147	,000	
Défice de Atenção	(...)	(...)	(...)
	47,5	,941	,647
	52,5	,912	,618
	57,5	,882	,588
	62,5	,882	,529
	67,5	,882	,500
	72,5	,794	,412
	77,5	,765	,382
	82,5	,618	,265
	87,5	,559	,206
	90,5	,471	,176
	91,5	,471	,118
	93	,471	,088
	94,5	,412	,059
	95,5	,353	,029
96,5	,176	,029	
98	,088	,000	

Hiperatividade + Défice de Atenção	(...)	(...)	(...)
	47,5	,941	,676
	52,5	,912	,618
	57,5	,912	,559
	62,5	,912	,500
	67,5	,853	,441
	72,5	,853	,412
	77,5	,824	,324
	82,5	,706	,235
	87,5	,618	,206
	90,5	,559	,147
	92	,529	,088
	93,5	,500	,088
	94,5	,471	,088
	96	,441	,059
	97,5	,412	,000
98,5	,235	,000	
Problemas de Comportamento	(...)	(...)	(...)
	47,5	,941	,647
	52,5	,912	,618
	57,5	,912	,529
	62,5	,912	,471
	67,5	,912	,382
	72,5	,853	,324
	77,5	,824	,265
	82,5	,765	,206
	87,5	,647	,176
	90,5	,588	,118
	91,5	,559	,118
	92,5	,500	,059
	93,5	,471	,059
	94,5	,441	,029
	95,5	,412	,000
96,5	,324	,000	
97,5	,265	,000	
98,5	,206	,000	