



INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

PERFIL COGNITIVO E PERFIL DE CAPACIDADES E
DIFICULDADES DE CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DE
HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO (PHDA)

ANA ELOÍSA VAL OVELHA VIANA DE OLIVEIRA

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, 2012



PERFIL COGNITIVO E PERFIL DE CAPACIDADES E
DIFICULDADES DE CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DE
HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO (PHDA)

ANA ELOÍSA VAL OVELHA VIANA DE OLIVEIRA

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau
de Mestre em Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

Coimbra, Julho de 2012

Agradecimentos

Agradeço a todos os que tornaram possível a elaboração deste trabalho.

Em especial, a todas as crianças intervenientes pela verdade e ternura que colocam em todos os momentos e aos respectivos pais e professores pela paciência, disponibilidade e sede de conhecimento.

Destaco também a preciosa ajuda do Dr. Paulo José Costa, pela excelência profissional e por continuar ao longo dos anos a aguçar e minha determinação profissional. Para a Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, o meu obrigada pelo apoio irrestrito, dedicação e colaboração.

Gostaria igualmente de agradecer, à minha mãe, para quem todas as palavras serão sempre poucas... ao meu irmão, pelas lições de descontração e presença incondicional. Ao Alexandre, pelo amor! Aos amigos, pela amizade! E à família, pelo aplauso!

Resumo

Apesar da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) ser uma das perturbações mais estudadas nos últimos anos, a definição da avaliação com vista ao seu diagnóstico está longe de ser consensual.

Neste estudo quantitativo, transversal, foram avaliadas duas amostras de crianças com recurso à Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - III (WISC-III), duas amostras de pais com recurso ao Questionário de Capacidades e Dificuldades (Versão para pais) e duas amostras de professores com recurso ao Questionário de Capacidades e Dificuldades (Versão para professores).

Os resultados demonstram que as crianças com PHDA apresentam um perfil cognitivo globalmente inferior ao das crianças sem diagnóstico de PHDA, mantendo no entanto, um Coeficiente Verbal (QIV) superior ao Coeficiente de Realização (QIR). Para o perfil de capacidades e de dificuldades, as crianças com esta perturbação demonstram genericamente dificuldades mais acentuadas do que as crianças sem PHDA.

A multiplicidade de sintomas que caracterizam as crianças com esta perturbação, levam os investigadores a diferentes linhas de orientação. Desta forma, a definição de um perfil tipo para estas crianças poderá auxiliar na avaliação, no diagnóstico, na intervenção e na concordância entre os profissionais de saúde.

Palavras-Chave: Crianças, PHDA, Perfil Cognitivo, Capacidades e Dificuldades.

Abstract

Despite Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most studied disorders in the past years, the definition of the assessment for the purpose of diagnosis is far from consensual.

In this quantitative and cross-finding study, two samples of children were assessed using the Wechsler Intelligence Scale for Children - III (WISC-III), two samples of parents were assessed using the Strengths and Difficulties Questionnaire (parent version) and two samples of teachers were assessed using Strengths and Difficulties Questionnaire (teacher version).

The results show that children with ADHD have an overall lower cognitive profile in comparison to children without the diagnosis of ADHD, while maintaining a better Verbal Coefficient than the Performance Coefficient. In relation to the profile of strengths and difficulties, children with this disorder generally show more pronounced difficulties than children without ADHD.

The multiplicity of symptoms that characterize children with this disorder, lead investigators to different guidelines. Thus, the definition of a profile type for these children may assist the assessment, the diagnosis, the intervention and the agreement among health professionals.

Keywords: Children, ADHD, Cognitive Profile, Strengths and Difficulties.

Índice

Introdução	1
Materiais e Métodos	7
<i>Tipo de Estudo e Hipóteses</i>	7
<i>Participantes</i>	7
<i>Procedimentos</i>	8
<i>Instrumentos</i>	9
<i>Análise Estatística</i>	14
Resultados	15
<i>Análise da Homogeneidade das Amostras (crianças) quanto ao Sexo e Idade</i>	15
<i>Teste de Hipóteses</i>	16
Discussão	25
Conclusão	30
Bibliografia	32
Anexos	36
<i>Anexo 1 – Consentimento Informado</i>	37
<i>Anexo 2 – Declaração</i>	40
<i>Anexo 3 – Questionário de Capacidades e Dificuldades (Versão para Pais)</i>	42
<i>Anexo 4 – Questionário de Capacidades e Dificuldades (Versão para Professores)</i>	45
<i>Anexo 5 – Cotação e Interpretação do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)</i>	48

Índice de Figuras

Figura 1 - <i>Comparação do Perfil de valores médios obtidos nos diferentes subteste da WISC-III para o Grupo 1 (sem PHDA) e para o Grupo 2 (com PHDA).....</i>	21
Figura 2 - <i>Comparação do Perfil de valores médios obtidos nos QIs e Índices Fatoriais da WISC-III para o Grupo 1 (sem PHDA) e para o Grupo 2 (com PHDA).....</i>	22
Figura 3 - <i>Comparação do Perfil de valores médios obtidos nos Percentis de QIs e Índices Fatoriais da WISC-III para o Grupo 1 (sem PHDA) e para o Grupo 2 (com PHDA).....</i>	22
Figura 4 - <i>Comparação dos valores médios obtidos no SDQp (Grupo 2) com os valores limítrofes de referência do instrumento.....</i>	23
Figura 5 - <i>Comparação dos valores médios obtidos no SDQpr (Grupo 2) com os valores limítrofes de referência do instrumento.....</i>	23

Índice de Quadros

Quadro 1 - <i>Itens que constituem as cinco escalas medidas pelo SDQp e SDQpr.....</i>	10
Quadro 2 - <i>Objetivos específicos para cada subteste da WISC-III.....</i>	12

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Resultados da aplicação do teste Qui Quadrado à variável sexo consoante o grupo de pertença da amostra.....	15
Tabela 2 - Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney à variável idade consoante o grupo de pertença da amostra.....	15
Tabela 3 - Distribuição das crianças consoante o ano de escolaridade por grupo de pertença.....	16
Tabela 4 - Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney para a variável QIV consoante o grupo de pertença da criança.....	16
Tabela 5 - Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney para a variável QIR consoante o grupo de pertença da criança.....	17
Tabela 6 - Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney para as variáveis QI e Índices Fatoriais consoante o grupo de pertença da criança.....	17
Tabela 7 - Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney para a variável Percentis referente aos QIs e aos Índices Fatoriais, consoante o grupo de pertença da criança.....	18
Tabela 8 - Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney para a variável Capacidades e Dificuldades na opinião dos pais, consoante o grupo de pertença da criança.....	19
Tabela 9 - Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney para a variável Capacidades e Dificuldades na opinião dos professores, consoante o grupo de pertença da criança.....	20
Tabela 10 - Resultados da aplicação do teste Wilcoxon para a análise das diferenças entre pais e professores na avaliação das Capacidades e Dificuldades, consoante o grupo de pertença da criança.....	21

Lista de Acrónimos e Abreviaturas

AAP – American Academy of Pediatrics

ACID Profile – Aritmética, Código, Informação e Memória de Dígitos.

APA – American Psychiatric Association

DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª Edição – Texto Revisto

IF – Índice Fatorial

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

QI – Coeficiente de Inteligência

QIEC – Coeficiente de Inteligência de Escala Completa

QIR – Coeficiente de Inteligência de Realização

QIV – Coeficiente de Inteligência Verbal

SCAD Profile – Memória de Dígitos, Aritmética, Código e Pesquisa de Símbolos

SDQ – Questionário de Capacidades e Dificuldades

SDQp – Questionário de Capacidades e Dificuldades (Versão para pais)

SDQpr – Questionário de Capacidades e Dificuldades (Versão para professores)

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

WISC-III – Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - III

Introdução

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é um dos distúrbios mais diagnosticado na infância e adolescência. A prevalência mundial estima-se na ordem dos 5,2%, com maior registo no sexo masculino (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007). Os estudos relativos à prevalência desta perturbação em Portugal são raros e pouco recentes. Segundo Fonseca, Rebelo, Simões e Ferreira (1995) a prevalência da PHDA em Portugal é de 4,3%, registando-se também superior nos rapazes.

Segundo Barkley (2006), a PHDA pode ser definida como um aglomerado de défices desenvolvimentais na regulação e manutenção do comportamento através de regras e consequências. Estes défices dão origem a problemas de inibição, iniciação ou manutenção de respostas a tarefas ou a estímulos e de adesão a regras ou instruções, particularmente em situações em que as consequências de tais comportamentos são distantes, fracas ou inexistentes. Embora possam melhorar com a maturação neurológica, os défices são evidentes desde a primeira infância e provavelmente crónicos e persistentes na idade adulta, evidenciando-se em comparação com as realizações de sujeitos normais da mesma idade.

Apesar de se encontrarem descritos no DSM-IV-TR (APA, 2006) diferentes subtipos para a PHDA, como sejam o Tipo Predominantemente Desatento, o Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo e o Tipo Misto, são passíveis de identificação dimensões comuns e patentes em todos estes subtipos. Estas dimensões essenciais são o Défice de Atenção, a Impulsividade e a Hiperatividade, e caracterizam os sujeitos com diagnóstico de PHDA.

Segundo Lopes (2004), a atenção apresenta-se como um constructo multidimensional, compreendendo o alerta, a ativação, a seletividade, a manutenção da atenção, a distractibilidade e o nível de apreensão. Deste modo as crianças com PHDA vêm as suas dificuldades aumentadas em tarefas de vigilância ou manutenção prolongada da atenção (Chhabildas, Pennington & Willcutt, 2001). “As faltas de atenção podem manifestar-se em situações escolares, laborais ou sociais. Os

sujeitos com esta perturbação podem não dar atenção suficiente aos pormenores ou podem cometer erros por descuido nas tarefas” (APA, 2006, p. 85).

A impulsividade caracteriza-se por uma incapacidade de controlo voluntário em resposta às exigências da situação. Resume-se, portanto, a um fracasso na inibição do comportamento (Lopes, 2004). Também aqui se verificam dificuldades inerentes à rapidez de resposta e imprecisão. “A impulsividade manifesta-se por impaciência, dificuldade para adiar respostas, precipitação das respostas antes que as perguntas tenham acabado, dificuldade em esperar pela sua vez, interromper ou interferir frequentemente com os outros ao ponto de provocar problemas em situações sociais, escolares ou laborais” (APA, 2006, p. 86).

A hiperatividade refere-se a níveis de atividade motora superiores à média, podendo também contemplar níveis elevados de atividade vocal. “A hiperatividade pode manifestar-se por estar inquieto ou mover-se quando está sentado, não ficar sentado quando se espera que o faça, correr ou saltar excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo, ter dificuldades em andar ou atuar como se “estivesse ligado a um motor” ou frequentemente falar em excesso” (APA, 2006, p. 86).

As causas da PHDA estão longe de serem consensuais, este facto é bastante evidente na multiplicidade de modelos teóricos explicativos existentes. De acordo com Sergeant, Geurts, Huijbregts, Scheres e Oosterlaan (2003), são geralmente apontados cinco modelos: o Modelo de Aversão ao Adiamento (*Delay Aversion Model*), o Modelo da Ativação/Inibição Comportamental (*Behavioral Inhibition / Activation Model*), o Modelo da Inibição (*Inhibition Model*), o Modelo das Funções Executivas (*Executive Function Model*) e o Modelo Cognitivo-Energético (*Cognitive-Energetic Model*). Alguns autores focalizam os défices neurológicos da PHDA no córtex frontal (“*Top*” of the system) (Barkley, 1997), enquanto que outros se referem a instâncias subcorticais e ao tronco cerebral (“*Bottom*” of the system) (Sergeant, Oosterlaan & Meere van der, 1999).

O Modelo de Aversão ao Adiamento sugere que as crianças com PHDA são incapazes de atrasar a recompensa, exibindo falhas no controlo inibitório (Sonuga-Barke, Houlberg & Hall, 1994). Este modelo refere-se a processos “*Top-Bottom*” e

também “*Bottom-Top*”. No Modelo da Ativação/Inibição Comportamental, o funcionamento da PHDA compreende que a criança tem um Sistema de Inibição Comportamental (que alerta o sujeito para uma antecipação de prazer ou de punição) com fraco desempenho, e um Sistema de Ativação Comportamental (que alerta o sujeito para o nível de ativação do organismo que permite satisfazer uma tarefa) com um funcionamento exacerbado (Quay, 1993).

O Modelo da Inibição refere que os défices existentes no controlo inibitório são responsáveis por deficiências secundárias noutras funções executivas (Barkley, 1997). Evidenciando processos do tipo “*Top-Down*”. O Modelo das Funções Executivas associa a PHDA a défices em quatro domínios principais: a inibição, a mudança de *set*, a fluência do planeamento e a memória de trabalho. Inclui ainda variações no processamento emocional e na regulação da excitação (Pennington & Ozonoff, 1996). O Modelo Cognitivo-Energético aponta para efeitos a três níveis: nos mecanismos cognitivos (como a resposta), nos mecanismos energéticos (como a ativação) e sistema de controlo, e ainda no esforço das funções executivas (Sergeant, et al. 1999). Este modelo pretende também aglomerar processos “*Top-Bottom*” e “*Bottom-Top*”.

O Modelo Cognitivo-Energético, parece ser um dos que apresenta uma explicação mais integrativa para a PHDA, na medida em que incorpora os elementos do Modelo da Inibição e do Modelo de Aversão ao Adiamento, sugerindo que a PHDA deverá ser conceptualizada e avaliada considerando os processos cognitivos específicos e os factores energéticos nele implicados.

As funções executivas, a inibição e a memória de trabalho são, frequentemente, os constructos mais analisados nas investigações, sendo utilizados enquanto mecanismos explicativos para os défices associados à PHDA.

Os testes de avaliação neuropsicológica utilizados para avaliar as funções executivas, têm atestado a sua validade na identificação de sujeitos com distúrbios neurocognitivos. Os défices nas funções executivas mais amplamente considerados como estando implicados na PHDA são obtidos através das medidas de inibição de resposta, memória de trabalho e planeamento (Jonsdottir, Bouma, Sergeant &

Scherder, 2006), sendo sugerido que estas competências se associam maioritariamente a estruturas do córtex frontal.

Alguns testes neuropsicológicos evidenciam o seu elevado valor preditivo na identificação dos sujeitos com diagnóstico de PHDA. As medidas mais utilizadas neste domínio são as seguintes: Continuous Performance Tasks; Stroop Color-Word Association Test; Trail Making Test; Kaufman Hand Movements Scale; Controlled Oral Word Association Test; e, Wechsler Intelligence Scale for Children (Advokat, Martino, Hill & Gouvier, 2007; Riccio, Homack, Pizzitola & Wolfe, 2006; Sergeant, Geurts & Oosterlaan, 2002; Anderson, Northam, Hendy & Wrennall, 2001; Perugini, Harvey, Lovejoy, Sandstrom & Webb, 2000).

Segundo Taddei, Contena, Caria, Venturini & Venditti (2011), o diagnóstico da PHDA é comumente efetuado através de instrumentos de avaliação cognitiva, no entanto, estas medidas poderão não ser suficientes para a elaboração de um diagnóstico concreto.

As entrevistas com os pais e professores constituem o núcleo fundamental do processo de avaliação da PHDA (Simões, 1998a). Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2006), alguns problemas relacionados com os sintomas deverão ocorrer, pelo menos em duas situações, por exemplo em casa e na escola. Complementarmente alguns investigadores referem a avaliação neuropsicológica, os relatos de pais e de professores e a observação, como os instrumentos a utilizar para a determinação precisa e efetiva de um diagnóstico de PHDA (Lopes, 2004; Muir-Broadbent, Rosenstein, Medina & Soderberg, 2002; Simões, 1998a; Simões 1998b).

Para a determinação de um perfil funcional da criança com PHDA importa introduzir outras medidas que relatem o seu funcionamento comportamental e social. De acordo com a *American Academy of Pediatrics* (AAP), a avaliação e o diagnóstico da PHDA deve incluir: a) a sustentação nos critérios definidos no DSM-IV-TR; b) evidência da manifestação dos sintomas tanto em casa como na escola; e c) a avaliação de possíveis comorbilidades (AAP, 2011).

O desenho do perfil funcional de crianças com PHDA tem sido objeto de estudo ao longo dos últimos anos. Torna-se importante definir um perfil (orientador)

com vista a uma maior precisão de diagnóstico e correlação entre as medidas objetivas de avaliação e as dimensões da PHDA. Poucos estudos têm evidenciado uma análise detalhada dos constituintes do perfil de funcionamento das crianças com esta perturbação (Fernell, Westerlund, Holmberg, Olsson & Gillberg, 2007).

Segundo vários autores, as crianças com PHDA obtêm scores mais baixos do que a média do grupo de controlo, na Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - III (*Wechsler Intelligence Scale for Children - Third Edition*) (WISC-III), nomeadamente, nos subtestes Aritmética, Código, Informação e Memória de Dígitos. Este desempenho é geralmente designado pelos autores como *ACID Profile* (*Arithmetic, Coding, Information and Digit Span*). É também possível verificar que as crianças obtêm globalmente, resultados médios nos subtestes verbais e no Coeficiente Verbal (QIV) (Mayes, Calhoun & Crowell, 1998; Frazier, Demaree & Yougstrom, 2004; Fernell et al., 2007).

A literatura científica referida apresenta critérios de inclusão nos grupos clínicos, semelhantes aos utilizados para esta investigação. Verifica-se que as principais diferenças se encontram nas idades e no limite mínimo para o QIEC.

Alguns estudos apontam para pequenas variações no *ACID Profile*, retirando ou acrescentando outros subtestes da WISC-III como constituintes do perfil cognitivo da PHDA (Villalobos et al., 2007; Mahone et al., 2003).

No que se refere ao perfil social das crianças com diagnóstico de PHDA, são muitas vezes referidas, para além das características comportamentais inerentes ao diagnóstico, questões emocionais e problemas de relacionamento com os pares. Estas situações são comumente relatadas pelos pais e professores (García, Jara & Sánchez, 2011; Papageorgiou, Kalyva, Dafoulis & Vostanis, 2008).

O nível de concordância entre os relatos de pais e professores é uma variável pouco estudada na literatura. Os estudos revistos apontam para uma harmonia moderada na caracterização comportamental e social das crianças com PHDA (Lizuka et al., 2010; Papageorgiou et al., 2008).

A maioria dos estudos realizados é de origem estrangeira, importa também destacar que a PHDA é descrita como sofrendo de influências culturais (APA, 2006).

No sentido de suprir a necessidade de investigação nesta área em Portugal, adequando o perfil da PHDA ao nosso modelo de cultura, surge também a pertinência deste estudo.

A interligação da avaliação cognitiva com a avaliação das capacidades e dificuldades por parte dos pais e professores ganha a sua força nas referências ao diagnóstico integrativo sugerido nos vários estudos descritos. Os níveis de concordância entre os descritores comportamentais e sociais das crianças com esta perturbação, pais e professores, são também um fundamento para este estudo, tentando suprir outra lacuna na investigação.

Todos os pontos referidos resumem a relevância global deste estudo, que pressupõe num maior conhecimento das especificidades desta perturbação em crianças em idade escolar, e em particular, no auxílio aos diferentes intervenientes no processo educativo dos sujeitos, dotando-os do conhecimento de um perfil tipo para a PHDA. Esta finalidade visa auxiliar no diagnóstico e intervenção, assim como permitir uma melhor adequação da intervenção às necessidades da criança com PHDA por parte dos diferentes intervenientes no seu processo educativo e desenvolvimental.

Face ao exposto definiu-se um objetivo geral para esta investigação: Definir o Perfil Cognitivo (delineado através da aplicação da WISC-III) e de Capacidades e Dificuldades de crianças com diagnóstico de PHDA (delineado através do SDQp e SDQpr)

Materiais e Métodos

Tipo de Estudo e Hipóteses

O presente trabalho afigura-se como um estudo quantitativo, no que se refere ao método de dados, transversal, no que respeita ao momento de colheita de dados e quanto ao objetivo é correlacional.

Tomando como linha de base a literatura e o objetivo anteriormente definido, este estudo procura evidências para três hipóteses:

H1: As crianças do Grupo 2 (com diagnóstico de PHDA) apresentam um Perfil Cognitivo inferior às do Grupo 1 (sem diagnóstico de PHDA);

H2: As crianças do Grupo 2 (com diagnóstico de PHDA) apresentam um Perfil de Capacidades e de Dificuldades mais acentuado do que as crianças do Grupo 1 (sem diagnóstico de PHDA) tanto na perspectiva dos pais como dos professores;

H3: O Perfil de Capacidades e de Dificuldades das crianças de ambos os grupos é igual quando se comparam as perspetivas dos pais com as dos professores.

Participantes

Este estudo foi constituído por quatro amostras. Uma amostra de pais e de professores de crianças composta por 52 sujeitos. E ainda, duas amostras de crianças de ambos os sexos residentes no Distrito de Leiria e com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, que constituíram o Grupo 2 (com PHDA) com 25 sujeitos, e o Grupo 1 (sem PHDA) com 27 sujeitos.

Para a integração no Grupo 2 (com PHDA), as crianças deveriam cumprir os seguintes critérios:

- Possuir um diagnóstico efetivo de PHDA, tendo sido este critério verificado através de relatórios anteriores (cedidos para consulta pelos pais) de profissionais de saúde, como pediatras e psicólogos; não apresentar défice cognitivo (QIEC na WISC-III igual ou superior a 80, correspondente ao limite superior da classificação Médio Inferior a partir da qual, em sentido descendente, se considera que a criança

apresenta Dificuldades de Aprendizagem e possível Défice Cognitivo (Simões, Rocha & Ferreira, 2003); e, não apresentar diagnósticos comorbidos de Dificuldades de Aprendizagem (p.e. Dislexia).

Para a integração no Grupo 1 (sem PHDA), as crianças deveriam cumprir os seguintes critérios:

- Não apresentar qualquer comprometimento ao nível das aprendizagens, tendo sido este critério verificado através dos relatos dos pais e professores e novamente comprovado através da aplicação dos instrumentos utilizados neste estudo; e, não apresentar défice cognitivo (QIEC na WISC-III igual ou superior a 80).

Para todos os sujeitos foi obtido o consentimento informado (Anexo 1). A amostra é de carácter não probabilístico por conveniência, as crianças, pais e professores foram identificados no período definido para a recolha de dados pelo método de Bola de Neve.

Procedimentos

Os dados foram recolhidos entre os meses de Agosto e Dezembro de 2011. Os sujeitos seleccionados por conveniência foram encaminhados para um consultório particular devidamente autorizado (Anexo 2) onde se realizou a avaliação.

Inicialmente efetivou-se uma entrevista informal aos pais com o intuito de explicar a investigação, obter o consentimento informado e garantir alguns critérios de inclusão para os diferentes grupos, nomeadamente, a certificação de que as crianças do Grupo 2 (com PHDA) não se encontravam medicadas (*Metilfenidato*) no momento da avaliação. Seguidamente foram entregues aos pais os questionários SDQp (versão para pais) e SDQpr (versão para professores), com indicações para o seu preenchimento e posterior devolução (o contato com os professores foi reduzido, tendo ficado ao cuidado dos pais a função de entrega e recolha do questionário SDQpr).

Posteriormente foi dado início à avaliação com a WISC-III. Visto que o instrumento utilizado é extenso, e com a finalidade de minimizar variáveis parasitas (p.e. o cansaço), este momento compreendeu duas etapas, subdividindo-se a WISC-

III numa primeira parte composta pelos subtestes Completamento de Gravuras, Informação, Código, Semelhanças, Disposição de Gravuras e Aritmética; e numa segunda parte composta pelos subtestes Cubos, Vocabulário, Composição de Objetos, Compreensão, Pesquisa de Símbolos e Memória de Dígitos.

Para finalizar foi novamente realizado um momento com os pais que pressupôs a recolha dos questionários preenchidos, um *feedback* acerca da avaliação, o esclarecimento de possíveis dúvidas relativas à investigação e um agradecimento final com a entrega de uma pequena lembrança para as crianças.

Instrumentos

Esta descrição comporta os instrumentos utilizados para obter a avaliação das capacidades e dificuldades das crianças na perspectiva dos pais e dos professores, assim como, para avaliar as próprias crianças.

Questionário de Capacidades e Dificuldades (Versão para Pais e Professores)

The Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ (Autor: Goodman, R.)¹

O SDQ é constituído por vinte e cinco itens organizados em cinco escalas, cada uma composta por cinco itens (Anexo 3 e Anexo 4). Cada item tem três opções de resposta: “*Não é verdade*”; “*É um pouco verdade*”; “*É muito verdade*”. A opção “*É um pouco verdade*” é sempre cotada com o valor 1 (um). Cada uma das duas outras opções pode ser cotada respectivamente com 0 (zero) “*Não é verdade*” e 2 (dois) “*É muito verdade*”, excepto nos cinco itens de cotação invertida: “*Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam*”; “*Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga*”; “*Em geral as outras crianças gostam dele/a*”; “*Pensa nas coisas antes de as fazer*”; “*Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção*”. A pontuação total de cada uma das cinco escalas pode variar entre 0 e 10 se os cinco itens tiverem sido respondidos. O resultado de cada escala pode ser considerado desde que pelo menos três itens tenham obtido resposta.

¹ Este instrumento encontra-se sujeito a direitos de autor, no entanto, constitui-se de livre acesso e utilização. Encontra-se disponível *online* em www.sdqinfo.com.

No Quadro 1 apresentam-se os itens que constituem as cinco escalas avaliadas pelo instrumento.

Quadro 1

Itens que constituem as cinco escalas medidas pelo SDQp e SDQpr.

Escalas	Itens
Sintomas Emocionais	<ul style="list-style-type: none"> - Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos. - Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a. - Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a. - Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a. - Tem muitos medos, assusta-se com facilidade.
Problemas de Comportamento	<ul style="list-style-type: none"> - Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras. - Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam.* - Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as. - mente frequentemente ou engana. - Rouba em casa, na escola ou em outros sítios.
Hiperatividade	<ul style="list-style-type: none"> - É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a. - Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos. - Distrai-se com facilidade. - Pensa nas coisas antes de as fazer.* - Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção.*
Problemas de Relacionamento com os Colegas	<ul style="list-style-type: none"> - Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a. - Tem pelo menos um bom amigo/ uma boa amiga.* - Em geral as outras crianças gostam dele/a.* - As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no/a ou intimidam-no/a. - Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças.
Comportamento Pró-Social	<ul style="list-style-type: none"> - É sensível aos sentimentos dos outros. - Partilha facilmente com outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.) - Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente. - É simpático/a e amável com crianças mais pequenas. - Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças).

* Itens de ordem invertida.

Através deste instrumento é ainda possível obter mais duas dimensões, a “Pontuação Total de Dificuldades” e o “Suplemento de Impacto”. A Pontuação Total de Dificuldades é calculada através da soma da pontuação total de todas as escalas, com exceção da escala de Comportamento Pró-Social. A pontuação desta dimensão poderá variar entre 0 (zero) e 40 (quarenta), não podendo ser calculada caso a pontuação de alguma das escalas, excepto da escala de Comportamento Pró-Social, esteja ausente.

O Suplemento de Impacto é calculado através da soma dos itens relativos ao sofrimento global e às dificuldades sociais, correspondentes às questões para os Pais

“Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho / a sua filha?” e “Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho / da sua filha nas seguintes áreas? Em casa; Com os amigos; Na aprendizagem na escola; Nas brincadeiras/tempos livres”, às questões para os Professores “Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o aluno / a aluna?” e “Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do aluno / da aluna nas seguintes áreas? Relações com os colegas; Na aprendizagem na escola”.

Verificamos assim que, no SDQp para o Suplemento de Impacto temos um somatório de cinco respostas que varia entre 0 (Zero) e 10 (Dez); e no SDQ pr temos um somatório de três respostas que variam entre 0 (Zero) e 6 (Seis).

As respostas às questões sobre a cronicidade e sobrecarga para os outros não são incluídas na cotação do Suplemento de Impacto. Quando os entrevistados responderem “Não” à primeira questão opcional para pais *“Em geral parece-lhe que o seu filho/ a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?”*, ou à primeira questão opcional para professores *“Em geral parece-lhe que este aluno/ esta aluna tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?”* Não deverão responder às restantes questões, e nestas circunstâncias, a pontuação do Suplemento de Impacto será automaticamente 0 (Zero).

A interpretação das pontuações obtidas para os diferentes entrevistados poderá ser consultada no Anexo 5.

A escolha deste instrumento para a presente investigação tem por base as suas boas propriedades psicométricas, nomeadamente, de validade e fidedignidade, assim como a fácil aplicação e cotação (Marzocchi et al., 2004). Este instrumento apresenta uma especificidade de 94,6% e uma sensibilidade de 63,3%, atingindo os 70,0% para problemas de comportamento, hiperatividade, perturbações do humor e ansiedade (Moura, Encarnação & Gomes, 2010).

Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - III (WISC-III)

Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition (Autor: Wechsler, D.)²

Este instrumento é constituído por vários subtestes, cada um deles avalia aspectos distintos da inteligência. Em termos de análise dos resultados, o desempenho dos sujeitos pode ser sintetizado em três resultados compósitos identificados como QI Verbal (QIV), QI de Realização (QIR) e QI da Escala Completa (QIEC), e ainda em três Índices Factoriais: Índice de Compreensão Verbal, Índice de Organização Perceptiva e Índice de Velocidade de Processamento. Os resultados são obtidos através das respostas dadas pelo sujeito nos diferentes subtestes aplicados. Os objetivos específicos para cada subteste podem ser consultados no Quadro 2.

Quadro 2

Objetivos específicos para cada subteste da WISC-III.

Subtestes WISC-III	Descrição
Completamento de Gravuras	- Solicita-se ao sujeito para observar a gravura e nomear ou apontar a parte importante que falta;
Informação	- Compreende diversas questões de informação geral, às quais o sujeito deve responder oralmente;
Código	- Pede-se ao sujeito que copie símbolos ou números associados a figuras geométricas;
Semelhanças	- Pede-se ao sujeito que indique oralmente as semelhanças entre duas palavras;
Disposição de Gravuras	- São apresentados ao sujeito, de forma desordenada, cartões que contam uma história, sendo que o sujeito terá que os colocar na ordem correta;
Aritmética	- Solicita-se ao sujeito que resolva mentalmente um conjunto de problemas aritméticos;
Cubos	- Apresentam-se ao sujeito desenhos a duas cores, e pede-se-lhe para reproduzir o que vê, utilizando cubos;
Vocabulário	- O examinador lê uma palavra ao sujeito e pede-lhe que a defina oralmente;

² Este instrumento encontra-se sujeito a direitos de autor, não sendo por esse motivo possível a divulgação dos procedimentos de cotação ou tabelas normativas.

Quadro 2

Objetivos específicos para cada subteste da WISC-III (Continuação).

Subtestes WISC-III	Descrição
Composição de Objetos	- O sujeito deve reunir, dentro de um tempo limite, várias peças de tipo puzzle, de modo a construir um objeto familiar;
Compreensão	- Solicita-se ao sujeito que responda verbalmente a uma série de perguntas relativas a problemas do quotidiano, compreensão de regras e conceitos sociais;
Pesquisa de Símbolos	- O sujeito deve decidir, se encontra, assinalando SIM ou NÃO, um determinado símbolo isolado, numa série de outros símbolos;
Memória de Dígitos (Subteste Opcional)	- O examinador lê várias sequências de números e solicita ao sujeito que a repita pela mesma ordem (Sentido Direto) e também pela ordem inversa (Sentido Inverso);

A codificação dos resultados é variada e dependendo do subteste, poderão ser tomadas em consideração pontuações de bonificação relativamente ao tempo. Após a obtenção dos resultados brutos (somatório da pontuação do sujeito para os diferentes subtestes), o avaliador converte esses mesmos resultados, com recurso às tabelas normativas disponibilizadas no manual da WISC-III, em resultados padronizados (que dependem da idade cronológica do sujeito, anteriormente aferida). Posteriormente, o somatório dos resultados padronizados é confrontado com as tabelas de conversão (também disponíveis no manual da WISC-III), obtendo-se assim o resultado final referente ao QI Real do sujeito e ainda dos respectivos Índices Fatoriais.

A escolha deste instrumento para a presente investigação tem por base as suas boas propriedades psicométricas, em particular, a fidelidade que varia entre os 0,49 e os 0,94, e ainda, a consistência interna que varia entre os 0,62 e os 0,84, dependendo de cada subteste (Simões et al., 2003).

Foi ainda incluído na recolha de dados o sexo, a idade e o ano de escolaridade das crianças.

Análise Estatística

O programa informático de análise estatística utilizado foi o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) – Versão 19.0. Para este estudo foi utilizada a Estatística Descritiva, nomeadamente, Frequências Relativas, Medidas de Tendência Central (Mediana e Média) e ainda, Medidas de Dispersão e Variabilidade (Desvio-Padrão).

Antes da aplicação do teste estatístico, foi utilizado o teste Kruskal-Wallis ($N > 50$) afim de verificar a normalidade da distribuição dos dados. Como a distribuição não era normal, foram utilizados testes não paramétricos, como o Qui Quadrado, teste U de Mann Whitney para amostras independentes e o teste Wilcoxon para amostras emparelhadas.

Os valores em falta foram substituídos pela média das respostas, em virtude de se totalizarem como inferiores a 10% (Pestana & Gageiro, 2005).

Resultados

a) Análise da Homogeneidade das Amostras (crianças) quanto ao Sexo e Idade

No Grupo de 1 (sem PHDA) temos 70,4% de crianças do sexo masculino e no Grupo 2 (com PHDA) 72%. Podemos verificar (Tabela 1) que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o Grupo 1 (sem PHDA) e o Grupo 2 (com PHDA) para a variável sexo, ou seja, são homogêneos.

Tabela 1

Resultados da aplicação do teste Qui Quadrado à variável sexo consoante o grupo de pertença da amostra.

		Grupo 1 (sem PHDA) N = 27		Grupo 2 (com PHDA) N = 25	
		Nº	%	Nº	%
Sexo	Masculino	19	70,4	18	72,0
	Feminino	8	29,6	7	28,0

χ^2 0,0 p=1,0

Verificou-se pelos dados apresentados na Tabela 2 que as crianças do Grupo 2 (com PHDA) são, em média, mais velhas do que as do Grupo 1 (sem PHDA), no entanto, essas diferenças não apresentam significado estatístico ($p > 0,05$).

Tabela 2

Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney à variável idade consoante o grupo de pertença da amostra.

		N	\bar{X}	s	Med	Média de Rank	U	Z	p
Idade (Anos)	Grupo 1 (sem PHDA)	27	7,9	1,6	8,0	24,6	286,5	-0,9	0,343
	Grupo 2 (com PHDA)	25	8,5	2,0	8,0	28,5			

Na Tabela 3 é possível observar que, para o Grupo 1 (sem PHDA), a amostra foi constituída por uma percentagem maior de crianças a frequentar o 2º ano e o 4º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico. Já para o Grupo 2 (com PHDA) existe um maior

número de crianças do 1º e 2º ano do 1º Ciclo do ensino Básico, do 6º ano do 2º Ciclo do Ensino Básico.

Tabela 3

Distribuição das crianças consoante o ano de escolaridade por grupo de pertença.

	Grupo 1 (sem PHDA) N = 27		Grupo 2 (com PHDA) N = 25		
	Nº	%	Nº	%	
Ano Escolaridade	1º	5	18,5	6	24,0
	2º	7	25,9	6	24,0
	3º	4	14,8	2	8,0
	4º	7	25,9	1	4,0
	5º	2	7,4	4	16,0
	6º	1	3,7	6	24,0
	7º	1	3,7	0	00,0

b) Teste de Hipóteses

H1: As crianças do Grupo 2 (com diagnóstico de PHDA) apresentam um Perfil Cognitivo inferior às do Grupo 1 (sem diagnóstico de PHDA).

Pela análise dos resultados referentes aos subtestes que compõem o QIV verificámos que as crianças pertencentes ao Grupo 2 (com PHDA) apresentaram, uma Média de Rank mais baixa em todas as áreas. Deste modo as diferenças têm significado estatístico, com exceção do subteste Informação (Tabela 4).

Tabela 4

Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney para a variável QIV consoante o grupo de pertença da criança.

	Grupo 1 (sem PHDA) N = 27				Grupo 2 (com PHDA) N = 25				U	Z	p	
	\bar{x}	s	med	Média de Rank	\bar{x}	s	med	Média de Rank				
WISC-III (QIV)	a)	10,7	3,1	11,0	29,1	9,5	2,6	9,0	23,6	266,0	-1,3	0,187
	b)	12,5	3,0	13,0	33,2	9,9	2,4	9,0	19,2	156,5	-3,3	0,001
	c)	10,4	2,0	10,0	33,2	8,4	1,9	8,0	19,2	156,5	-3,3	0,001
	d)	11,2	3,2	10,0	31,3	9,1	2,3	9,0	21,2	207,0	-2,4	0,016
	e)	12,4	2,7	12,0	31,1	10,5	2,8	10,0	21,4	212,0	-2,3	0,021
	f)	9,9	2,2	10,0	30,3	8,5	1,9	9,0	21,0	205,5	-2,2	0,022

a) Informação; b) Semelhanças; c) Aritmética; d) Vocabulário; e) Compreensão; f) Memória de Dígitos

Pela análise dos resultados referentes aos subtestes que compõem o QIR (Tabela 5) verificámos que as crianças pertencentes ao Grupo 2 (com PHDA) apresentaram, uma Média de Rank mais baixa em todas as áreas. Podemos, ainda, referir a existência de diferenças estatisticamente significativas em cinco subtestes, sendo que apenas o subteste Código não apresenta diferenças entre os dois grupos.

Tabela 5

Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney para a variável QIR consoante o grupo de pertença da criança.

	Grupo 1 (sem PHDA) N = 27				Grupo 2 (com PHDA) N = 25				U	Z	p	
	\bar{x}	s	med	Média de Rank	\bar{x}	s	med	Média de Rank				
WISC-III (QIR)	g)	11,2	2,4	11,0	34,0	8,1	2,4	8,0	18,3	133,0	-3,7	0,000
	h)	9,7	2,2	10,0	29,0	8,7	2,5	8,0	23,7	269,5	-1,2	0,206
	i)	10,4	2,3	10,0	32,0	8,4	3,2	8,0	20,5	188,0	-2,7	0,006
	j)	10,5	2,5	11,0	34,0	7,5	2,4	7,0	17,8	121,5	-3,9	0,000
	k)	9,4	2,2	9,0	31,1	7,7	2,5	7,0	21,5	213,0	-2,2	0,022
	l)	10,0	2,3	10,0	30,3	8,6	2,1	9,0	21,5	213,0	-2,1	0,032

g) Completamento de Gravuras; h) Código; i) Disposição de Gravuras; j) Cubos; k) Composição de Objetos; l) Pesquisa de Símbolos

A análise dos dados apresentados na Tabela 6 permite-nos afirmar que as diferenças encontradas nos QIs e nos Índices Fatoriais têm significado estatístico em todas as áreas. De ressaltar ainda, que os valores da Média de Rank são maiores nas crianças do Grupo 1 (sem PHDA).

Tabela 6

Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney para as variáveis QI e Índices Fatoriais consoante o grupo de pertença da criança.

	Grupo 1 (sem PHDA) N = 27				Grupo 2 (com PHDA) N = 25				U	Z	p	
	\bar{x}	s	med	Média de Rank	\bar{x}	s	med	Média de Rank				
WISC-III (QI/ Índices Fatoriais)	m)	108,9	14,6	108,0	33,8	95,6	11,1	94,0	18,5	139,5	-3,6	0,000
	n)	101,0	9,5	101,0	35,2	86,1	12,2	86,0	17,0	102,0	-4,3	0,000
	o)	105,1	12,2	105,0	35,3	88,4	12,5	88,0	16,9	97,5	-4,3	0,000
	p)	109,9	14,7	109,0	33,1	97,7	12,0	97,0	19,3	158,5	-3,2	0,001
	q)	102,2	10,1	101,0	35,2	85,9	12,0	84,0	17,0	100,5	-4,3	0,000
	r)	100,1	10,1	100,0	30,0	92,8	11,6	92,0	21,7	219,0	-2,0	0,045

m) QI Verbal; n) QI Realização; o) QI Escala Completa; p) Índice Fatorial de Compreensão Verbal; q) Índice Fatorial de Organização Perceptiva; r) Índice Fatorial de Velocidade de Processamento

À semelhança dos indicadores anteriores, as diferenças encontradas nos Percentis referentes aos QIs e aos Índices Fatoriais têm significado estatístico em todas as áreas. Salvaguardando que os valores da Média de Rank são maiores nas crianças do Grupo 1 (sem PHDA) (Tabela 7).

Tabela 7

Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney para a variável Percentis referente aos QIs e aos Índices Fatoriais, consoante o grupo de pertença da criança.

	Grupo 1 (sem PHDA) N = 27				Grupo 2 (com PHDA) N = 25				U	Z	p
	\bar{x}	s	med	Média de Rank	\bar{x}	s	med	Média de Rank			
s)	65,9	23,6	70,0	33,8	40,2	23,5	34,0	18,5	139,5	-3,6	0,000
t)	52,3	21,2	53,0	35,2	22,8	21,9	18,0	17,0	102,0	-4,3	0,000
u)	59,4	24,7	63,0	35,3	25,8	23,5	21,0	16,9	97,5	-4,3	0,000
v)	67,7	24,2	72,0	33,1	44,8	25,3	42,0	19,3	158,5	-3,2	0,001
x)	54,2	21,1	53,0	35,2	22,9	22,0	14,0	17,0	100,5	-4,3	0,000
y)	50,0	23,1	50,0	30,1	35,7	22,2	30,0	21,7	217,5	-2,0	0,042

s) Percentil QI Verbal; t) Percentil QI Realização; u) Percentil QI Escala Completa; v) Percentil Índice Fatorial de Compreensão Verbal; x) Percentil Índice Fatorial de Organização Perceptiva; y) Percentil Índice Fatorial de Velocidade de Processamento

H2: As crianças do Grupo 2 (com diagnóstico de PHDA) apresentam um Perfil de Capacidades e de Dificuldades mais acentuado do que as crianças do Grupo 1 (sem diagnóstico de PHDA) tanto na perspectiva dos pais como dos professores.

Da análise dos resultados das principais dimensões das Capacidades e Dificuldades das crianças na opinião dos pais, constatou-se que (Tabela 8) as Médias de Rank apresentadas pelas crianças do Grupo 2 (com PHDA) são mais elevadas do que as do Grupo 1 (sem PHDA), com exceção do Comportamento Pró-Social. No entanto, apenas têm significado estatístico na dimensão Problemas de Comportamento ($p < 0,05$) e na dimensão Problemas de Relacionamento com os Colegas ($p < 0,05$).

Relativamente ao Total de Dificuldades e ao Suplemento de Impacto verificou-se igualmente uma Média de Rank mais elevada nas crianças do Grupo 2 (com PHDA), sendo a diferença entre os grupos estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabela 8

Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney para a variável Capacidades e Dificuldades na opinião dos pais, consoante o grupo de pertença da criança.

	Grupo 1 (sem PHDA) N = 27				Grupo 2 (com PHDA) N = 25				U	Z	p	
	\bar{x}	s	med	Média de Rank	\bar{x}	s	med	Média de Rank				
SDQp (Pais)	1)	2,8	2,3	2,0	22,8	4,0	2,4	4,0	30,4	238,5	-1,8	0,067
	2)	2,6	1,1	3,0	22,4	3,5	1,7	3,0	30,8	228,0	-2,0	0,040
	3)	5,0	1,7	5,0	25,5	5,3	1,5	5,2	27,5	312,0	-0,4	0,636
	4)	4,2	1,0	4,0	22,6	4,8	1,1	5,0	30,6	234,5	-1,9	0,047
	5)	7,9	2,0	8,0	27,5	7,6	2,1	8,0	25,4	310,5	-0,5	0,615
	6)	14,8	3,5	14,0	21,3	17,8	4,2	17,0	32,0	199,0	-2,5	0,011
	7)	0,1	0,6	0,0	21,0	0,6	1,6	0,0	24,0	209,0	-1,4	0,160

1) Sintomas Emocionais; 2) Problemas de Comportamento; 3) Hiperatividade; 4) Problemas de Relacionamento com Colegas; 5) Comportamento Pró-Social; 6) Total de Dificuldades; 7) Suplemento de Impacto (N =22 em ambos os Grupos).

Da análise dos resultados das principais dimensões das Capacidades e Dificuldades das crianças na opinião dos professores constatou-se que (Tabela 9) as Médias de Rank apresentadas pelas crianças do Grupo 2 (com PHDA) são mais elevadas do que as do Grupo 1 (sem PHDA), com exceção dos itens Problemas de Comportamento e Comportamento Pró-Social. No entanto, nenhuma das dimensões apresenta diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente ao Total de Dificuldades e ao Suplemento de Impacto verificou-se igualmente uma Média de Rank mais elevada nas crianças do Grupo 2 (com PHDA), não sendo a diferença entre os grupos estatisticamente significativa ($p>0,05$).

Tabela 9

Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney para a variável Capacidades e Dificuldades na opinião dos professores, consoante o grupo de pertença da criança.

	Grupo 1 (sem PHDA) N = 27				Grupo 2 (com PHDA) N = 25				U	Z	p	
	\bar{x}	s	med	Média de Rank	\bar{x}	s	med	Média de Rank				
SDQpr (Professores)	8)	2,5	2,2	2,5	26,1	2,5	1,3	2,5	26,8	328,5	-0,1	0,868
	9)	3,0	2,1	3,0	27,2	2,7	1,1	2,8	25,6	317,0	-0,3	0,703
	10)	5,3	2,1	5,9	24,6	6,0	1,9	5,6	28,5	286,5	-0,9	0,347
	11)	4,1	1,4	4,0	26,0	3,9	1,0	4,0	27,0	324,0	-0,2	0,797
	12)	7,1	2,5	8,0	29,5	6,6	1,4	6,9	23,1	254,0	-1,5	0,124
	13)	15,0	5,1	15,0	24,7	15,1	3,1	15,1	28,4	289,0	-0,8	0,373
	14)	0,1	0,4	0,0	19,8	0,4	1,5	0,0	20,1	187,0	-0,1	0,873

8) Sintomas Emocionais; 9) Problemas de Comportamento; 10) Hiperatividade; 11) Problemas de Relacionamento com Colegas; 12) Comportamento Pró-Social; 13) Total de Dificuldades; 14) Suplemento de Impacto (N=20 e N=19 respetivamente para o Grupo 1 e 2).

H3: O perfil de Capacidades e de Dificuldades das crianças de ambos os grupos é igual quando se comparam as perspetivas dos pais com as dos professores.

Apresentam-se os dados relativos às diferenças dos pais e dos professores no que diz respeito à avaliação das capacidades e dificuldades das crianças. De salientar que para facilitar a análise apenas foram colocados os dados relativos aos N cujos valores se apresentaram mais altos ou mais baixos, não se incluindo assim, os valores iguais.

Na Tabela 10 é possível verificar que, no que se refere ao Grupo 1 (sem PHDA), não existem diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dadas pelos pais e pelos professores relativamente às Capacidades e Dificuldades das crianças. No que se refere ao Grupo 2 (com PHDA), as diferenças de resposta entre pais e professores são estatisticamente significativas, com exceção do item respeitante à Hiperatividade.

Tabela 10

Resultados da aplicação do teste Wilcoxon para a análise das diferenças entre pais e professores na avaliação das Capacidades e Dificuldades, consoante o grupo de pertença da criança.

Diferenças entre SDQp e SDQpr	Grupo 1 (sem PHDA)				Grupo 2 (com PHDA)			
	Média de Rank (N)				Média de Rank (N)			
	SDQp > SDQ pr	SDQp < SDQ pr	Z	p	SDQp > SDQ pr	SDQp < SDQ pr	Z	p
15)	10,8 (9)	11,1 (12)	-0,6	0,530	4,5 (8)	15,0 (13)	-2,7	0,006
16)	10,1 (10)	9,8 (9)	-0,2	0,806	8,2 (7)	12,3 (14)	-2,0	0,043
17)	11,2 (15)	13,3 (8)	-0,9	0,342	12,8 (16)	11,8 (8)	-1,5	0,114
18)	11,4 (9)	10,6 (12)	-0,4	0,655	6,2 (7)	13,3 (14)	-2,5	0,012
19)	10,3 (11)	14,3 (13)	-1,0	0,295	11,7 (4)	11,4 (18)	-2,5	0,010
20)	12,3 (13)	13,7 (12)	-0,0	0,946	10,2 (7)	14,0 (18)	-2,4	0,015

15) Sintomas Emocionais; 16) Problemas de Comportamento; 17) Hiperatividade; 18) Problemas de Relacionamento com Colegas; 19) Comportamento Pró-Social; 20) Total de Dificuldades

Em síntese do Perfil Cognitivo, apresentamos nas Figura 1, Figura 2 e na Figura 3 uma apreciação dos dados médios obtidos pelos dois grupos na WISC-III. As figuras seguintes sintetizam os dados relativos ao perfil cognitivo das crianças com PHDA, por comparação com as crianças sem esta patologia e onde se podem verificar as diferenças em todos os indicadores.

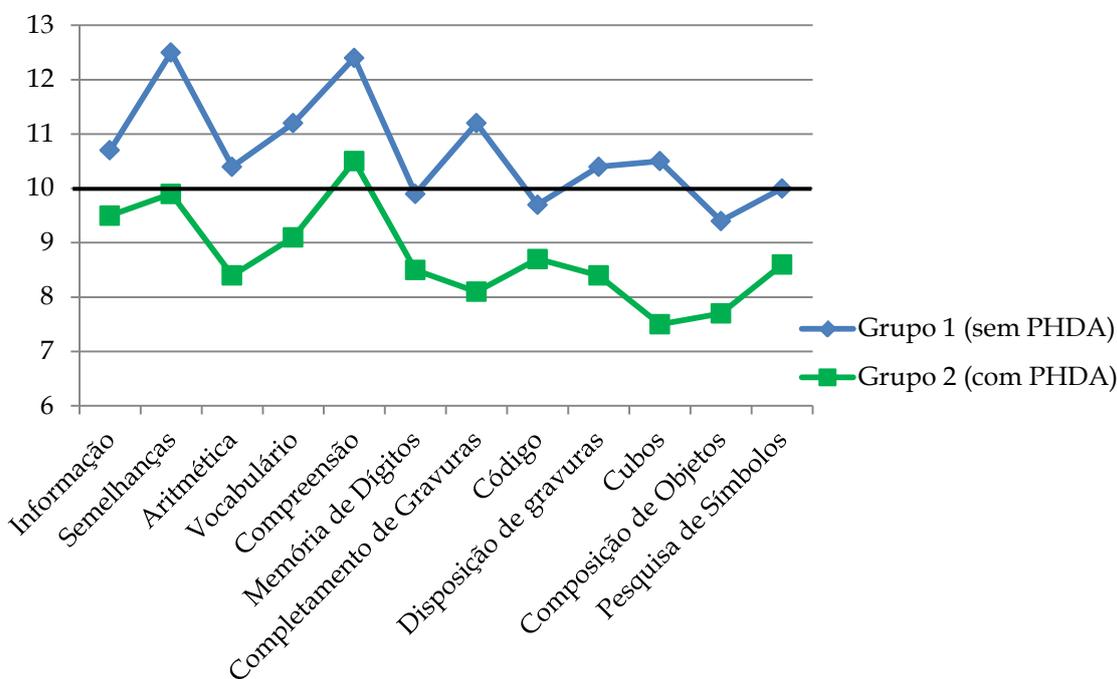


Figura 1. Comparação do Perfil de valores médios obtidos nos diferentes subteste da WISC-III para o Grupo 1 (sem PHDA) e para o Grupo 2 (com PHDA).

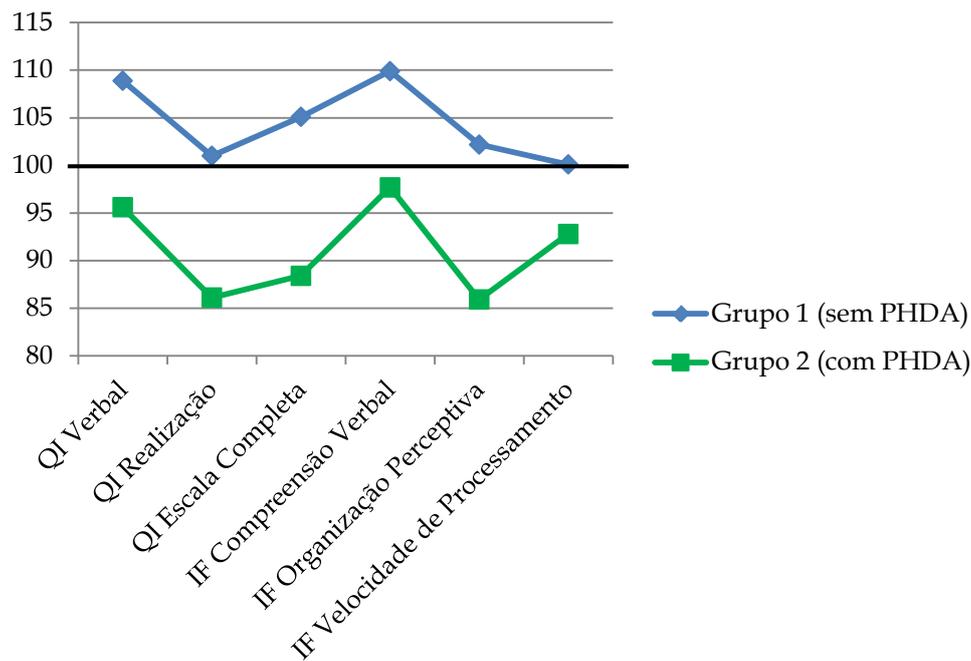


Figura 2. Comparação do Perfil de valores médios obtidos nos QIs e Índices Fatoriais da WISC-III para o Grupo 1 (sem PHDA) e para o Grupo 2 (com PHDA).

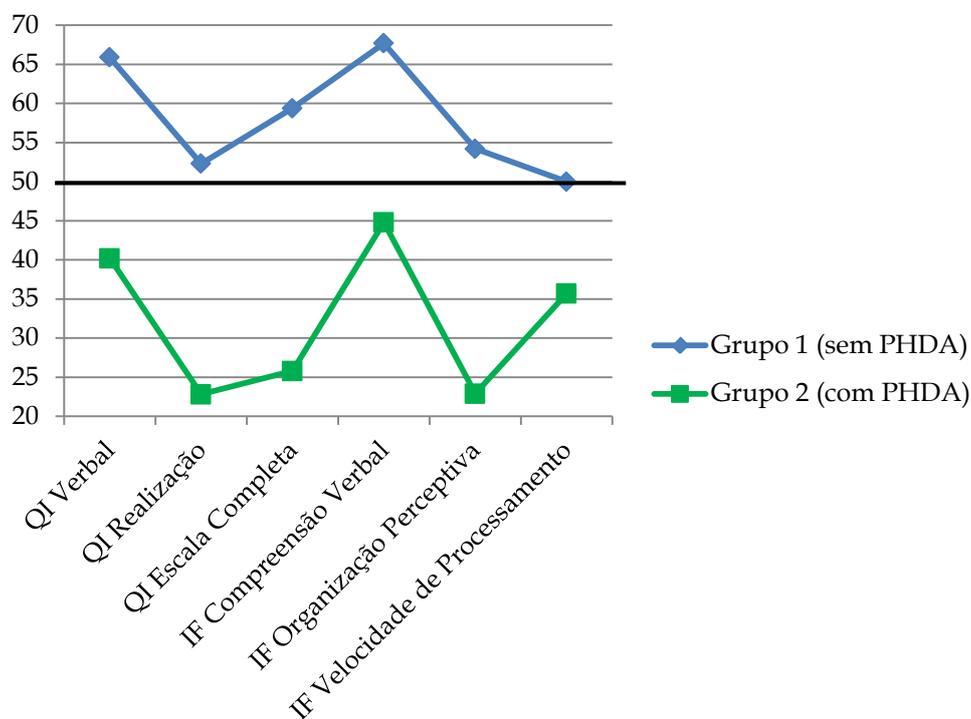
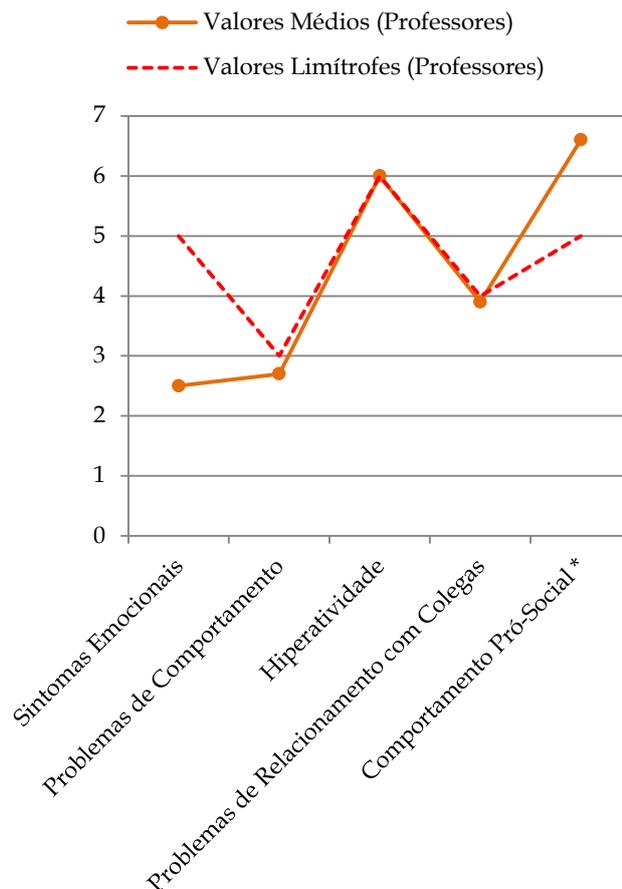
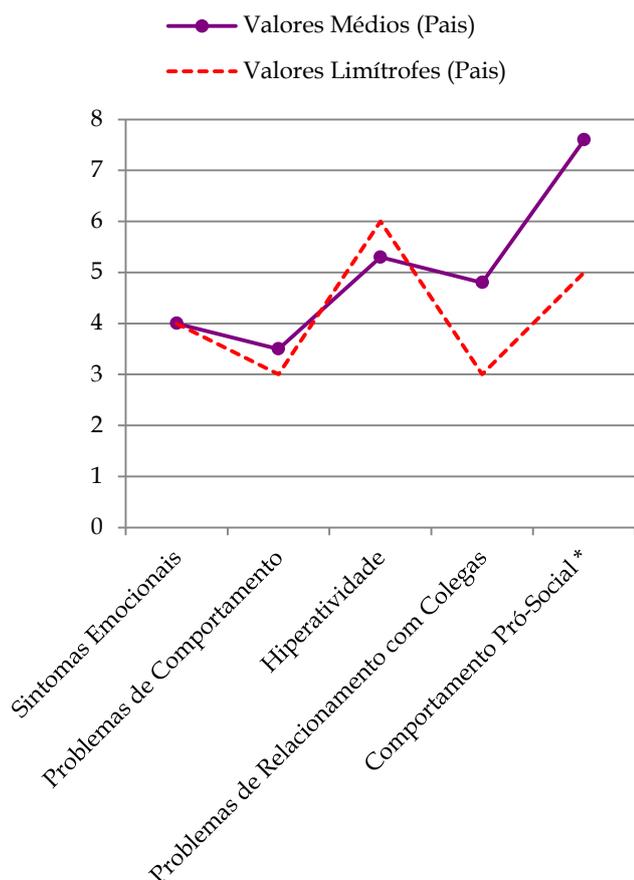


Figura 3. Comparação do Perfil de valores médios obtidos nos Percentis de QIs e Índices Fatoriais da WISC-III para o Grupo 1 (sem PHDA) e para o Grupo 2 (com PHDA).

Em síntese do perfil de Capacidades e Dificuldades, apresentamos a Figura 4 e a Figura 5 também para uma apreciação dos dados médios obtidos através das respostas ao SDQ dos pais e professores para o Grupo 2 (com PHDA). As figuras seguintes sintetizam os dados relativos ao Perfil de Capacidades e Dificuldades das crianças com PHDA, de acordo com a avaliação dos pais e dos professores sendo deste modo possível verificar as diferenças existentes para as várias dimensões.



* A dimensão Comportamento Pró-Social é invertida, a partir do valor limítrofe encontram-se os valores normais.

Figura 4. Comparação dos valores médios obtidos no SDQp (Grupo 2) com os valores limítrofes de referência do instrumento.

Figura 5. Comparação dos valores médios obtidos no SDQpr (Grupo 2) com os valores limítrofes de referência do instrumento.

É possível verificar que o perfil de Capacidades e Dificuldades das crianças com PHDA na opinião dos pais, aponta para dificuldades no que se refere aos Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento e Problemas de

Relacionamento com os Colegas. Já na perspectiva dos professores as crianças do Grupo 2 (com PHDA) apresentam dificuldades ao nível da Hiperatividade. Ambos os avaliadores, pais e professores, concordam que estas crianças apresentam boas capacidades de Comportamento Pró-Social.

Discussão

A amostra de crianças recolhida é maioritariamente composta por sujeitos do sexo masculino, 70,4% para o Grupo 1 (sem PHDA) e 72,0% para o Grupo 2 (com PHDA), embora não existam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2006) a PHDA é mais frequente no sexo masculino numa proporção que oscila entre 2:1 e 9:1. O grupo etário situa-se entre os 6 e os 12 anos, apresentando uma média de idades para o Grupo 1 (sem PHDA) de 7,9 anos, e de 8,5 anos para o Grupo 2 (com PHDA), também aqui as diferenças estatísticas não são significativas. No que se refere ao nível de escolaridade, o Grupo 1 (sem PHDA) apresenta mais crianças no 2º e 4º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico (25,9% para cada ano de ensino), enquanto que o Grupo 2 (com PHDA), demonstra maior número de crianças a frequentar o 1º e 2º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico e ainda, o 6º e 7º ano do 2º Ciclo do Ensino Básico (24,0% para cada ano de ensino).

Para os dados relativos aos subtestes que compõem o QIV na WISC-III, podemos constatar que os subtestes Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Compreensão e Memória de Dígitos apresentam diferenças estatisticamente significativas, quando comparados os Grupos 1 (sem PHDA) e 2 (com PHDA). No que se refere aos dados dos subtestes que compõem o QIR na WISC-III, observam-se valores com diferenças estatísticas significativas para os subtestes Completamento de Gravuras, Disposição de Gravuras, Cubos, Composição de Objetos e Pesquisa de Símbolos, quando comparados os Grupos 1 (sem PHDA) e 2 (com PHDA).

Estes dados apontam para resultados semelhantes aos referidos por Frazier et al. (2004) que destacam os subtestes Aritmética e Memória de Dígitos como parte integrante do Perfil Cognitivo para as crianças com PHDA, baseado na WISC-III. Nos resultados da presente investigação importa destacar também os subtestes Informação e Código como não apresentando diferenças significativas entre o Grupo 1 (sem PHDA) e o Grupo 2 (com PHDA). Segundo Mayes et al. (1998) o *ACID Profile* cai em desuso, dando origem ao *SCAD Profile* que contempla os subtestes Memória de Dígitos, Aritmética, Código e Pesquisa de Símbolos (que substitui o subteste

Informação presente no *ACID Profile*). Podemos sugerir que o subteste Código possa não se apresentar discriminativo para a PHDA, por contemplar factores mais abrangentes de carácter pessoal, como sejam, a ansiedade e o trabalho sob pressão visto que esta é uma prova condicionada a um curto período de tempo.

Os subtestes Semelhanças, Vocabulário e Compreensão (Área Verbal) são considerados, nos dados deste estudo, como discriminativos para a PHDA. Consideramos que estas diferenças (por comparação com o *ACID profile* e com o *SCAD profile*) poderão dever-se à natureza das provas, que apontam para competências do conteúdo e relação conceptual, assim como de raciocínio prático e adaptação social; em tudo áreas que apresentam défices e comprometimento nas crianças com PHDA (Reynolds & Fletcher-Janzen, 2009; Gozal & Molfese, 2005). Os subtestes Completamento de Gravuras, Disposição de Gravuras, Cubos e Composição de Objetos (Área da Realização) são também considerados neste estudo, como discriminativos para a PHDA. Consideramos que estas diferenças (por comparação com o *ACID profile* e com o *SCAD profile*) poderão dever-se novamente à natureza das provas, que apontam para competências no âmbito da memória visual, percepção visuo-espacial e coordenação e organização motora; em tudo áreas que apresentam défices e comprometimento nas crianças com PHDA (Reynolds & Fletcher-Janzen, 2009; Gozal & Molfese, 2005).

Constata-se que a média dos *scores* obtidos pelos sujeitos nos subtestes correspondentes ao QIV e ao QIR é mais baixa no Grupo 2 (com PHDA). Situação que demonstra que as crianças com PHDA exibem em média um Perfil Cognitivo com valores mais baixos do que as crianças sem patologia. É também interessante verificar que as médias dos *scores* obtidos pelo Grupo 2 (com PHDA) nos subtestes do QIR, são inferiores às obtidas pelo mesmo grupo para os subtestes do QIV. Facto que aponta para comprometimentos mais evidentes em provas de realização, e não tanto em provas de carácter verbal. De acordo com Marcelino et al. (1998) as crianças com PHDA exibem valores médios mais elevados em provas de cariz verbal por comparação com um grupo de crianças com dificuldades de aprendizagem.

O QIV e o QIR apresentam diferenças entre o Grupo 1 (sem PHDA) e o Grupo 2 (com PHDA), encontramos novamente aqui valores médios mais baixos para o Grupo 2 (com PHDA). O QIEC apresenta uma diferença de 16,7 pontos do Grupo 1 (sem PHDA) (105,1) para o Grupo 2 (com PHDA) (88,4), sugerindo um nível cognitivo globalmente inferior para os sujeitos com PHDA. De acordo com a metanálise de Frazier, et al. (2004), os sujeitos com PHDA obtêm em média menos 9 pontos no QI Geral (equiparado ao QIEC) por comparação com grupos sem a patologia. Também Jepsen, Fageriund e Mortensen (2009), referem que os grupos clínicos de PHDA apresentam um desempenho inferior em cerca de 9,15 pontos (assumindo um desvio padrão de 15) em relação à média. Os Índices Fatoriais apresentam também diferenças entre os dois grupos, com resultados francamente inferiores no Grupo 2 (com PHDA). Este resultado pode ser explicado em parte pelos valores obtidos pelo grupo de crianças com PHDA nos subtestes que compõem os Índices Fatoriais, no caso da Compreensão Verbal (composto por Informação, Semelhanças, Vocabulário e Compreensão), a Organização Perceptiva (composto por Completamento de Gravuras, Disposição de Gravuras, Cubos e Composição de Objetos), e Velocidade de Processamento (composto por Código e Pesquisa de Símbolos). E podemos ainda tomar em consideração para esta análise que estes valores correspondem a áreas comprometidas nos sujeitos com PHDA (Reynolds & Fletcher-Janzen, 2009), constituindo-se deste modo uma continuidade entre a literatura e a investigação efetuada. Segundo Simões, et al. (2003) o investigador deverá depositar maior confiança nas inferências feitas a partir dos QIs e dos Índices Fatoriais, do que naqueles que dizem respeito aos subtestes individuais, visto que estes contêm menos força psicométrica.

Como seria de esperar, como base no descrito anteriormente, também os Percentis apresentam diferenças importantes entre os dois grupos analisados. Verificando-se assim uma linha de homogeneidade entre os resultados obtidos.

No que se refere à avaliação das Capacidades e Dificuldades das crianças por parte dos pais (SDQp) podemos identificar que apenas os itens Problemas de Comportamento, Problemas de Relacionamento com Colegas e Total de

Dificuldades, apresentam diferenças entre os grupos. O Grupo 2 (com PHDA) obtém valores superiores ao Grupo 1 (sem PHDA) nas dimensões referidas, demonstrando maiores dificuldades relatadas nessas áreas. Os problemas de comportamento e de relacionamento com pares são descritos na literatura como uma área afetada em crianças com PHDA (García, et al., 2011; Gozal & Molfese, 2005), no entanto, seria de esperar que a dimensão Hiperatividade também apresentasse diferenças. Para este resultado poderá ter contribuído o facto do instrumento utilizado não se constituir como específico para a avaliação da PHDA, contemplando por isso afirmações generalistas para a dimensão Hiperatividade. Outra questão poderá estar relacionada com as comorbilidades muitas vezes presentes na PHDA (Lopes, 2004), e que, consoante o seu grau de manifestação podem alterar a percepção dos pais acerca das capacidades e dificuldades dos seus filhos.

No que se refere à avaliação das Capacidades e Dificuldades das crianças por parte dos professores (SDQpr), os resultados indicam que não existem diferenças entre os grupos de crianças estudados. Estes dados poderão ser explicados pelo facto do instrumento não contemplar afirmações específicas de âmbito escolar. Segundo Moura, et al. (2010) o SDQ afigura-se igualmente como um instrumento suscetível a fatores culturais nos diferentes países de aplicação.

É ainda importante ressaltar que 78,5% dos itens avaliados com o SDQ (independentemente de apresentarem ou não diferenças estatisticamente significativas), têm valores médios com relevância clínica (de acordo com as normas do instrumento) para o Grupo 2 (com PHDA), situando-se entre a designação “Limítrofe” e “Anormal”. Esta situação pressupõe que nos casos em que as diferenças não são significativas, os valores apurados não deixam de se constituir como clínicos, estando presentes na vida da criança.

É possível observar a existência de concordância entre avaliadores (pais e professores) na avaliação das capacidades e dificuldades das crianças do Grupo 1 (sem PHDA), no entanto, essa concordância resume-se apenas ao item Hiperatividade quando nos reportamos ao Grupo 2 (com PHDA). A variação entre os avaliadores nos restantes itens do instrumento poderá relacionar-se com o facto

de não terem sido acautelados neste estudo os diferentes subtipos da PHDA, originando a identificação dos sintomas de núcleo (dimensão Hiperatividade), mas provocando oscilações na identificação dos sintomas periféricos. De acordo com o estudo realizado por Cáceres e Herrero (2011), existem diferenças na avaliação dos pais e dos professores relativamente às dimensões que caracterizam a PHDA, que poderão dever-se a questões ambientais de contexto de atuação, questões de carácter de interação com a criança e expectativas dos avaliadores.

Os resultados aqui discutidos fazem globalmente um paralelo com a literatura. As variantes que encontramos poderão ter origem em factores culturais, ambientais, sociais e demográficos. Importa destacar alguns pontos fortes da presente investigação, como sejam 1) a utilização de um instrumento de reconhecido valor mundial na avaliação da inteligência e áreas da cognição (WISC-III); 2) a procura por englobar os diversos domínios da vida da criança, como o contexto de casa e o contexto escolar, no sentido de complementar os dados necessários para o estudo da PHDA; e, 3) a minimização da falha existente na literatura científica em Portugal em torno do perfil das crianças com PHDA.

A generalização dos dados obtidos nesta investigação deverá ser acautelada pelas limitações que apresenta, designadamente 1) a amostra geral é composta por um número reduzido de sujeitos, oriundos apenas de uma determinada região geográfica do país, não se constituindo deste modo, como uma amostra representativa da população portuguesa; 2) o instrumento escolhido para avaliar as capacidades e dificuldades das crianças não apresenta estudos representativos de validação para a população portuguesa e não se constitui como privilegiado para a avaliação da PHDA; e, 3) não foram também neste estudo consideradas as diferenças entre subtipos da PHDA, nem as comorbilidades associadas a este diagnóstico.

Conclusão

A avaliação em Psicologia, em particular no domínio da PHDA, caracteriza-se pelo recurso a vários métodos de recolha de dados e pelo envolvimento de diversos informadores, como sejam a própria criança, os pais e os professores. Será desta forma possível colaborar com outros especialistas no campo do diagnóstico e da adequação da intervenção.

Pretende-se alertar os profissionais de saúde para questões específicas do diagnóstico e avaliação da PHDA, demonstrando através da determinação de um Perfil Tipo quais as particularidades das crianças com esta perturbação. Por exemplo, na avaliação da inteligência, estas crianças apresentam globalmente *scores* mais baixos que não decorrem de défices cognitivos, mas sim, de défices de atenção e de autocontrolo que os impedem de oferecer respostas válidas. Significando que, normalmente, não existirão falhas nas aquisições ou competências, mas sim, défices que provocam falhas na evocação desses mesmos conhecimentos (Jepsen, et al., 2009).

Esta investigação permitiu verificar as duas hipóteses iniciais, as crianças com diagnóstico de PHDA apresentam um Perfil Cognitivo globalmente inferior ao das crianças sem diagnóstico de PHDA, mantendo no entanto, um QIV superior ao QIR. Também para o Perfil de Capacidades e de Dificuldades, as crianças com esta perturbação demonstram genericamente dificuldades mais acentuadas do que as crianças sem PHDA, não obstante, verificam-se níveis normativos de Comportamento Pró-Social. A terceira hipótese não foi verificada, significando a não existência de concordância entre os relatos dos pais e dos professores.

Afigura-se como pertinente a ampliação de estudos deste género, designadamente, comparando grupos divididos pelos subtipos da PHDA e estudos que relacionem o Perfil Cognitivo destas crianças com as diferentes áreas neuropsicológicas afectadas. Revela-se igualmente importante a correlação entre os instrumentos utilizados para o diagnóstico da PHDA, no sentido de compreender a validade concorrente, neste sentido, sugere-se a elaboração de estudos que

correlacionem os itens do SDQ referentes à Hiperatividade com os Perfis Tipo da PHDA definidos na literatura, seja ele o *ACID* ou o *SCAD profile*. Apenas deste modo será possível obter fortes linhas orientadoras para uma intervenção eficaz com crianças com PHDA, orientando também pais e agentes educativos. Esta situação compreende a diminuição dos efeitos da provável cronicidade desta perturbação nos sujeitos, aumentando a sua qualidade de vida e reduzindo possíveis comorbilidades ao longo do seu desenvolvimento.

Bibliografia

Advokat, C.; Martino, L.; Hill, B. D. & Gouvier, W. (2007). Continuous Performance Test (CPT) of College Students with ADHD, Psychiatric Disorders, Cognitive Deficits or no Diagnosis. *Journal of Attention Disorders*, 10 (3), 253-257.

American Academy of Pediatrics, AAP (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 128 (5), 1007-1022.

American Psychiatric Association, APA (2006). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Texto Revisto (DSM-IV-TR)* (J. Almeida, Trad.) (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi.

Anderson V.; Northam, E.; Hendy, J. & Wrennall, J. (2001). *Developmental Neuropsychology: A Clinical Approach*. New York: Psychology Press.

Barkley, R. A. (1997). Behavioural inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.

Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook of Diagnosis and Treatment* (3ª Ed). New York: Guilford Press.

Cáceres, J & Herrero, D. (2011). Cuantificación y análisis de la concordancia entre padres y tutores en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurologia*, 52 (9), 527-535.

Chhabildas, N.; Pennington, B. F. & Willcutt, E. G. (2001). A comparison of the neuropsychological profiles of DSM-IV subtypes of ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29 (6), 529-540.

Fernell, E.; Westerlund, J.; Holmberg, K.; Olsson, P. & Gillberg, C. (2007). Cognitive strengths and deficits in schoolchildren with ADHD. *Acta Paediatrica*, 96, 756-761.

Fonseca, A. C.; Rebelo, J. A.; Simões, A. & Ferreira, J. A. (1995). Comportamentos antissociais no ensino básico: As dimensões do problema. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXIX, 85-105.

Frazier, T. W.; Demaree, H. A. & Yougstrom, E. A. (2004). Meta-analysis of intellectual and neuropsychological test performance in attention-deficit/hyperactive disorder. *Neuropsychology*, 18 (3), 543-555.

García, R.; Jara, P. & Sánchez, D. (2011). School context: family satisfaction and social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 29, 544-551.

Gozal, D. & Molfese, D. L. (2005). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: From Genes to Patients*. New Jersey: Humana Press.

Jepsen, J. R.; Fageriund, B. & Mortensen, E. L. (2009). Do attention deficits influence IQ assessment in children and adolescents with ADHD? *Journal of Attention Disorders*, 12 (6), 551-562.

Jonsdottir S.; Bouma, A.; Sergeant, J.A. & Scherder, E.J.A. (2006). Relationships between neuropsychological measures of executive function and behavioural measures of ADHD symptoms and comorbid behaviour. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21, 383-394.

Lizuka, C.; Yamashita, Y.; Nagamitsu, S.; Yamashita, T., Araki, Y.; Ohya, T. ... Matsuishi, T. (2010). Comparison of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) scores between children with high-functioning autism spectrum disorder (HFASD) and attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD). *Brain and Development*, 32, 609-612.

Lopes, J. A. (2004). *A Hiperatividade*. Coimbra: Quarteto.

Mahone, E. M.; Miller, T. L.; Koth, C. W.; Mostofsky, S. H.; Goldberg, M. C. & Denckla, M. B. (2003). Differences between WISC-R and WISC-III performance scale among children with ADHD. *Psychology in Schools*, 40 (4), 331-340.

Marcelino, P.; Fonseca, A.C.; Boavida, J.; Simões, M. R.; Oliveira, G.; Rebelo, J. A. ... Borges L. (1998). Dificuldades de aprendizagem (LD) e Hiperatividade (ADHD): estudo comparativo. *Psychologica*, 19, 141-163.

Marzocchi, G. M.; Capron, C.; Di Pietro, M.; Tauleria, E. D.; Duyme, M.; Gaspar, M. F. ... Simões, A. (2004). The use of strengths and difficulties questionnaire (SDQ) in southern european countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13 (2), 40-46.

Mayes, S. D.; Calhoun, S. L. & Crowell, E. W. (1998). WISC-III profiles for children with and without learning disabilities. *Psychology in the Schools*, 35 (4), 309-316.

Moura, M.; Encarnação, R. & Gomes, F. (2010). O papel do SDQ (strengths and difficulties questionnaire) como medida de avaliação psicométrica em psiquiatria da infância e da adolescência. *Revista Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*, 28 (1), 77-88.

- Muir-Broadbent, J. E.; Rosenstein, L.D.; Medina, D.E. & Soderberg, C. (2002). Neuropsychological test performance of children with ADHD relative to test norms and parent behavioral ratings. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17, 671-689.
- Papageorgiou, V.; Kalyva, E.; Dafoulis, V. & Vostanis, P. (2008). Differences in parents' and teachers' rating of ADHD symptoms and other mental health problems. *European Journal of Psychiatry*, 22 (4), 200-210.
- Pennington, B. F. & Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Children Psychology and Psychiatry*, 37, 51-87.
- Perugini, E. M.; Harvey, E. A.; Lovejoy, D. W.; Sandstrom, K. & Webb, A. H. (2000). The Predictive Power of Combined Neuropsychological Measures for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children. *Child Neuropsychology*, 6 (2), 101-114.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. (4ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Polanczyk, G.; de Lima, M. S.; Horta, B. L.; Biederman, J. & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 942-948.
- Quay, H. C. (1993). The psychobiology of undersocialized aggressive conduct disorder: a theoretical perspective. *Development Psychopathology*, 5, 165-180.
- Reynolds, C. R. & Fletcher-Janzen, E. (2009). *Handbook of Clinical Child Neuropsychology*. New York: Springer.
- Riccio, C. A.; Homack, S.; Pizzitola, K. J. & Wolfe, M. E. (2006). Differences in academic and executive function domains among children with ADHD Predominantly Inattentive and Combined Types. *Archives of Clinical Neuropsychology* 21, 657-667.
- Sergeant, J. A.; Geurts, H. & Oosterlaan, J. (2002). How specific is a deficit of executive functioning for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder?. *Behavioural Brain Research*, 130, 3-28.
- Sergeant, J. A.; Geurts, H.; Huijbregts, S.; Scheres, A. & Oosterlaan, J. (2003). The top and bottom of ADHD: a neuropsychological perspective. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 583-592.
- Sergeant, J. A.; Oosterlaan, J. & Meere van der, J. J. (1999). *Handbook of Disruptive Behaviour Disorders*. New York: Plenum Press.

Simões, M. R. (1998a). Avaliação psicológica e diagnóstico na perturbação de hiperatividade com défice de atenção (I): entrevistas. *Psychologica*, 19, 43-82.

Simões, M. R. (1998b). Avaliação psicológica e diagnóstico da perturbação de hiperatividade com défice de atenção (II): escalas de avaliação. *Psychologica*, 19, 83-109.

Simões, M.; Rocha, A. M. & Ferreira, C. (2003). *Manual da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - III* (M. Simões & C. Ferreira, Adap.). Lisboa: CEGOC-TEA. (Original em inglês publicado em 1992)

Sonuga-Barke, E. J. S.; Houlberg, K. & Hall, M. (1994). When is impulsiveness not impulsive: the case of hyperactive children's cognitive style. *Journal of Children Psychology and Psychiatric*, 35, 1247-1253.

Taddei, S.; Contena, B.; Caria, M.; Venturini, E. & Venditti, F. (2011). Evaluation of children with attention deficit hyperactivity disorder and specific learning disability on the WISC and Cognitive Assessment System (CAS). *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 29, 574-582.

Villalobos, J. A.; Pintado, I. S.; Mateos, J. D.; Sanz, F. R.; Azón, M. I. & Martín, A. M. (2007). Transtorno por déficit de atención/hiperactividad: perfil intelectual y factor de independencia a la distracción. *Revista de Neurología*, 44 (10), 589-595.

ANEXOS

Anexo 1
Consentimento Informado

Caros Pais/ Encarregados de Educação,

No âmbito da realização de uma Tese de Mestrado subordinada ao tema "*Perfil Cognitivo e Perfil de Capacidades e Dificuldades da Criança com PHDA*" elaborada pela aluna Ana Eloísa Val O. V. de Oliveira do Instituto Superior Miguel Torga (ISMT - Coimbra), apela-se desde já à sua colaboração.

Mais especificamente, este estudo contempla a aplicação de um instrumento de Avaliação Cognitiva (WISC-III) e o preenchimento de um Questionário para Pais (SDQ – Pais) e de um Questionário para Professores (SDQ – Professores).

A aplicação do referido Instrumento é **individual** estando a cargo da responsável pelo estudo **devidamente credenciada e treinada** para esse efeito.

Os resultados são **absolutamente confidenciais** e apenas serão tratados e analisados estatisticamente de modo agregado, e não nominativo.

Pela nossa parte, comprometemo-nos a salvaguardar os melhores interesses das crianças e adolescentes e a **respeitar os seus interesses e motivações**, sendo a **participação dos mesmos voluntária**.

Agradecemos o **preenchimento da Folha de Autorização** anexa e a respetiva **devolução** à responsável pela investigação, no caso de concordar com a participação do(a) seu(sua) filho(a) neste estudo.

Reafirmando o interesse de que se reveste esta investigação para a Psicologia e o Ensino, aproveitamos para lhes apresentar os nossos melhores cumprimentos.

Leiria, 01 de Agosto de 2011

A Investigadora Responsável pelo Estudo e Tratamento dos Dados,

Ana Eloísa Val O. V. de Oliveira
Telemóvel: 964716735

AUTORIZAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

(Consentimento Informado)

Declaro que tomei conhecimento dos objetivos e das condições de participação no estudo "*Perfil Cognitivo e Perfil de Capacidades e Dificuldades da Criança com PHDA*" referente à elaboração de uma Tese de Mestrado da qual é responsável Ana Eloísa Val O. V. de Oliveira, aluna do Instituto Superior Miguel Torga (ISMT – Coimbra).

Concordo com a participação do(a) meu(minha) filho(a) / educando(a) neste estudo.

Nome do(a) aluno(a).....

Turma Ano Escola

Data: 2011 / /

Assinatura do pai (ou da mãe),

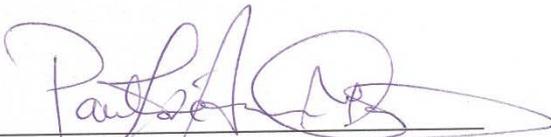
ou do encarregado(a) de educação

Anexo 2
Declaração

DECLARAÇÃO

Para o efeito de recolha de dados com vista à elaboração da Dissertação para a obtenção de Grau de Mestre em Psicoterapia e Psicologia Clínica pelo Instituto Superior Miguel Torga (Escola Superior de Altos Estudos) subordinada ao tema "*Perfil Cognitivo e Perfil de Capacidades e Dificuldades de Crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção*", declaro que autorizo a aluna Ana Eloísa V. O. V. Oliveira (nº 8978) a proceder à sua pesquisa recorrendo aos sujeitos que se deslocam ao Consultório de Psicologia (Rua do Comércio, r/c, nº 21, 2400-124 Leiria), no qual exerço atividade profissional enquanto Psicólogo.

Leiria, 01 de Agosto de 2011



(Paulo José Antunes Matias Costa)

Anexo 3

Questionário de Capacidades e Dificuldades (Versão para Pais)

The Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

P 4-16

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do seu filho / da sua filha nos últimos seis meses.

Nome da criança

Masculino/Feminino

Data de nascimento

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca pára quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mente frequentemente ou engana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, arneçam-no/a ou intimidam-no/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.

Por favor, vire a folha - há mais algumas questões no outro lado

Em geral, parece-lhe que o seu filho / a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

• Há quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho / a sua filha?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho / da sua filha nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM OS AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA APRENDIZAGEM NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAS BRINCADEIRAS/ TEMPOS LIVRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a família?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura

Data

Mãe/Pai/Outro (por favor, indique quem):

Muito obrigado pela sua colaboração

Anexo 4

Questionário de Capacidades e Dificuldades (Versão para Professores)

The Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

Pr 4-16

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do aluno / da aluna nos últimos seis meses ou neste ano escolar.

Nome da criança

Masculino/Feminino

Data de nascimento

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca pára quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mente frequentemente ou engana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, arneçam-no/a ou intimidam-no/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.

Por favor, vire a folha - há mais algumas questões no outro lado

Em geral, parece-lhe que este aluno / esta aluna tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

• Há quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o aluno / a aluna?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do aluno / da aluna nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
RELAÇÕES COM OS COLEGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA APRENDIZAGEM NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a classe/turma?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura

Data

Professor/Professor do ensino especial/Director de turma/Outro (por favor, indique quem):

Muito obrigado pela sua colaboração

Anexo 5
Cotação e Interpretação do
Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

Cotação do Questionário de Capacidades e Dificuldades – Versão de Pais / Professores

Os 25 itens que constituem o SDQ estão organizados em 5 escalas, cada uma composta por 5 itens. Geralmente, é mais fácil cotar as 5 escalas antes de calcular a pontuação total de dificuldades. Cada item tem três opções de resposta: *Não é verdade*, *É um pouco verdade*, *É muito verdade*. A opção *É um pouco verdade* é sempre cotada com 1. Cada uma das outras duas opções pode ser cotada com 0 ou 2 pontos, conforme o item, tal como é apresentado em baixo, escala por escala. A pontuação total de cada uma das 5 escalas pode variar entre 0 e 10 se os 5 itens tiverem sido respondidos. O resultado de cada escala pode ser considerado desde que pelo menos 3 itens tenham sido respondidos.

<u>Escola de Sintomas Emocionais</u>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça ...	0	1	2
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	0	1	2
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	0	1	2
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a	0	1	2
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	0	1	2
<u>Escola de Problemas de Comportamento</u>	Não é verdade	E um pouco verdade	É muito verdade
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	0	1	2
Obedece com facilidade ...	2	1	0
Luta frequentemente com as outras crianças ...	0	1	2
Mente frequentemente ou engana	0	1	2
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	0	1	2
<u>Escola de Hiperactividade</u>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca pára quieto/a	0	1	2
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	0	1	2
Distrai-se com facilidade	0	1	2
Pensa nas coisas antes de as fazer	2	1	0
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	2	1	0
<u>Escola de Problemas de Relacionamento com os Colegas</u>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Tem tendência a isolar-se ...	0	1	2
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	2	1	0
Em geral as outras crianças gostam dele/a	2	1	0
As outras crianças metem-se com ele/a ...	0	1	2
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	0	1	2
<u>Escola de Comportamento Pró-social</u>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	0	1	2
Partilha facilmente com as outras crianças	0	1	2
Gosta de ajudar se alguém está magoado	0	1	2
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	0	1	2
Sempre pronto/a a ajudar os outros	0	1	2

Pontuação Total de Dificuldades

É obtida pela soma da pontuação total de todas as escalas com excepção da escala pró-social. Deste modo, a pontuação resultante pode variar entre 0 e 40 (e não pode ser computado caso a pontuação de alguma das escalas, exceto a pró-social, esteja ausente).

Interpretação da Pontuação dos Sintomas e Definição de “Caso”

Os intervalos provisórios, apresentados em baixo, foram estabelecidos de tal forma que aproximadamente 80 % das crianças na comunidade são normais, 10% são limítrofes e 10% são anormais. Em estudos com amostras de **alto risco**, onde os falsos positivos não sejam a maior preocupação, os possíveis “casos” podem ser identificados por uma **pontuação alta** ou **limítrofe** em uma das quatro escalas de dificuldades. Em estudos com amostras de **baixo risco**, onde é mais importante reduzir a taxa de falsos positivos, os possíveis “casos” podem ser identificados por uma **pontuação alta** em uma das quatro escalas de dificuldades.

	Normal	Limítrofe	Anormal
<u>Preenchido pelos Pais</u>			
Pontuação Total das Dificuldades	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação de Problemas de Comportamento	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperactividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação para Problemas com Colegas	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 - 10	5	0 - 4

Preenchido pelo Professor

Pontuação Total das Dificuldades	0 - 11	12 - 15	16 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 4	5	6 - 10
Pontuação de Problemas de Comportamento	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperactividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação p/ Problemas com Colegas	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 - 10	5	0 - 4

Pontuação e Interpretação do Impacto

Quando é usada a versão do SDQ que inclui o “Suplemento de Impacto”, os itens relativos ao sofrimento global e às dificuldades sociais podem ser somados para se obter a pontuação do impacto, que pode variar entre 0 e 10 na versão para pais e entre 0 e 6 na versão para professores.

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<u>Avaliação dos pais</u>				
As dificuldades incomodam/fazem sofrer a criança	0	0	1	2
Interferem em casa	0	0	1	2
Interferem com os amigos	0	0	1	2
Interferem na aprendizagem na escola	0	0	1	2
Interferem nas brincadeiras/tempo livres	0	0	1	2

Avaliação do professor

As dificuldades incomodam/fazem sofrer a criança	0	0	1	2
Interferem nas relações com os colegas	0	0	1	2
Interferem na aprendizagem na escola	0	0	1	2

As respostas às questões sobre cronicidade e sobrecarga para os outros não são incluídas na cotação de impacto. Quando os entrevistados tiverem respondido “não” à primeira questão do suplemento de impacto (i.e. quando não se considerarem como tendo alguma dificuldade emocional ou de comportamento), não deverão responder às questões sobre sofrimento ou dificuldades e, nestas circunstâncias, a pontuação do impacto será automaticamente zero.

Uma pontuação total do impacto igual ou maior que 2 é anormal, uma pontuação de 1 é limítrofe e uma pontuação de 0 é normal.