Escala de Avaliação de Comportamentos Infantojuvenis no Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade em Ambiente Familiar - Versão para Pais

ETDAH - PAIS



Edyleine Bellini Perroni Benczik

MEMNON

Edyleine Bellini Peroni Benczik

ETDAH-PAIS

Escala de Avaliação de
Comportamentos Infantojuvenis no Transtorno
de Déficit de Atenção /
Hiperatividade em Ambiente Familiar

- Versão para Pais -

Manual

MEMNON

São Paulo, 2018

© 2018, Memnon Edições Científicas Ltda EPP.

ISBN 978-85-7954-136-0

Supervisão editorial: Silvana Santos
Projeto gráfico: Catarina Ricci
Imagem de capa: Maurício Brancalion
Revisão gráfica: Silvia Cristina Rosas

Todos os direitos de publicação reservados por
Memnon Edições Científicas Ltda.
Telefax (11) 5575.8444 - www.memnon.com.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Benczik, Edyleine Bellini Peroni
ETDAH – PAIS : escala de avaliação de comportamentos infantojuvenis no Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade em ambiente familiar : versão para pais / Edyleine Bellini Peroni Benczik. – São Paulo : Memnon, 2018.

Bibliografia
ISBN 978-85-7954-136-0

1. Família 2. Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade. I. Título.

18.19877 CDD-618.928589
NLM-WS 350

Índices para catálogo sistemático:

1. Crianças e adolescentes : Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade : Neuropsiquiatria : Medicina 618.928589

Sumário

Ficha Síntese da ETDAH-PAIS 4

- 1 -

Apresentação 5

- 2 -

Introdução 8

- 3 -

A construção da Escala de Avaliação de Comportamentos Infantojuvenis no TDAH em Ambiente Familiar - Versão para Pais 18
- Estudos psicométricos 20
- Tabelas normativas 45

- 4 -

Administração da Escala de Avaliação de Comportamentos Infantojuvenis no TDAH e dificuldades relacionadas em Ambiente Familiar 57
- Instruções para aplicação, correção e interpretação dos resultados 57
- Exemplo de um protocolo avaliado e interpretado 62

Referências 66

Agradecimentos 70

Ficha Síntese da ETDAH-PAIS

Objetivo: Avaliar os comportamentos infantojuvenis em ambiente familiar, tendo os pais como fonte de informação, no entendimento dos possíveis prejuízos de atenção, hiperatividade e impulsividade, dificuldades emocionais e comportamentais, bem como a intensidade do prejuízo existente (moderado e grave). A partir dos resultados obtidos, permitir a elaboração de um plano de intervenção psicológica, neuropsicológica, médica, escolar, social e/ou psicopedagógica, dentre outras, e servir como medida de acompanhamento, ou seja, de monitoramento dos benefícios alcançados após intervenção, verificando, também, a necessidade de redirecionamento do plano interventivo.

Público-alvo: Crianças e Adolescentes com idades entre 2 e 17 anos.

Composição: Manual de Instruções (este volume) e Folhas de Aplicação e Protocolo de Avaliação e Análise dos Dados (arquivos digitais).

Aplicação: Individual ou coletiva. É necessária apenas a utilização de uma caneta para preenchimento na folha de respostas. A escala é autoadministrável (o próprio responsável pela criança ou adolescente a responde).

Estudos psicométricos (a partir da coleta de dados no ano de 2014): Foram identificadas, por meio da análise fatorial exploratória, as evidências de validade baseadas na estrutura interna (validade fatorial) da escala. A precisão foi avaliada por meio da análise da consistência interna com base nos índices de alpha de Cronbach, Lambda2 de Guttman e de correlação item-total para a escala geral e os fatores. Foram investigadas as influências das variáveis: sexo, escolaridade, idade e tipo de escola (particular ou pública) no desempenho dos participantes por meio de comparação entre as médias, e foi aferida a magnitude do efeito, por meio da medida de associação eta quadrado (η^2). Adicionalmente, foi aferido o grau de eficácia do instrumento via validade concorrente: grupo clínico (n = 88) *versus* controle (n = 203).

Normas: As normas foram estabelecidas por meio do cálculo de percentis, de modo a permitir que os resultados de um indivíduo sejam comparados ao grupo normativo. Foram obtidas em uma amostra de 203 crianças e adolescentes, de ambos os sexos, de três cidades do interior de São Paulo e da capital paulista, cujas escolaridades incluíam Ensino Infantil, Ensino Fundamental I e II e Ensino Médio.

1. Apresentação

A motivação para a elaboração desta escala surgiu em função da carência de instrumentos brasileiros validados e padronizados que auxiliem na captação de informações relevantes para a investigação mais ampla do quadro de TDAH e na elaboração de um plano de intervenção no ambiente familiar.

Essa constatação parte do princípio de que os profissionais da saúde e da educação necessitam levantar, com os pais, situações vivenciadas no dia a dia de seus filhos. Os relatos dos pais, sendo precisos ou não, constituem a fonte de informações mais importante e ecologicamente válida com relação às dificuldades dos seus filhos.

Há escalas para identificar crianças e adolescentes com déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade, com versão para pais e professores, traduzidas, validadas e disponíveis em nosso meio. As mais conhecidas são a *SNAP-IV – Rating Scale Teacher and Parent*,[51] que refletem apenas os sintomas nucleares do transtorno, não permitindo ao profissional investigar questões mais amplas e decorrentes do TDAH no ambiente familiar; a *Conners' Parent Rating Scale* (*CPRS-R*) e *Conners' Teacher Rating Scale* (*CTRS-R*) que, por sua vez, possui dados normativos para a população brasileira.[16] Essa escala, no entanto, foi elaborada em 1969 para avaliação de usuários de drogas,[3] e poucos itens refletem problemas de atenção e hiperatividade, sendo um instrumento mais indicado para avaliar um quadro de problemas de conduta[4] e que pode resultar em diagnóstico falso-positivo para TDAH.

A ETDAH-PAIS tem o objetivo de captar de forma breve, rápida e prática os vários sintomas envolvidos no TDAH, considerados nucleares ou primários, mas também se propõe a avaliar outros tipos de comportamentos decorrentes do quadro, como agressividade, passividade, conduta não complacente, prejuízo no funcionamento adaptativo e psicossocial e regulação emocional. O grande diferencial desta escala é permitir uma avaliação compreensiva e ampla sobre o comportamento da criança e do adolescente no ambiente familiar.

Este instrumento pretende, então, prestar uma contribuição aos pesquisadores, psicólogos, neuropsicólogos, médicos e demais profissionais da saúde e da educação, a fim de subsidiar a prática profissional tanto na fase de identificação da problemática, quanto para a compreensão das dificuldades enfrenta-

das, possibilitando, assim, a elaboração de um plano de intervenção no ambiente familiar, visando à capacitação dos pais na melhor condução de seus filhos.

A teoria que fundamentou a elaboração desta escala está em consonância com a literatura nacional e internacional sobre o tema. Também foi realizada revisão bibliográfica e análise de escalas norte-americanas para TDAH, somando-se às anotações e ao registro de relatos de pacientes e de seus pais, durante a experiência clínica de mais de 28 anos de atendimento clínico.

A escala conta com 58 itens organizados em quatro fatores: 1) Regulação Emocional, 2) Hiperatividade / Impulsividade, 3) Comportamento Adaptativo, e 4) Atenção.

Os resultados podem ser obtidos de forma quantitativa, por meio de uma análise sobre o desempenho do sujeito, com base em normas percentílicas, elaboradas a partir de estudos estatísticos que enfatizaram a variável sexo e faixa etária para diferenciar o grupo amostral, de acordo com cada fator, e também de um escore geral.

Os resultados estatísticos dos estudos de validade, análise de itens e de precisão permitem considerar que a Escala de Avaliação de Comportamentos Infantojuvenis no TDAH em Ambiente Familiar – Versão para Pais (ETDAH-PAIS) se mostrou válida para discriminar e diferenciar pacientes com e sem TDAH.

Por fim, este instrumento se mostrou capaz de avaliar e discriminar comportamentos, tornando-se um recurso valioso no auxílio da quantificação dos relatos dos pais de filhos com TDAH que, muitas vezes, são nebulosos, proporcionando ao profissional da saúde e da educação a possibilidade de transformar uma informação de caráter subjetivo em uma forma mais objetiva.[53]

Uma ressalva se torna aqui importante: as escalas não fazem diagnóstico, elas são ferramentas auxiliares que nos servem de rastreamento na identificação de comportamentos-alvo, mas não devem ser utilizadas como instrumentos isolados,[10] substituindo, por exemplo, uma avaliação psicológica, psicopedagógica ou médica completa e abrangente.

Na introdução deste manual, o leitor encontrará uma revisão teórica sobre o impacto do quadro do TDAH no ambiente familiar e sobre a importância da utilização de escalas de avaliação do transtorno, quando são ressaltadas as vantagens e limitações desse método. No capítulo 3, é descrita a construção da escala com os respectivos estudos psicométricos de validade fatorial, precisão e validade de critério concorrente. Há, também, a descrição da amostra e dos dados normativos, constando as tabelas normativas da amostra geral e, também, as tabelas, normativas por sexo e por faixa etária. O capítulo 4 con-

tém os dados de administração da escala, como as instruções para a aplicação, a correção e a interpretação dos resultados. Há, também, um exemplo de caso, por meio de um protocolo respondido com a análise e a interpretação dos dados obtidos. Por fim, as referências encerram este manual.

2. Introdução

O Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade – TDAH é considerado como um transtorno multifatorial e heterogêneo do ponto de vista clínico[42] e é reconhecido como um dos maiores desafios para pais, professores e especialistas, em função da ampla variedade de comprometimentos que o quadro promove.[10]

O TDAH é uma desordem neurobiológica que afeta entre 3% e 7% da população infantil, tanto no Brasil quanto em outros países do mundo. Hoje, estima-se que 50% a 80% das pessoas que tiveram TDAH na infância continuam a apresentar, na vida adulta, sintomas significativos associados a importantes prejuízos em diversas esferas da vida cotidiana.[55]

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-5[25] classifica o TDAH como um transtorno do neurodesenvolvimento e o descreve como um conjunto de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade que se manifestam por meio de um padrão persistente e frequente ao longo do tempo e que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento. Para esse diagnóstico, o indivíduo deve apresentar seis (ou mais) dos sintomas a seguir descritos que devem persistir por pelo menos seis meses, em um grau que seja inconsistente com o nível de desenvolvimento, e devem ter um impacto negativo diretamente sobre as atividades sociais, acadêmicas e/ou profissionais. Para adolescentes e adultos mais velhos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são obrigatórios.

CRITÉRIO A

1. DESATENÇÃO

Frequentemente:

a) Deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido na escola, no trabalho ou durante outras atividades;

b) Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (por exemplo, tem dificuldade em permanecer focado durante as palestras, conversas ou leitura longa);

c) Parece não escutar quando lhe dirigem a palavra (por exemplo, a mente parece divagar, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia);

d) Não segue instruções e não termina tarefas domésticas, escolares ou no local de trabalho (por exemplo, começa tarefas, mas rapidamente perde o foco e é facilmente desviado);

e) Tem dificuldade em organizar tarefas e atividades (por exemplo, dificuldade no gerenciamento de tarefas sequenciais, dificuldade em manter os materiais e os pertences em ordem, é desorganizado no trabalho, administra mal o tempo, não cumpre prazos);

f) Evita, não gosta ou está relutante em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (por exemplo, trabalhos escolares ou trabalhos de casa ou, para os adolescentes mais velhos e adultos, elaboração de relatórios, preenchimento de formulários etc.);

g) Perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, materiais escolares, lápis, livros, ferramentas, carteiras, chaves, documentos, óculos, telefones móveis);

h) É facilmente distraído por estímulos externos;

i) Esquece de realizar atividades diárias (por exemplo, fazer tarefas escolares e, no caso de adolescentes e adultos mais velhos, retornar chamadas telefônicas, pagar contas, manter compromissos).

2. HIPERATIVIDADE / IMPULSIVIDADE

Frequentemente:

a) Agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;

b) Levanta-se ou sai do lugar em situações que se espera que fique sentado (por exemplo, deixa o seu lugar na sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho, ou em outras situações que exigem que se permaneça no local);

c) Corre ou escala em situações em que isso é inadequado (em adolescentes ou adultos, esse sintoma pode ser limitado a sentir-se inquieto);

d) É incapaz de jogar ou participar de atividades de lazer calmamente;

e) Não para ou frequentemente está a "mil por hora" (por exemplo, não é capaz de permanecer ou fica desconfortável em situações de tempo prolongado, como em restaurantes e reuniões);

f) Fala em excesso;

g) Deixa escapar uma resposta antes de a pergunta ser concluída (por exemplo, completa frases das pessoas; não pode esperar por sua vez nas conversas);

h) Tem dificuldade em esperar a sua vez (por exemplo, esperar em fila);

i) Interrompe ou se intromete com os outros (por exemplo, intromete-se em conversas, jogos ou atividades, começa a usar as coisas dos outros sem pedir ou receber permissão).

Outros critérios se fazem necessários para diagnóstico: Os sintomas de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade devem estar presentes antes dos 12 anos de idade; devem estar presentes em dois ou mais contextos (por exemplo, em casa, na escola ou trabalho, com os amigos ou familiares; em outras atividades); interferem ou reduzem a qualidade do funcionamento social, acadêmico ou ocupacional e não ocorrem exclusivamente durante o curso da esquizofrenia ou de outro transtorno psicótico, e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno de humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno de personalidade).

O diagnóstico pode ser categorizado pela apresentação dos sintomas de Desatenção e ou pela apresentação dos sintomas de Hiperatividade / Impulsividade, ou pela apresentação dos sintomas associados de Desatenção e Hiperatividade / Impulsividade. Também pode ser categorizado em remissão parcial, no caso de a pessoa apresentar alguns dos sintomas, mas não os seis sintomas necessários. O nível de intensidade do quadro pode variar de leve a severo, conforme descreve o DSM-5.[25]

No âmbito familiar, esse transtorno é sentido como um fator que promove dificuldades no convívio e no dia a dia.[43] Em casa, os pais se queixam de a criança "não escutar", não seguir regras e normas, não conseguir completar as solicitações mais simples, reagir com agressividade e não tolerar frustração.[10] O excesso de atividade motora, o alto nível de impulsividade evidenciada na antecipação das respostas e na inabilidade para esperar a sua vez diante de um acontecimento podem provocar, geralmente, um impacto negativo nas relações sociais e/ou familiares e promover um alto nível de estresse em quem convive com a criança ou adolescente.[46]

Além da dificuldade de convivência com os seus filhos com TDAH, os pais se deparam com outra questão: a frequente rotina de evitação, postergação e esquecimento das tarefas cotidianas. Os pais descrevem uma rotina familiar estressante, pois as tarefas mais simples podem se tornar uma missão quase impossível de o filho realizar, como, por exemplo, tomar banho, escovar os dentes, sentar para as refeições, preparar-se para dormir, pegar no sono e fazer as tarefas de casa.[15] Os pais tendem a reagir com maior direcionamento, controle, sugestão, encorajamento e, finalmente, raiva.[5] Sem supervisão de um dos pais, o filho poderá começar outras três atividades sem terminar o que começou, e os pais ficam rapidamente desencorajados, ocupando grande parte do seu tempo de lazer com a criança, principalmente com o dever de casa, que se manifesta como uma das mais importantes incapacidades invisíveis da criança.[6]

O estresse parental em mães de crianças com TDAH foi investigado, e os pesquisadores concluíram que as mães apresentaram mais estresse parental do que mães de crianças com desenvolvimento normal. A hiperatividade, em

especial, emergiu como um preditor significativo do estresse, denominado de Sobrecarga Emocional nos grupos clínicos.[52] Os sintomas de hiperatividade / impulsividade envolvem inquietação e emissão de respostas precipitadas pela criança, o que pode conduzir ao estresse materno em função da agitação do filho, podendo levá-lo a expor-se a riscos, aumentando a tensão materna, e as tentativas de controle do filho, sem efeito, podem levar as mães a um sentimento de impotência.[6]

Estudos apontam que as interações familiares de pais e filhos com diagnóstico de TDAH são marcadas, frequentemente, por mais conflitos, sendo a vida da família caracterizada, geralmente, pela desarmonia e discórdia, impactando na qualidade de vida de todos os membros do núcleo familiar.[57] Muitos pais relatam depressão, nível baixo de autoestima e fracasso em seu papel como pais, bem como pouca satisfação com o envolvimento em suas responsabilidades paternas, sentimentos de incompetência em relação às suas habilidades de educar e bem-estar psicossocial inferior, em comparação a outros pais.[32]

Os conflitos interacionais em famílias de crianças com TDAH não se limitam às interações entre pais e filhos e entre o casal, mas o relacionamento de crianças com TDAH com seus irmãos e irmãs também parece diferir daquele observado em outras famílias. Crianças com TDAH argumentam mais, divertem-se mais disruptivamente, gritam mais com seus irmãos e são mais suscetíveis a encorajar-se por um comportamento inapropriado ou danoso; portanto, não é surpresa que o conflito seja maior que o normal.[32] Irmãos e irmãs tendem a crescer cansados e exasperados por viver com a força disruptiva e instável do irmão, e, certamente, o maior tempo e atenção que a criança acometida pelo transtorno recebe dos pais é frequentemente fonte de inveja, especialmente quando os irmãos sem TDAH são mais novos.[6]

As pesquisas são conclusivas ao afirmarem que os sintomas apresentados pela criança com esse transtorno promovem, geralmente, alto impacto na dinâmica familiar; no entanto, as relações familiares têm um caráter bidirecional, ou seja, não é somente a criança que influencia o comportamento dos pais, mas o comportamento dos pais também influencia o comportamento dos filhos, pois formas disfuncionais das reações parentais ao comportamento dos filhos com TDAH podem gerar sintomas do Transtorno Desafiador de Oposição e de Conduta, além do que interações negativas afetam o autoconceito da criança.[43]

Diante do efeito poderoso que o TDAH causa no ambiente familiar, nas interações familiares, na qualidade de vida e na saúde mental de todos os membros da família, caberá ao profissional tentar minimizar esse impacto, desenvolvendo projetos de pesquisa, de atendimentos, de orientação psicossocial ou, ainda, de estratégias de *coaching*, junto às pessoas que interagem

diretamente com a criança com o transtorno, na tentativa de promover a saúde mental, a qualidade de vida e desenvolver possibilidades de relacionamentos interpessoais, familiares e sociais mais saudáveis e qualitativamente mais positivos.[15]

Pesquisas mais recentes apontam para a existência de déficits em alguns aspectos das funções executivas, entre os quais déficit na inibição de respostas, na atenção sustentada, na memória de trabalho não verbal e verbal, no planejamento, na noção de tempo, na regulação da emoção, na perseverança e na fluência verbal e não verbal.[2]

Os problemas causados pelo TDAH parecem ser uma combinação de três categorias que estão inter-relacionadas, sendo elas: a baixa inibição de respostas, o baixo autocontrole e problemas com as funções executivas. A baixa inibição está relacionada com a dificuldade de uma pessoa parar, por um tempo suficiente, para pensar em algo que está prestes a fazer, e, sem essa pausa, não consegue exercer o autocontrole. O autocontrole significa qualquer reação ou um conjunto de reações dirigidas a si mesmo e a um provável comportamento que levaria a fazer algo diferente daquilo que o seu primeiro impulso ditou para que a pessoa fizesse. Pode-se pensar a inibição como sendo um sistema de freio psicológico.[8]

Os filhos com TDAH apresentam um prejuízo de autorregulação. Esse sistema de autorregulação pode ser compreendido como uma integração bem sucedida entre a emoção (o que a pessoa sente) e a cognição (o que a pessoa sabe, pode e deve fazer), resultando em um comportamento apropriado, pois o indivíduo consegue controlar o seu comportamento.[28]

Alterações nas funções executivas e falha na autorregulação promovem, então, grande interferência no bem-estar dos filhos, bem como no de sua família, acarretando prejuízos em vários domínios da qualidade de vida e nos fatores psicossociais relacionados aos aspectos comportamentais, sociais, escolares e familiares.[13]

Embora o TDAH tenha bases biológicas, variáveis cognitivas e comportamentais também afetam a expressão dos sintomas; por exemplo, pensamentos automáticos e crenças negativas podem provocar problemas de humor e exacerbar a evitação diante de situações nas quais precise tomar decisão e resolvê-las. Muitos apresentam alterações de humor como ansiedade, raiva, tristeza, melancolia, culpa, decorrentes da sensação de frustração pelo seu funcionamento deficitário.[34]

A falta de autorregulação assim como ausência de empatia, labilidade emocional e temperamento explosivo são situações clínicas emocionais diretamente influenciadas por fatores cognitivos energéticos, e esses traços deveriam ser considerados critérios para diagnóstico de TDAH.[47]

Há uma forte associação do TDAH com dificuldades na regulação emocional, ou seja, há pouca autorregulação da emoção e mais expressão da emoção, particularmente para lidar com frustrações. As crianças e adolescentes afetados pelo transtorno apresentam níveis mais elevados de agressividade, raiva e tristeza, enquanto, ao mesmo tempo, podem apresentar níveis mais baixos de empatia.[9]

A desregulação emocional é a dificuldade ou inabilidade em lidar com as experiências ou processar as emoções. Manifesta-se por intensificação excessiva (sobrecarga das emoções e dificuldade em tolerá-las) ou desativação excessiva (entorpecimento e supressão emocional). A regulação emocional inclui qualquer estratégia de enfrentamento (adaptada ou não) que a pessoa usa para confrontar a intensidade da emoção indesejada. É como um termostato homeostático que regula as emoções e as mantém em um nível controlado para que se possa lidar com elas. Uma boa autorregulação emocional requer várias habilidades cognitivas sofisticadas interdependentes, unindo emoção e cognição, uma influenciando a outra, podendo ser vista como um ciclo de retroalimentação.[50]

Em pesquisa que objetivou analisar aspectos psicodinâmicos de meninos com o transtorno, foram envolvidas 40 crianças do sexo masculino, com idades de 5 a 11 anos, sendo 20 meninos com TDAH e 20 meninos do grupo-controle (sem TDAH), com a aplicação do Teste de Apercepção Temática com figuras de animais / CAT-A. Os resultados demonstraram diferenças significativas entre os grupos. Os meninos com TDAH, quando comparados aos meninos sem TDAH, apresentaram tendências mais regredidas, pensamento mágico, nível alto de competitividade e de hostilidade, tendência à oposição e ao exibicionismo, dificuldade em conter as emoções como a agressividade, a raiva, crises de choro, irritabilidade, evidenciando um padrão afetivo mais negativo, labilidade afetiva, humor variável e flutuante,[12] denotando acentuada dificuldade para lidar com frustrações, ou seja, apresentam uma capacidade deficitária para aceitar as instabilidades emocionais e para suportar sentimentos negativos.[38]

Foram descritos aspectos da personalidade de crianças com TDAH relacionados às fantasias grandiosas, mas com pequena capacidade de realização prática; sua mente gira em torno do êxito, fogem do fracasso, não aceitam derrota e se tornam desafiadoras. Para elas a vida é um jogo permanente, funcionam no pensamento tudo ou nada, revelando inflexibilidade mental; ora são corajosas, ora medrosas; evitam entrar em contato com pontos dolorosos, não fazem reparações, agem como se nada tivesse acontecido e se mostram mandonas e oniscientes.[24]

Para que se suspeite de um possível quadro de TDAH, é importante considerar a história de infância com a presença de hiperatividade e concentração pobre, e mais a presença de labilidade afetiva, e/ou temperamento quente,

e/ou inabilidade para completar tarefas e desorganização, e/ou acentuada intolerância e impulsividade.[49]

Há critérios para além da presença de hiperatividade motora (por exemplo, inquietude e inabilidade para persistir em atividades sedentárias); déficits de atenção (por exemplo, distratibilidade e esquecimento); desorganização (aproximação fortuita para atividades); e impulsividade (por exemplo, interrompem os outros, mostram decisão apressada e sem reflexão anterior). São valorizadas características como a labilidade afetiva (oscilações espontâneas em humor), temperamento quente (episódios de irritabilidade e excitabilidade) e reação emocional excessiva (crises que interferem na resolução dos problemas de forma apropriada).[41]

Não é que as emoções que experimentam sejam inapropriadas, mas as pessoas com TDAH são mais propensas que as demais a manifestar publicamente as emoções que sentem. Em consequência, têm mais probabilidade de parecerem aos outros mais imaturas emocionalmente, mais reativas em seus sentimentos, mais irascíveis, irritáveis e facilmente frustradas pelos acontecimentos.[9] Essa característica é explicada como uma dificuldade no manejo da frustração e da modalidade do afeto; apresentam baixa tolerância e limiar para frustração, baixa autoestima, hipersensibilidade a críticas e irritabilidade.[39] Há, ainda, interferências frequentes das emoções nos pensamentos e nas ações.[17]

Pode-se refletir, então, que o DSM foi fundamental para o estudo e o conhecimento das diferentes condições comportamentais do TDAH e contribuiu para elevar os processos de sensibilização, de investigação rigorosa, *lobby* político e de reformas educacionais necessárias. Porém, os 18 sintomas, muitas vezes, não fazem justiça à complexa dinâmica subjacente ao diagnóstico do TDAH, porque esses critérios diagnósticos tocam somente na superfície de uma dinâmica muito complexa. Os sintomas nucleares do TDAH são apenas a ponta de um grande *iceberg*; há, ainda, 91 sintomas no quadro clínico relacionado ao TDAH, o que parece explicar, em parte, a dificuldade em se fazer esse diagnóstico.[8]

O diagnóstico do TDAH exige um cuidadoso processo de avaliação que se utiliza de informações diversas, a depender do propósito do diagnóstico, como, por exemplo, classificar alguém como elegível para serviços especiais (na escola ou no trabalho), para determinar o curso de tratamento, seu monitoramento e seu prognóstico.[22]

É importante considerar que os relatos nem sempre serão coincidentes em suas apreciações e indicações sobre a conduta da criança ou adolescente. As diversas manifestações do transtorno e suas diferentes apresentações, de acordo com as características individuais, idade, condições ambientais e de

manejo por parte dos adultos, fazem com que as crianças, os adolescentes e os adultos com TDAH constituam um grupo muito amplo, diverso e heterogêneo. Isso apresenta demandas especiais para a avaliação, tornando-se necessária uma abordagem multidimensional e multidisciplinar, em que se utilizem instrumentos de natureza diversa que reflitam essas diferenças e a participação de especialistas de diversas áreas.[21]

A entrevista com os pais é uma parte indispensável da avaliação de qualquer criança ou adolescente com possível TDAH, sendo a entrevista parental o centro do processo de avaliação, conforme os parâmetros descritos para avaliação do TDAH pela *American Academy of Child and Adolescent Psychiatric* em 1997.[9]

O funcionamento psicossocial envolve os relacionamentos entre criança e seus pares e suas atividades e é um tópico importante da entrevista parental. Evidências de relacionamentos sociais comprometidos podem levar à recomendação importante de tratamentos, inclusive o treinamento parental. Os pais informam se a criança tem dificuldade em fazer ou manter amigos, como ela age com outras crianças e como se adapta na escola. Investiga-se a obediência às ordens dos pais e o uso de estratégias compensatórias e motivacionais por esses pais.

Durante o treinamento parental, pode-se obter mais detalhes sobre a natureza das interações entre pais e filhos, no que diz respeito à capacidade do filho em seguir regras, ordens e pedidos em ambientes diversos, em situações variadas, demonstrando autocontrole apropriado à idade na ausência de supervisão de adultos.[9]

As listas e escalas de verificação de comportamentos se tornaram elementos essenciais na avaliação e no diagnóstico de problemas comportamentais. A disponibilidade de várias escalas com excelente confiabilidade e validade, bem como dados normativos para uma ampla faixa etária de crianças, tornam a sua incorporação no protocolo de avaliação bastante conveniente, extremamente útil e, em muitos casos, simplesmente essencial para o estabelecimento preciso das diferenças evolutivas em relação às crianças de mesma idade e mesmo sexo.[9] Mesmo que não reúna toda a singularidade do indivíduo, fornece informações relevantes, referentes à extensão em que o indivíduo exibe certas características relativas a outros do mesmo sexo, idade ou escolaridade.[4]

A utilização de escalas e inventários já é consagrada na literatura internacional, constituindo-se em uma importante tradição durante a avaliação e investigação do TDAH.[4] Tais escalas se tornam úteis e funcionam como "ferramentas auxiliares", embora não sirvam como instrumentos isolados e exclusivos para a avaliação do transtorno.[11] Como não há testes diagnósticos

definitivos que diferenciem de maneira clara os comportamentos “normais” dos sintomas típicos do TDAH, os profissionais usam uma combinação de entrevista, observação e avaliação com medição padronizada para avaliar os sintomas, prejuízos e diagnóstico diferencial.[22]

Entretanto, as informações são essencialmente aquelas relativas às dimensões predeterminadas e propostas pelo instrumento, não contemplando todas as dimensões e características pertinentes ao indivíduo,[11] o que justifica a utilização de outros métodos como a entrevista com pais para a obtenção da história familiar, social, clínica e de desenvolvimento e a avaliação do perfil sintomático para o TDAH, considerando a faixa etária, bem como entrevistas, com a própria pessoa, com os seus professores, observação direta do indivíduo para compreender como as queixas enquadram a sua história de vida.[4]

Barkley[8] listou uma série de vantagens na utilização de escalas de avaliação, dentre elas:

a) a capacidade de coletar informações de múltiplos informantes com baixo custo, de forma rápida e eficiente;

b) por meio de dados normativos, estabelecem o desvio estatístico ou a posição relativa do indivíduo na população sobre um comportamento ou traço que podem não estar disponíveis para outros métodos de avaliação;

c) incorporam itens que representam uma determinada dimensão, comportamento ou traço, que pode ser capturado em um formato breve;

d) são facilmente usadas para coletar os julgamentos de outros que conhecem a pessoa avaliada, bem como para a comparação de autoavaliações como um meio de julgar a concordância ou a validade da avaliação;

e) podem também filtrar uma variação situacional que tem pouca ou nenhuma influência sobre a finalidade da avaliação, como julgamentos da frequência, intensidade, tempo ou outros aspectos da topografia do comportamento em estudo, o que seria difícil, se não impossível de alcançar por meio de teste ou método de observação direta;

f) a classificação dos resultados obtidos permite distinções quantitativas a serem feitas sobre os aspectos qualitativos do comportamento humano que, muitas vezes, são difíceis de se obter por outros meios, tais como testes e observações;

g) podem ser usadas para muitas finalidades diferentes, que incluem avaliar várias populações sobre uma característica ou comportamento de interesse na investigação epidemiológica; continuar a explorar hipóteses etiológicas sobre certos comportamentos ou doenças; determinar o prognóstico de grupos clínicos de pacientes acompanhados em grandes intervalos de tempo, servindo como medida de mudança de comportamento que pode ser secundário, quer

para intervenções ou a uma alteração no estado de um indivíduo, tal como avaliar as consequências de várias formas de lesão cerebral ou o impacto de distúrbios psiquiátricos ou adversidades psicológicas.

Como nenhum método é exclusivo, há certamente algumas desvantagens na utilização de escalas de avaliação, as quais têm sido amplamente discutidas[4] e cujos principais pontos são:

- reconhecimento sobre a capacidade do avaliador ao fornecer informações precisas sobre o comportamento representado nos itens da escala;

- representam a opinião de outros, e essas opiniões podem ser influenciadas pelas características intelectuais, sociais ou educacionais do avaliador;

- fornecem informações que são as impressões do avaliador a respeito da criança / adolescente relativas, apenas, a algumas dimensões predeterminadas e relacionadas pela escala.

Na medida em que esses vieses podem acontecer, o profissional ou pesquisador deve ficar atento, pois isso pode contribuir para erros de medição, reduzindo a confiabilidade e, especialmente, induzindo a erros do avaliador.[8]

3. A construção da Escala de Avaliação de Comportamentos Infantojuvenis no TDAH em Ambiente Familiar
- Versão para Pais -

A construção desta escala foi baseada no levantamento da literatura nacional e internacional sobre as características comportamentais, emocionais e neuropsicológicas observadas em crianças e adolescentes com TDAH, segundo os critérios diagnósticos descritos pelo DSM-5,[25] bem como na experiência clínica da autora durante a avaliação neuropsicológica e atendimento psicológico de pessoas com TDAH e de suas famílias. Também foi realizada pesquisa com escalas norte-americanas para averiguar como elas foram elaboradas e como os estudos estatísticos foram realizados, dentre as quais pode-se citar: *SNAP-IV Rating Scale Teacher ande Parent*,[51] *Conners' Parent Rating Scale* (*CPRS-R*) e *Conners' Teacher Rating Scale* (*CTRS-R*).

Esta escala foi composta, inicialmente, por 81 itens distribuídos em cinco fatores relacionados ao TDAH e aos problemas dele decorrentes no âmbito familiar. É uma escala do tipo *Likert* que gradua de 1 a 6 e possibilita ao avaliando escolher as seguintes repostas:

(1) Nunca

(2) Muito Pouco

(3) Pouco

(4) Geralmente

(5) Frequentemente

(6) Muito Frequente

A seguir serão apresentados cada fator e um exemplo de item negativo e positivo em relação ao quadro de TDAH.

Déficit de Atenção:

Formado por 19 itens, sendo nove positivos e dez negativos em relação ao TDAH.

Exemplos:

Item negativo (4) - Mostra-se concentrado na hora de fazer as atividades.

Item positivo (12) - Inicia uma atividade com entusiasmo e dificilmente chega ao final (é do tipo fogo de palha).

Hiperatividade / Impulsividade:

Formado por 19 itens, sendo 11 positivos e oito negativos em relação ao TDAH.

Exemplos:

Item negativo (13) - Sabe aguardar sua vez (é paciente).

Item positivo (12) - Faz os deveres escolares rápido demais.

Comportamento Adaptativo:

Consta de 18 itens, sendo 11 positivos e sete negativos em relação ao quadro de TDAH.

Exemplos:

Item positivo (13) - Quer ser o líder.

Item negativo (12) - Possui muitos amigos.

Dificuldades Familiares:

Formado por nove itens, sendo sete itens positivos e dois itens negativos em relação ao TDAH.

Exemplos:

Item positivo (5) - Exige mais tempo e atenção dos pais do que os outros filhos.

Item negativo (1) - A criança permite que o ambiente familiar seja tranquilo e harmonioso.

Regulação Emocional:

Formado por 16 itens positivos. Neste fator não constaram itens negativos ao quadro, apenas itens positivos.

Exemplo:

Item positivo (16) - Explode com facilidade (é do tipo “pavio curto”).

Com a realização dos estudos psicométricos, mais precisamente da Análise Fatorial (que será descrita no próximo item deste manual), observou-se alteração no número de itens de cada fator, assim como houve adequação da

nomenclatura após análise semântica dos itens, passando a conter 58 itens na sua versão final.

ESTUDOS PSICOMÉTRICOS

Com a finalidade de investigar a estrutura fatorial bem como a precisão da escala de TDAH, os itens do instrumento foram submetidos às seguintes análises:

Análise Fatorial Exploratória: Com o intuito de analisar as evidências de validade baseadas na estrutura interna (validade fatorial) da escala e, portanto, verificar como os itens que compõem a escala se agrupam em conjuntos de itens, também chamados de fatores, de acordo com os pressupostos teóricos das características avaliadas pela escala.

Consistência interna (precisão) da escala: Foi verificada a consistência interna dos itens que compõem a escala por meio do coeficiente de alfa de Cronbach e Lambda 2 de Guttman - Guttman's λ2. Adicionalmente, foi realizada a análise de itens por meio da correlação item-total, que é uma das técnicas estatísticas utilizadas para estabelecer o índice de discriminação do item.(1)

Comparação entre grupos: A análise de comparação entre as médias para investigar possíveis influências das variáveis sexo, escolaridade, idade e tipo de escola no desempenho dos sujeitos foi realizada por meio de análises de variância (ANOVA) e Teste *t* de amostras independentes.

Validade de critério concorrente: Buscaram-se evidências de validade relacionada ao critério por meio da comparação dos resultados da escala de TDAH-PAIS obtidos a partir de um grupo de crianças e adolescentes diagnosticadas com o transtorno (clínico) e um grupo sem o transtorno (controle).

Descrição das Amostras

AMOSTRA NÃO CLÍNICA

Após a elaboração dos itens iniciais da primeira versão da escala, foram coletados dados de uma amostra para realização dos estudos psicométricos do instrumento. Para a coleta de dados, foram contatadas direções de escolas de três cidades do interior do estado de São Paulo e da capital paulista. Após permissão para a realização do estudo junto a cada instituição, os participantes foram contatados e aqueles que concordaram em participar responderam a escala. A aplicação ocorreu tanto de forma individual quanto coletiva e levou em média 15 minutos para ser realizada. Participou da pesquisa uma amostra

não clínica de 209 crianças e adolescentes, com idades entre 2 e 17 anos. Após a tabulação dos dados, foi realizado um rastreio a fim de detectar inconsistências tais como valores omissos (*missingvalues*) e dados fora do padrão (*outliers*).

Inicialmente foi avaliada a existência de *outliers* por meio da inspeção visual do *boxplot* e criação de escores Z baseados nos escores brutos. A fim de evitar os problemas associados à estimação de respostas, optou-se por excluir da amostra os protocolos que apresentaram valores considerados *outliers*. Foram excluídos seis protocolos, restando 203 sujeitos, com média de idade de 9 anos e 6 meses e desvio-padrão de 3,8 anos. A Tabela 1 apresenta os dados referentes à distribuição da amostra não clínica, com a frequência absoluta e percentual, considerando a variável sexo e as faixas etárias dos participantes.

A maior parte da amostra pertence ao sexo masculino (53%), e 47% representam o sexo feminino. Em relação ao sexo feminino, há pequena predominância na faixa etária entre 10 e 13 anos de idade (40%) e maior predomínio na faixa de 2 a 5 anos (55%). No sexo masculino, a maior concentração foi observada na faixa de 10 a 13 anos de idade, e a menor concentração, entre 2 e 5 anos de idade.

Tabela 1. Distribuição dos participantes da amostra não clínica de acordo com o sexo e faixa etária.

Faixa Etária	Sexo				Total
	Feminino		Masculino		
	N	%	N	%	N
2 a 5 anos	21	55	17	45	38
6 a 9 anos	28	52	26	48	54
10 a 13 anos	30	40	45	60	75
14 a 17 anos	16	44	20	56	36
Total	95	47	108	53	203

Na Tabela 2, é apresentada a distribuição da amostra por série escolar bem como o agrupamento realizado de acordo com o grau escolar dos participantes. Como pode ser observado na Tabela 2, a maioria dos participantes (24,1%) cursava a pré-escola, seguida por 11,3% no 8º ano e, por último, o Ensino Médio e o 2º Ano do Ensino Fundamental I com 4,9% dos participantes.

Tabela 2. Distribuição dos participantes da amostra não clínica de acordo com a série escolar.

Série escolar	N	%	Grau escolar	N
Pré	49	24,1	Educação Infantil	62
1º Ano	13	6,4		
2º Ano	10	4,9	Fundamental I	69
3º Ano	17	8,4		
4º Ano	20	9,9		
5º Ano	22	10,8		
6º Ano	22	10,8	Fundamental II	62
7º Ano	17	8,4		
8º Ano	23	11,3		
Ensino Médio	10	4,9	Ensino Médio	10
Total	203	100	Total	203

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos dados gerais sobre sexo e grau escolar segmentados por tipo de escola (pública ou particular). Quanto ao tipo de escola, 46% do total da amostra estavam matriculados em escola da rede privada e 54% provinham da rede municipal de ensino.

A preferência lateral também foi computada, e a Tabela 4 apresenta a distribuição dos dados relacionados à preferência lateral (destro, canhoto ou ambidestro). Dos sujeitos que participaram da amostra, 88% eram destros, 7% ambidestros, 3% sinistros e 2% não informaram a preferência lateral de seus filhos.

AMOSTRA CLÍNICA

A amostra clínica foi composta por 88 sujeitos com 2 a 17 anos, provenientes de clínicas de psicologia de duas cidades do interior do estado de São Paulo e de uma clínica e ambulatório especializado da capital paulista. Em relação à amostra clínica, foi utilizada com intuito de aferir a validade de critério concorrente do instrumento. A distribuição dos participantes está apresentada na Tabela 5. Houve predominância do sexo masculino (71%) em relação ao sexo feminino (29%), com maior representatividade do sexo masculino na faixa etária de 10 a 13 anos, seguida da faixa de 14 a 17 anos no sexo feminino. Houve menor representatividade do sexo feminino na faixa etária de 10 a 13 anos, e do sexo masculino na faixa de 14 a 17 anos.

Tabela 3. Distribuição dos participantes da amostra não clínica de acordo com o tipo de escola.

Sexo	Grau Escolar	Tipo de Escola				Total
		Privada		Pública		
		N	%	N	%	N
Feminino	Educação Infantil	19	54	16	46	35
	Fundamental I	15	51	14	49	29
	Fundamental II	7	27	19	73	26
	Ensino médio	2	40	3	60	5
	Total	43	45	52	55	95
Masculino	Educação Infantil	18	67	9	33	27
	Fundamental I	17	44	23	56	40
	Fundamental II	14	39	22	61	36
	Ensino médio	1	20	4	80	5
	Total	50	46	58	54	108
Total	Educação Infantil	37	60	25	40	62
	Fundamental I	32	46	37	54	69
	Fundamental II	21	34	41	66	62
	Ensino médio	3	30	7	70	10
	Total	93	46	110	54	203

Tabela 4. Distribuição dos participantes da amostra não clínica de acordo com a preferência lateral.

Lateralidade	N	%
NA	4	2
Destro	179	88
Sinistro	6	3
Ambos	14	7
Total	203	100

Tabela 5. Distribuição dos participantes da amostra clínica de acordo com o sexo e faixa etária.

Faixa Etária	Sexo				Total
	Feminino		Masculino		
	N	%	N	%	N
2 a 5 anos	3	38	5	63	8
6 a 9 anos	11	30	26	70	37
10 a 13 anos	8	22	28	78	36
14 a 17 anos	3	43	4	57	7
Total	25	29	63	71	88

A Tabela 6 apresenta as séries escolares bem como o agrupamento realizado para a determinação do grau escolar dos participantes. Observa-se que, na amostra clínica, não há participantes do Ensino Médio, e que a maior concentração de participantes se encontra no Ensino Fundamental I (48%), seguido do Fundamental II (27%) e da Educação Infantil (25%).

Mais detalhes podem ser encontrados na Tabela 7, em que são apresentados o grau escolar e o sexo dos participantes distribuídos por tipo de escola (particular ou pública).

Tabela 6. Distribuição dos participantes da amostra clínica de acordo com a série escolar.

Série escolar	N	%	Grau escolar	N
Pré	14	15,9	Educação Infantil	22
1º Ano	8	9,1		
2º Ano	11	12,5	Fundamental I	42
3º Ano	9	10,2		
4º Ano	9	10,2		
5º Ano	13	14,8		
6º Ano	10	11,4	Fundamental II	24
7º Ano	6	6,8		
8º Ano	8	9,1		
Ensino Médio	NA	NA	Ensino Médio	NA
Total	88	100	Total	88

Tabela 7. Distribuição dos participantes da amostra clínica de acordo com o tipo de escola.

Sexo	Grau Escolar	Tipo de Escola				Total
		Privada		Pública		
		N	%	N	%	N
Feminino	Educação Infantil	5	100	0	0	5
	Fundamental I	7	58	5	42	12
	Fundamental II	6	75	2	25	8
	Total	18	72	7	28	25
Masculino	Educação Infantil	12	71	5	29	17
	Fundamental I	21	70	9	30	30
	Fundamental II	11	69	5	31	16
	Total	44	70	19	30	63
Total	Educação Infantil	17	77	5	23	22
	Fundamental I	28	67	14	33	42
	Fundamental II	17	70	7	29	24
	Total	62	100	26	100	88

A maioria dos participantes da amostra da rede privada de ensino cursava a Educação Infantil (77%), seguida pelo Ensino Fundamental II (70%) e I (67%). Na rede pública de ensino, a maioria dos estudantes cursava o Ensino Fundamental I (33%), seguido pelo Ensino Fundamental II (29%) e pela Educação Infantil (23%).

Na sequência são apresentados os resultados de validação da escala com base na amostra normativa, isto é, na amostra não clínica anteriormente descrita.

Validade

A validade de um teste se refere àquilo que o teste mede e quão bem ele o faz.[1] É a validade que permitirá dizer que as interpretações feitas a partir das pontuações obtidas são confiáveis e têm relação com o construto que se pretende medir.

Para verificar a validade da Escala de Avaliação de Comportamentos Infantojuvenis no TDAH em Ambiente Familiar (ETDAH-PAIS), tendo os pais como fonte de informação, foram feitos dois estudos: a Validade de Construto, por meio da Análise Fatorial, e a Validade de Critério Concorrente,[54] a partir da comparação de um grupo-controle com um grupo clínico (pessoas que foram diagnosticadas com TDAH) no desempenho no teste, com o objetivo de averiguar se o instrumento diferenciaria esses dois grupos.

ANÁLISE FATORIAL

O estudo foi realizado com os 81 itens iniciais da Escala de Avaliação de Comportamentos Infantojuvenis no TDAH em Ambiente Familiar aplicados na amostra já descrita na seção anterior.

Para um resultado mais objetivo, foi aplicado o teste de aderência à Distribuição Normal de Kolmogorov-Smirnov (KS), o qual atesta a Normalidade da amostra observada no Histograma ($D(203) = 0{,}200$, $p > .05$).

Para confirmar a possibilidade de fatoração da matriz de dados e do uso da análise fatorial como técnica estatística para este instrumento, foi efetuada a prova de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o Teste de Esfericidade de Bartlett. O resultado do KMO foi .86, valor considerado excelente como apontado pela literatura,[30] e o resultado do Teste de Esfericidade de Bartlett foi significativo ($\chi^2 = 12048{,}714$, $p < .001$) para a amostra. Esses resultados confirmam que a matriz de dados é adequada para a realização da análise fatorial.[45]

Na sequência, os 81 itens iniciais foram submetidos à análise fatorial exploratória com método de extração por Fatoração do Eixo Principal. A Tabela 8 apresenta a variância total explicada, com os autovalores (*eigenvalues*) acima de 1 e a variância total explicada inicial.

Considerando o critério de autovalores maiores que 1,[33] 18 fatores podem ser extraídos, explicando cerca de 64% da variância total, e, quando considerados autovalores > 1,5, dez fatores podem ser extraídos, explicando 55% da variância total. Todavia, esse método aparentemente superestimou o número de fatores a serem extraídos, fato que ocorre com frequência na literatura da área.

A seguir, foi analisado o *screeplot* (Figura 1) para verificação visual do número de fatores a serem extraídos. Por meio de inspeção visual do *screeplot*, foi analisado onde os pontos, que representam os fatores, passam de uma inclinação acentuada para uma inclinação (quase) horizontal, o que é denominado critério de raiz latente.[35] Considerou-se que é possível a retenção de três ou quatro fatores (Figura 1).

Tabela 8. Autovalores, porcentagem de variância por fator e variância total acumulada inicial.

Fatores	Autovalores iniciais			Extração da soma dos quadrados das cargas		
	Total	% de variância	% acumulada	Total	% de variância	% acumulada
1	21,419	26,443	26,443	21,096	26,044	26,044
2	5,716	7,056	33,499	5,370	6,629	32,674
3	4,456	5,501	39,001	4,122	5,089	37,763
4	4,256	5,255	44,255	3,915	4,833	42,596
5	2,830	3,493	47,749	2,483	3,065	45,662
6	2,341	2,891	50,639	1,995	2,464	48,125
7	2,135	2,636	53,276	1,714	2,116	50,241
8	1,817	2,243	55,519	1,449	1,789	52,030
9	1,702	2,101	57,620	1,347	1,664	53,694
10	1,539	1,900	59,520	1,149	1,418	55,112
11	1,458	1,801	61,321	1,074	1,326	56,438
12	1,398	1,727	63,047	1,039	1,283	57,721
13	1,352	1,669	64,717	0,916	1,131	58,853
14	1,257	1,552	66,268	0,867	1,070	59,923
15	1,213	1,498	67,766	0,824	1,018	60,941
16	1,146	1,415	69,181	0,744	0,919	61,860
17	1,094	1,351	70,532	0,710	0,877	62,736
18	1,034	1,276	71,809	0,643	0,794	63,530

Para fins de comparação de métodos de retenção de fatores e melhor precisão na tomada de decisão, foi aplicada a análise paralela – AP[31] ao conjunto de dados. Por meio do programa Monte Carlo PCA,[36] utilizando como parâmetros 81 variáveis, 203 participantes e 500 repetições, foi recomendada a retenção de sete fatores. A comparação desses resultados e os estudos teóricos do construto demonstraram que o modelo composto por quatro fatores era o mais adequado para a continuidade do estudo. Foram extraídos, então, quatro fatores. Com o intuito de encontrar o melhor modelo de medida para explicar os dados observados, foram adotados como valores aceitáveis de carga aqueles acima de 0,40,[23] ou seja, foram mantidos todos os itens que possuíam carga fatorial maior ou igual a 0,40. Todos os itens com carga fatorial abaixo de 0,40 foram excluídos por serem considerados pouco representativos do construto. Os itens que carregaram em mais de um fator também foram excluídos por serem considerados com baixo poder de discriminação. A composição

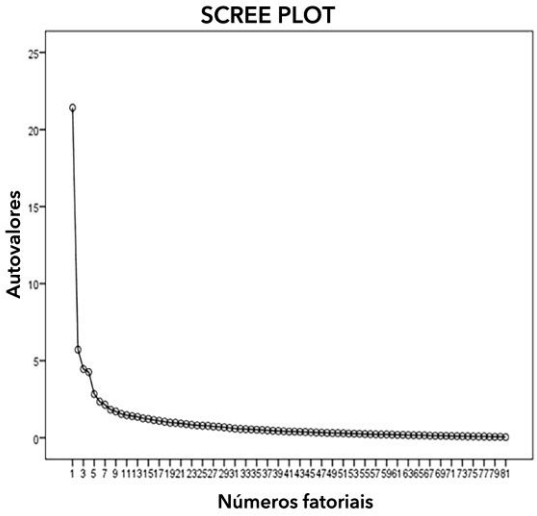


Figura 1. Gráfico de sedimentação resultante da análise fatorial.

final dos quatro fatores explicou 49% da variância, valor esse adequado, segundo a literatura pertinente.[7, 18] A Tabela 9 apresenta as saturações fatoriais para cada item do instrumento.

Tabela 9. Matriz fatorial rotacionada.

ITENS	FATORES			
	1	2	3	4
É irritadiço (tudo o incomoda)	0,77			
Tem fortes reações emocionais (explosões de raiva)	0,75			
Implica com tudo	0,73			
Explode com facilidade (é do tipo "pavio curto")	0,70			
Muda facilmente de humor	0,69			
Dá a impressão de estar sempre insatisfeito (nada o agrada)	0,66			
É rebelde (não aceita nada)	0,63			
É agressivo	0,62			
Sente-se infeliz	0,61			
Mostra-se tenso e rígido	0,55			
Faz birra quando quer algo	0,52			
Implica com os irmãos	0,52			
As atividades e reuniões são desagradáveis	0,51			
Todos têm que fazer o que ele quer	0,50			
A hora de acordar e das refeições é desagradável	0,48			

Tabela 9. Matriz fatorial rotacionada (continuação).

ITENS	FATORES			
	1	2	3	4
Exige mais tempo e atenção dos pais do que os outros filhos	0,47			
Tem dificuldades para se adaptar às mudanças	0,45			
Faz amizade, mas não consegue mantê-la	0,42			
É sensível	0,41			
É inquieto e agitado		0,83		
Movimenta-se muito (parece estar ligado com um motor ou a todo vapor)		0,79		
Mexe-se e contorce-se durante as refeições e para realizar as tarefas de casa		0,79		
Tem sempre muita pressa		0,70		
Age sem pensar (é impulsivo)		0,68		
É inconsequente (não considera os perigos da situação)		0,61		
Intromete-se em assuntos que não lhe dizem respeito		0,60		
É imprudente		0,56		
Responde antes de ouvir a pergunta inteira		0,50		
Tende a discordar com as regras e normas de jogos		0,48		
Irrita os outros com suas palhaçadas		0,43		
É persistente e insiste diante de uma ideia		0,42		
Faz os deveres escolares rápido demais		0,41		
É tolerante, quando preciso			0,76	
Aceita facilmente regras, normas e limites			0,74	
Parece ser uma criança tranquila e sossegada			0,71	
Obedece aos pais e às normas da casa			0,67	
É obediente			0,65	
Respeita normas e regras			0,64	
Faz suas tarefas e almoça com bastante tranquilidade			0,63	
Sabe aguardar sua vez (é paciente)			0,59	
Seu comportamento é adequado socialmente			0,58	
Faz as coisas com muito cuidado, prevendo todos os riscos de suas ações			0,56	
A criança permite que o ambiente familiar seja tranquilo e harmonioso			0,53	
Fala pouco			0,45	
É atento quando conversa com alguém			0,44	
Consegue expressar claramente os seus pensamentos			0,41	
Evita atividades que exigem esforço mental constante (deveres escolares, jogos)				0,70
Esquece rápido o que acabou de ser dito				0,64
É distraído com quase tudo				0,63
Tem dificuldade para realizar as coisas importantes (lição, por exemplo)				0,62
Não termina o que começa				0,61
Inicia uma atividade com entusiasmo e dificilmente chega ao final (é do tipo fogo de palha)				0,57

Tabela 9. Matriz fatorial rotacionada (continuação).

ITENS	FATORES			
	1	2	3	4
Dá a impressão de que não ouve bem (só escuta o que quer)				0,57
Parece sonhar acordado (estar no mundo da lua)				0,52
Mostra-se concentrado apenas em atividades de seu interesse				0,49
Dificilmente observa detalhes				0,48
É independente para realizar suas tarefas de casa				0,42
Ocorrem discussões entre os pais e a criança, em função da falta de responsabilidade e da falta de senso de dever				0,41

Método de Extração: Análise Fatorial Comum (PAF)
Rotação: ortogonal

A análise semântica dos itens que permaneceram permitiu verificar que esses itens se agruparam de forma a compor quatro fatores relacionados ao Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade no ambiente familiar, os quais foram renomeados como: Regulação Emocional, Hiperatividade / Impulsividade, Comportamento Adaptativo e Atenção.

A Tabela 10 apresenta os valores das cargas fatoriais referentes ao Fator 1, denominado **Regulação Emocional**, que variaram entre 0,41 e 0,75. Esse fator concentrou 19 itens.

A Tabela 11 apresenta os valores das cargas fatoriais referentes ao Fator 2, denominado **Hiperatividade / Impulsividade**, que variaram entre 0,41 e 0,83. Esse fator concentrou 13 itens.

A Tabela 12 apresenta os valores das cargas fatoriais referentes ao Fator 3, denominado **Comportamento Adaptativo**, que variaram entre 0,41 e 0,76. Esse fator concentrou 14 itens.

A Tabela 13 apresenta os valores das cargas fatoriais referentes ao Fator 4, denominado **Atenção,** que variaram entre 0,41 e 0,83. Esse fator concentrou 12 itens.

Uma vez que todos os itens da escala apresentaram cargas fatoriais acima de 0,40, caracterizam-se como representativos dos conceitos avaliados pelos fatores que compõem.[18, 37] Os resultados encontrados se mostraram muito satisfatórios e, portanto, evidenciam a validade de construto para a escala de TDAH.

Tabela 10. Cargas Fatoriais dos itens que compõem o Fator 1: Regulação Emocional.

Itens Comportamentais	Item original	Carga Fatorial
É irritadiço (tudo o incomoda)	11	0,77
Tem fortes reações emocionais (explosões de raiva)	6	0,75
Implica com tudo	5	0,73
Explode com facilidade (é do tipo "pavio curto")	16	0,70
Muda facilmente de humor	3	0,69
Dá a impressão de estar sempre insatisfeito (nada o agrada)	9	0,66
É rebelde (não aceita nada)	12	0,63
É agressivo	2	0,62
Sente-se infeliz	8	0,61
Mostra-se tenso e rígido	15	0,55
Faz birra quando quer algo	7	0,52
Implica com os irmãos	3	0,52
As atividades e reuniões familiares são desagradáveis	9	0,51
Todos têm que fazer o que ele quer	4	0,50
A hora de acordar e das refeições é desagradável	6	0,48
Exige mais tempo e atenção dos pais do que os outros filhos	5	0,47
Tem dificuldades para se adaptar às mudanças	4	0,45
Faz amizade, mas não consegue mantê-la	6	0,42
É sensível	1	0,41

Tabela 11. Cargas Fatoriais dos itens que compõem o Fator 2: Hiperatividade / Impulsividade.

Itens Comportamentais	Item original	Carga Fatorial
É inquieto e agitado	2	0,83
Movimenta-se muito (parece estar ligado com um motor, ou a todo vapor)	1	0,79
Mexe-se e contorce-se durante as refeições e para realizar as tarefas de casa	4	0,79
Tem sempre muita pressa	3	0,70
Age sem pensar (é impulsivo)	5	0,68
É inconsequente (não considera os perigos da situação)	10	0,61
Intromete-se em assuntos que não lhe dizem respeito	11	0,60
É imprudente	8	0,56
Responde antes de ouvir a pergunta inteira	7	0,50
Tende a discordar com as regras e normas de jogos	5	0,48
Irrita os outros com suas palhaçadas	2	0,43
É persistente e insiste diante de uma ideia	9	0,42
Faz os deveres escolares rápido demais	12	0,41

Tabela 12. Cargas Fatoriais dos itens que compõem o Fator 3: Comportamento Adaptativo.

Itens Comportamentais	Item original	Carga Fatorial
É tolerante, quando preciso	17	0,76
Aceita facilmente regras, normas e limites	14	0,74
Parece ser uma criança / adolescente tranquila e sossegada	16	0,71
Obedece aos pais e às normas da casa	2	0,67
É obediente	18	0,65
Respeita normas e regras	15	0,64
Faz suas tarefas e almoça com bastante tranquilidade	19	0,63
Sabe aguardar sua vez (é paciente)	19	0,59
Seu comportamento é adequado socialmente	16	0,58
Faz as coisas com muito cuidado, prevendo todos os riscos de suas ações	18	0,56
A criança permite que o ambiente familiar seja tranquilo e harmonioso	1	0,53
Fala pouco	15	0,45
É atento quando conversa com alguém	7	0,44
Consegue expressar claramente os seus pensamentos	2	0,41

Tabela 13. Cargas Fatoriais dos itens que compõem o Fator 4: Atenção.

Itens Comportamentais	Item original	Carga Fatorial
Evita atividades que exigem esforço mental constante (deveres escolares, jogos)	16	0,70
Esquece rápido o que acabou de ser dito	17	0,64
É distraído com quase tudo	10	0,63
Tem dificuldade para realizar as coisas importantes (lição, por exemplo)	14	0,62
Não termina o que começa	19	0,61
Inicia uma atividade com entusiasmo e dificilmente chega ao final (é do tipo fogo de palha)	12	0,57
Dá a impressão de que não ouve bem (só escuta o que quer)	15	0,57
Parece sonhar acordado (estar no mundo da lua)	11	0,52
Mostra-se concentrado apenas em atividades de seu interesse	13	0,49
Dificilmente observa detalhes	18	0,48
É independente para realizar as suas tarefas de casa	3	0,42
Ocorrem discussões entre os pais e a criança, em função da falta de responsabilidade e da falta de senso de dever	7	0,41

Fidedignidade / Precisão

Para aferição da precisão há uma série de técnicas estatísticas. Usualmente é utilizado o índice Alfa de Cronbach. Esse cálculo permite medir a homogeneidade dos componentes do teste, ou seja, a consistência interna dos itens. De acordo com Pasquali,[44] o coeficiente Alfa (α) varia entre "0" e "1", sendo que "0" significa ausência de consistência interna e "1" significa consistência de 100%. Um instrumento pode ser classificado como preciso quando o α é de pelo menos 0,70. Todavia, é de se esperar que instrumentos com maior número de itens tenham índices de Alfa de Cronbach superiores aos de instrumentos com menor número de itens.[40] Por essa razão, além do Alfa de Cronbach, recorreu-se ao Lambda2 de Guttman - Guttman's λ2.[35] Segundo Laros,[35] estudos apontam que o Lambda 2 apresenta vantagens sobre o coeficiente Alpha de Cronbach, uma vez que fornece melhor estimativa da fidedignidade, principalmente quando se têm poucos sujeitos e poucos itens. O Alfa de Cronbach e o Lambda 2 (λ2) foram calculados para a escala geral e para cada fator extraído, a fim de analisar a consistência interna dos itens do instrumento.[44]

As amostras utilizadas para este estudo foram 203 participantes-controle e a amostra clínica (N = 88) descritos anteriormente. As análises foram realizadas de modo independente, ou seja, foram obtidos os índices das amostras separadamente. Na Tabela 14 estão os resultados considerando o total dos itens e por fatores para cada amostra.

Tabela 14. Consistência interna geral.

Grupo	Fatores	α	λ	N (Itens)
Não clínico (Pais)	Fator 1	0,92	0,91	19
	Fator 2	0,92	0,90	13
	Fator 3	0,91	0,89	14
	Fator 4	0,88	0,86	12
	Total	0,96	0,95	58
Clínico - TDAH (Pais)	Fator 1	0,93	0,90	19
	Fator 2	0,87	0,86	13
	Fator 3	0,89	0,87	14
	Fator 4	0,78	0,78	12
	Total	0,94	0,93	58

Os resultados obtidos acima demonstraram bons níveis de consistência interna geral dos grupos não clínico e clínico, nos quatro fatores e no total, evidenciados pelo Alfa de Cronbach e o Lambda 2.

Os índices Alfa de Cronbach e Lambda 2 calculados para a versão final da escala foram superiores a 0,70 tanto para a amostra normativa (N = 203) quanto para a amostra clínica (N = 88). Tais valores podem ser considerados bons indicativos de precisão da escala.[40]

Nas Tabelas 15 e 16, são apresentados os índices de consistência interna, considerando as variáveis sexo, grau escolar e tipo de escola para os grupos normativo e clínico.

Tabela 15. Consistência interna de acordo com sexo, grau escolar e tipo de escola (particular ou pública) no grupo não clínico (normativo).

Variáveis	Fatores									N
	Fator 1		Fator 2		Fator 3		Fator 4		Geral	
	α	λ	α	λ	α	λ	α	λ	α	
Feminino	0,89	0,88	0,93	0,91	0,93	0,91	0,88	0,87	0,95	95
Masculino	0,93	0,92	0,90	0,89	0,87	0,85	0,88	0,86	0,95	108
Educação Infantil	0,89	0,87	0,92	0,90	0,88	0,87	0,83	0,82	0,93	62
Fundamental I	0,92	0,91	0,92	0,90	0,92	0,90	0,90	0,88	0,96	69
Fundamental II	0,95	0,93	0,92	0,90	0,91	0,89	0,90	0,87	0,96	62
Ensino Médio	0,83	0,90	0,83	0,87	0,96	0,94	0,91	0,91	0,97	10
Privado	0,91	0,90	0,91	0,90	0,90	0,89	0,87	0,87	0,95	93
Público	0,93	0,91	0,76	0,91	0,87	0,86	0,88	0,86	0,91	110

Tabela 16. Consistência interna de acordo com sexo, grau escolar e tipo de escola (particular ou pública) no grupo clínico.

Variáveis	Fatores									N
	Fator 1		Fator 2		Fator 3		Fator 4		Geral	
	α	λ	α	λ	α	λ	α	λ	α	
Feminino	0,90	0,89	0,87	0,87	0,90	0,89	0,80	0,80	0,93	25
Masculino	0,91	0,89	0,86	0,85	0,88	0,8	0,77	0,77	0,93	63
Educação Infantil	0,90	0,90	0,78	0,79	0,85	0,85	0,78	0,80	0,90	22
Fundamental I	0,91	0,90	0,87	0,87	0,86	0,85	0,76	0,76	0,93	42
Fundamental II	0,89	0,89	0,88	0,87	0,91	0,90	0,82	0,81	0,95	24
Privado	0,92	0,91	0,87	0,86	0,86	0,85	0,81	0,81	0,93	62
Público	0,87	0,87	0,86	0,86	0,91	0,89	0,67	0,67	0,93	26

O Alfa de Cronbach e o Lambda 2 (λ2) foram calculados para cada variável e para cada fator extraído. De modo geral, o instrumento apresentou excelentes índices de consistência interna diante da estratificação por variáveis sociodemográficas (α = 0,67 a 0,95 e λ = 0,67 a 0,93) para ambas as amostras (normativa e clínica).

Correlação Item-Total

Esta é uma técnica estatística usada para estabelecer o índice de discriminação do item.(1) A correlação item-total corrigido, ou seja, a correlação entre o item e a pontuação total do questionário também foi calculada por meio do coeficiente de correlação de Pearson. Esse dado é importante por estimar a validade do item. Nas tabelas a seguir são apresentados os coeficientes de correlação item-total dos itens de cada fator da ETDAH–PAIS. A amostra utilizada para este estudo foi a mesma utilizada para realização da Análise Fatorial (N = 203).

Tabela 17. Correlação Item-Total para a escala geral.

Itens	Média da escala se o item for excluído	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
2. Consegue expressar claramente os seus pensamentos	156	0,37	0,96
3. É independente para realizar as suas tarefas de casa	156	0,43	0,96
7. É atento quando conversa com alguém	156	0,25	0,96
10. É distraído com quase tudo	156	0,50	0,95
11. Parece sonhar acordado (estar no mundo da lua)	157	0,34	0,96
12. Inicia uma atividade com entusiasmo e dificilmente chega ao final (é do tipo fogo de palha)	157	0,55	0,95
13. Mostra-se concentrado apenas em atividades de seu interesse	156	0,44	0,96
14. Tem dificuldade para realizar as coisas importantes (lição, por exemplo)	157	0,49	0,95
15. Dá a impressão de que não ouve bem (só escuta o que quer)	156	0,55	0,95
16. Evita atividades que exigem esforço mental constante (deveres escolares, jogos)	157	0,55	0,95
17. Esquece rápido o que acabou de ser dito	157	0,50	0,95

Tabela 17. Correlação Item-Total para a escala geral (continuação).

Itens	Média da escala se o item for excluído	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
18. Dificilmente observa detalhes	157	0,30	0,96
19. Não termina o que começa	157	0,56	0,95
20. Movimenta-se muito (parece estar ligado com um motor, ou a todo vapor)	156	0,54	0,95
21. É inquieto e agitado	156	0,67	0,95
22. Tem sempre muita pressa	156	0,63	0,95
23. Mexe-se e contorce-se durante as refeições e para realizar as tarefas de casa	156	0,60	0,95
24. Age sem pensar (é impulsivo)	156	0,70	0,95
26. Responde antes de ouvir a pergunta inteira	157	0,57	0,95
27. É imprudente	157	0,58	0,95
28. É persistente e insiste diante de uma ideia	155	0,28	0,96
29. É inconsequente (não considera os perigos da situação)	156	0,61	0,95
30. Intromete-se em assuntos que não lhe dizem respeito	156	0,63	0,95
31. Faz os deveres escolares rápido demais	156	0,44	0,96
32. Sabe aguardar sua vez (é paciente)	155	0,43	0,96
33. Aceita facilmente regras, normas e limites	155	0,50	0,95
34. Fala pouco	154	0,14	0,96
35. Parece ser uma criança tranquila e sossegada	155	0,48	0,95
36. É tolerante, quando preciso	155	0,48	0,95
37. Faz as coisas com muito cuidado, prevendo todos os riscos de suas ações	155	0,51	0,95
38. Faz suas tarefas e almoça com bastante tranquilidade	155	0,54	0,95
40. Irrita os outros com suas palhaçadas	157	0,49	0,95
43. Tende a discordar com as regras e normas de jogos	156	0,57	0,95
44. Faz amizade, mas não consegue mantê-la	157	0,44	0,96
53. Respeita normas e regras	156	0,59	0,95
54. Seu comportamento é adequado socialmente	156	0,57	0,95
56. É obediente	156	0,67	0,95
57. A criança permite que o ambiente familiar seja tranqui-lo e harmonioso	156	0,61	0,95
58. Obedece aos pais e as normas da casa	156	0,64	0,95
59. Implica com os irmãos	156	0,44	0,96
60. Todos têm que fazer o que ele quer	156	0,52	0,95
61. Exige mais tempo e atenção dos pais do que os outros filhos	156	0,57	0,95
62. A hora de acordar e das refeições é desagradável	157	0,47	0,95

Tabela 17. Correlação Item-Total para a escala geral (continuação).

Itens	Média da escala se o item for excluído	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
63. Ocorrem discussões entre os pais e a criança, em função da falta de responsabilidade e da falta de senso de dever	156	0,59	0,95
65. As atividades e reuniões são desagradáveis	157	0,55	0,95
66. É sensível	155	0,15	0,96
67. É agressivo	157	0,44	0,96
68. Muda facilmente de humor	156	0,57	0,95
69. Tem dificuldades para se adaptar às mudanças	157	0,41	0,96
70. Implica com tudo	157	0,60	0,95
71. Tem fortes reações emocionais (explosões de raiva)	156	0,58	0,95
72. Faz birra quando quer algo	156	0,59	0,95
73. Sente-se infeliz	157	0,42	0,96
74. Dá a impressão de estar sempre insatisfeito (nada o agrada)	157	0,51	0,95
76. É irritadiço (tudo o incomoda)	157	0,60	0,95
77. É rebelde (não aceita nada)	157	0,67	0,95
80. Mostra-se tenso e rígido	157	0,46	0,95
81. Explode com facilidade (é do tipo “pavio curto”)	156	0,60	0,95

A segunda e a terceira coluna (Tabela 17) mostram a correlação item-total corrigido e o Alfa de Cronbach do instrumento se cada item for removido. Todas as correlações foram acima de 0,30, indicando que o instrumento, de modo geral, possui itens válidos que realmente medem o que se propõem a medir, no caso, TDAH.

A correlação item-total também foi calculada para cada fator. A Tabela 18 apresenta a correlação item-total para o fator Regulação Emocional. Os itens que representam o fator Regulação Emocional obtiveram valores acima de 0,30 na correlação item-total, sendo que mais da metade (56,5%) apresentou valores acima de 0,50, exceto o item “Faz amizade, mas não consegue mantê-la; entretanto, sua permanência se justifica pelo fato de que, no instrumento como todo, sua correlação com os demais itens foi moderada (0,44) e a sua exclusão não aumentou significativamente o índice de confiabilidade do instrumento. Segundo Guilford e Frutchter,[29] os valores acima de 0,30 indicam que os itens são discriminativos da característica que está sendo avaliada.

Na sequência são apresentados, na Tabela 19, os resultados da correlação item-total para o fator Hiperatividade / Impulsividade. Dos 13 itens que repre-

sentam Hiperatividade / Impulsividade, todos obtiveram correlação item-total acima de 0,30, o que é considerado satisfatório na literatura.[30]

A Tabela 20 apresenta a correlação item-total do fator Comportamento Adaptativo. Quanto aos itens que representam o fator Comportamento Adaptativo, a correlação item-total foi a partir de 0,42, o que corrobora as evidências anteriormente apontadas, isto é, esse fator possui itens válidos e coesos relacionados ao Comportamento Adaptativo.

A Tabela 21 apresenta a correlação item-total para o fator Atenção. O fator Atenção também atingiu índices de correlação satisfatórios (r = 0,40 a r = 0,71). Assim, pode-se concluir que os valores de correlação item-total, ao considerar cada fator, foram adequados, indicando que os itens são discriminativos e que existe relação entre as características que eles avaliam nos fatores em que foram agrupados.

Tabela 18. Correlação Item-Total para o fator Regulação Emocional.

Itens	Média da escala se o item for excluído	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
44. Faz amizade, mas não consegue mantê-la	43,01	-0,096	0,903
70. Implica com tudo	42,62	0,65	0,882
71. Tem fortes reações emocionais (explosões de raiva)	42,18	0,702	0,879
76. É irritadiço (tudo o incomoda)	42,51	0,726	0,879
68. Muda facilmente de humor	42,41	0,677	0,88
81. Explode com facilidade (é do tipo “pavio curto”)	42,09	0,683	0,879
74. Dá a impressão de estar sempre insatisfeito (nada o agrada)	42,98	0,592	0,884
77. É rebelde (não aceita nada)	42,76	0,616	0,882
67. É agressivo	42,97	0,569	0,884
73. Sente-se infeliz	43,05	0,48	0,887
72. Faz birra quando quer algo	42,18	0,578	0,883
80. Mostra-se tenso e rígido	42,79	0,43	0,888
59. Implica com os irmãos	41,63	0,491	0,886
65. As atividades e reuniões são desagradáveis	43,12	0,573	0,884
60. Todos têm que fazer o que ele quer	42,08	0,53	0,885
62. A hora de acordar e das refeições é desagradável	42,63	0,475	0,886
61. Exige mais tempo e atenção dos pais do que os outros filhos	41,92	0,547	0,884
69. Tem dificuldades para se adaptar às mudanças	42,56	0,472	0,887
66. É sensível	40,73	0,294	0,895

Tabela 19. Correlação Item-Total para o fator Hiperatividade / Impulsividade.

Itens	Média da escala se o item for excluído	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
20. Movimenta-se muito (parece estar ligado com um motor ou a todo vapor)	32,03	0,75	0,91
21. É inquieto e agitado	32,3	0,84	0,90
23. Mexe-se e contorce-se durante as refeições e para realizar as tarefas de casa	32,54	0,78	0,91
22. Tem sempre muita pressa	32	0,75	0,91
24. Age sem pensar (é impulsivo)	32,6	0,78	0,91
29. É inconsequente (não considera os perigos da situação)	32,72	0,68	0,91
30. Intromete-se em assuntos que não lhe dizem respeito	32,44	0,69	0,91
26. Responde antes de ouvir a pergunta inteira	32,73	0,62	0,91
27. É imprudente	32,96	0,62	0,91
40. Irrita os outros com suas palhaçadas	33,19	0,50	0,92
43. Tende a discordar com as regras e normas de jogos	32,71	0,55	0,92
28. É persistente e insiste diante de uma ideia	31,22	0,38	0,92
31. Faz os deveres escolares rápido demais	32,26	0,49	0,92

Tabela 20. Correlação Item-Total para o fator Comportamento Adaptativo.

Itens	Média da escala se o item for excluído	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
33. Aceita facilmente regras, normas e limites	44,71	0,71	0,90
35. Parece ser uma criança tranquila e sossegada	44,94	0,71	0,90
36. É tolerante, quando preciso	44,96	0,72	0,90
53. Respeita normas e regras	45,3	0,69	0,90
56. É obediente	45,29	0,72	0,90
58. Obedece aos pais e as normas da casa	45,31	0,72	0,90
32. Sabe aguardar sua vez (é paciente)	44,61	0,58	0,90
38. Faz suas tarefas e almoça com bastante tranquilidade	44,78	0,66	0,90
37. Faz as coisas com muito cuidado, provendo todos os riscos de suas ações	44,55	0,62	0,90
54. Seu comportamento é adequado socialmente	45,8	0,64	0,90
34. Fala pouco	43,79	0,36	0,91
57. A criança permite que o ambiente familiar seja tranquilo e harmonioso	45,43	0,61	0,90
2. Consegue expressar claramente os seus pensamentos	45,69	0,44	0,91
7. É atento quando conversa com alguém	45,75	0,42	0,91

Tabela 21. Correlação Item-Total para o fator Atenção.

Itens	Média da escala se o item for excluído	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
10. É distraído com quase tudo	27,56	0,66	0,87
16. Evita atividades que exigem esforço mental constante (deveres escolares, jogos).	27,85	0,71	0,87
17. Esquece rápido o que acabou de ser dito	27,72	0,64	0,87
12. Inicia uma atividade com entusiasmo e dificilmente chega ao final (é do tipo fogo de palha)	27,67	0,66	0,87
14. Tem dificuldade para realizar as coisas importantes (lição, por exemplo)	27,94	0,66	0,87
19. Não termina o que começa	27,8	0,68	0,87
11. Parece sonhar acordado (estar no mundo da lua)	28,02	0,48	0,88
13. Mostra-se concentrado apenas em atividades de seu interesse	26,68	0,54	0,88
15. Dá a impressão de que não ouve bem (só escuta o que quer)	27,59	0,64	0,87
3. É independente para realizar as suas tarefas de casa	26,67	0,46	0,88
18. Dificilmente observa detalhes	27,67	0,40	0,89
63. Ocorrem discussões entre os pais e a criança, em função da falta de responsabilidade e da falta de senso de dever	27,53	0,52	0,88

Validade de Critério Concorrente

Para Urbina,[54] as evidências de "validação concorrente" são obtidas quando se têm disponíveis os escores do teste que se pretende avaliar e um critério externo relacionado ao construto avaliado por ele, que pode ser um diagnóstico do estado atual da pessoa. Essa autora menciona que, para testes que são usados para identificar algum tipo de transtorno, como esquizofrenia ou depressão, geralmente se realiza um estudo de validade concorrente. Nesses casos, duas amostras de pessoas que diferem em relação ao seu diagnóstico devem ser utilizadas para realização dos estudos comparativos. Neste estudo, portanto, foram comparados os resultados da escala entre pessoas com e sem TDAH.

O grupo clínico foi composto por 88 crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH pelos critérios estabelecidos no DSM-5, e que se submeteram à avaliação neuropsicológica solicitada por médicos neurologistas e psiquiatras para a confirmação do diagnóstico. O mesmo número de participantes, extraídos da amostra, serviu para realização dos estudos estatísticos e de normatização.

Para verificar a existência de diferenças significativas entre o grupo-controle e o grupo clínico, foram obtidas as médias e desvios-padrão da pontuação de cada um dos fatores e foi realizada a comparação entre os dois grupos com a aplicação do Teste *t* de *Student*. Os resultados dessa comparação estão na Tabela 22.

Tabela 22. Comparação das pontuações médias em cada fator entre os grupos não clínico (controle) e clínico.

Fatores	Grupos	N	Média	DP	*t*	*p*
Fator 1	Não clínico	88	44,58	16,714	-5,13	.000*
	Clínico	88	58,2	18,478		
Fator 2	Não clínico	88	33,9	12,816	-7,395	.000*
	Clínico	88	48,39	13,174		
Fator 3	Não clínico	88	49,16	11,931	-3,57	.000*
	Clínico	88	55,72	12,43		
Fator 4	Não clínico	88	30,77	9,954	-8,612	.000*
	Clínico	88	43,58	9,774		
Escore Total	Não clínico	88	158,41	40,239	-7,723	.000*
	Clínico	88	205,89	41,31		

Nota-se que, em todos os fatores, as diferenças entre as pontuações dos dois grupos foram significativas no nível de 0,01. Esse resultado indica que a ETDAH-PAIS discriminou adequadamente o grupo com e sem TDAH, uma vez que a pontuação do grupo clínico foi bastante superior à pontuação do grupo-controle. Esse resultado reflete mais uma evidência de validade para a escala.

Comparação entre os grupos: sexo, tipo de escola, faixa etária e nível escolar

Foram realizadas análises de comparação entre as médias para investigar a influência das variáveis sexo, tipo de escola, idade e escolaridade para os diferentes grupos. Para isso, foram realizados testes *t* e Análise de Variância (ANOVA) para a comparação das médias entre grupos, e o cálculo do tamanho do efeito foi aferido por meio do eta quadrado (η^2).

SEXO

Teste *t* para amostras independentes foi aplicado para comparar os escores brutos para participantes masculinos (M = 165,48; DP = 41,13) e femininos (M = 151,43; DP = 41,89) por fator.

Houve diferença significativa entre os escores de homens e mulheres em três fatores subjacentes e no escore geral do instrumento (Tabela 23). A magnitude do efeito aferido por eta quadrado apontou efeitos moderados para os fatores Comportamento Adaptativo e Atenção e efeitos baixos para o fator Hiperatividade / Impulsividade e escore geral.

Tabela 23. Comparação das pontuações médias em cada fator em relação ao sexo dos participantes.

Escores por fator	Sexo	N	Média	DP	*t*	*p*	η^2
Escore Fator 1	Feminino	95	44,87	14,66	-0,246	0,806	0
	Masculino	108	45,43	17,05			
Escore Fator 2	Feminino	95	32,94	13,81	-2,223	*0,027	0,02
	Masculino	108	37,08	12,75			
Escore Fator 3	Feminino	95	45,76	14,33	-2,957	*0,003	0,04
	Masculino	108	50,97	10,72			
Escore Fator 4	Feminino	95	27,86	10,90	-2,726	*0,007	0,04
	Masculino	108	32,00	10,69			
Escore Geral Bruto	Feminino	95	151,43	41,89	-2,408	*0,017	0,03
	Masculino	108	165,48	41,13			

* A diferença média é significativa no nível 0,05.

TIPO DE ESCOLA

Também foi aplicado teste *t* para amostras independentes para comparar os escores de cada fator por tipo de escola [privada (M = 155,97; DP = 39,44) e pública (M = 161,39; DP = 44,03)].

Não houve diferenças significativas entre os escores ao considerar o tipo de escola (Tabela 24).

Tabela 24. Comparação das pontuações médias em cada fator em relação ao tipo de escola frequentada pelos participantes.

Escores por fator	Tipo de escola	N	Média	DP	*t*	*p*	η²
Escore Fator 1	Privada	93	44,43	14,99	-0,611	0,542	0
	Pública	110	45,79	16,74			
Escore Fator 2	Privada	93	34,47	12,81	-0,654	0,514	0
	Pública	110	35,71	13,89			
Escore Fator 3	Privada	93	47,11	12,49	-1,465	0,144	0,01
	Pública	110	49,74	12,94			
Escore Fator 4	Privada	93	29,96	10,09	-0,128	0,899	0
	Pública	110	30,15	11,69			
Escore Geral Bruto	Privada	93	155,97	39,44	-0,917	0,36	0
	Pública	110	161,39	44,03			

IDADE

Como descrito nos procedimentos, para analisar a influência da variável idade, a amostra (N = 203) foi dividida em grupos etários, conforme a Tabela 25.

Por meio da ANOVA (Tabela 26), foi possível aferir que há diferença significativa entre os escores médios da variável dependente para os grupos. O nível de significância de *p* nos testes robustos de Welch e Brown-Forsythe também foi menor que 0,05 ($p = 0,000$), o que indica que há diferença significativa entre os escores médios da variável dependente para os grupos.

Para identificar as faixas etárias que se diferenciam de maneira significativa, foi aplicado o teste *post-hoc* de comparações múltiplas de Hochberg. As comparações *post-hoc* indicaram que houve diferença significativa ($p < 0,05$) nos escores das faixas etárias de 2 a 5 anos de idade (n = 38, M = 40,3) e de 14 a 17 anos de idade (n = 36, M = 28,5) no fator de Hiperatividade / Impulsividade. Também houve diferença significativa entre essas mesmas faixas etária no fator Comportamento Adaptativo.

ESCOLARIDADE

A amostra (N = 203) foi dividida em quatro grupos, de acordo com a escolaridade dos participantes do estudo (Tabela 27). A variável escolaridade apresentou diferença significativa entre as médias dos escores nos fatores Hiperatividade / Impulsividade e Atenção, segundo a ANOVA (Tabela 28).

Tabela 25. Descrição dos escores médios em cada fator em relação ao grupo etário dos participantes.

Escores por fator	Grupos etários (em anos)	N	Média	DP	Erro-padrão	Intervalo de confiança para média 95%		Mínimo	Máximo
Escore Fator 1	2 a 5	38	45,74	11,37	1,85	42	49	23	78
	6 a 9	54	46,61	15,43	2,10	42	51	22	95
	10 a 13	75	46,95	17,22	1,99	43	51	20	87
	14 a 17	36	38,69	16,99	2,83	33	44	20	110
	Total	203	45,17	15,94	1,12	43	47	20	110
Escore Fator 2	2 a 5	38	40,32	16,22	2,63	35	46	21	74
	6 a 9	54	35,81	12,20	1,66	32	39	18	64
	10 a 13	75	35,23	13,59	1,57	32	38	14	70
	14 a 17	36	28,50	8,05	1,34	26	31	16	42
	Total	203	35,14	13,39	0,94	33	37	14	74
Escore Fator 3	2 a 5	38	51,55	12,60	2,04	47	56	20	79
	6 a 9	54	48,98	12,82	1,74	45	52	21	74
	10 a 13	75	49,79	12,28	1,42	47	53	15	74
	14 a 17	36	42,06	12,23	2,04	38	46	18	66
	Total	203	48,53	12,77	0,90	47	50	15	79
Escore Fator 4	2 a 5	38	28,16	9,91	1,61	25	31	13	53
	6 a 9	54	30,26	9,07	1,23	28	33	15	48
	10 a 13	75	32,87	12,80	1,48	30	36	12	64
	14 a 17	36	25,94	8,96	1,49	23	29	12	41
	Total	203	30,06	10,96	0,77	29	32	12	64
Escore Geral Bruto	2 a 5	38	165,76	36,83	5,98	154	178	106	253
	6 a 9	54	161,67	39,84	5,42	151	173	88	271
	10 a 13	75	164,83	45,20	5,22	154	175	80	266
	14 a 17	36	135,19	35,99	6,00	123	147	72	238
	Total	203	158,91	41,98	2,95	153	165	72	271

Tabela 26. Análise de Variância (ANOVA) dos escores médios em cada fator em relação ao grupo etário dos participantes.

Escores		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	*F*	*p*	η²
Escore Fator 1	Entre os grupos	1870,678	3	623,559	2,510	0,06	0
	Dentre os grupos	49437,627	199	248,43			
	Total	51308,305	202				
Escore Fator 2	Entre os grupos	2630,352	3	876,784	5,197	0,002*	0,04
	Dentre os grupos	33574,505	199	168,716			
	Total	36204,857	202				
Escore Fator 3	Entre os grupos	1985,69	3	661,897	4,252	0,006*	0,06
	Dentre os grupos	30978,852	199	155,673			
	Total	32964,542	202				
Escore Fator 4	Entre os grupos	1340,189	3	446,73	3,879	0,01*	0,06
	Dentre os grupos	22917,979	199	115,166			
	Total	24258,167	202				
Escore Geral Bruto	Entre os grupos	25067,968	3	8355,989	5,026	0,002*	0,07
	Dentre os grupos	330837,254	199	1662,499			
	Total	355905,222	202				

* A diferença média é significativa no nível de 0,05.

O nível de significância nos testes robustos também foi menor que 0,05 (p = 0,000). As comparações *post-hoc* indicaram que a média da Educação Infantil (n = 62, M = 38,9) foi significativamente diferente da média do Ensino Fundamental I (n = 69, M = 35,6) no fator Hiperatividade / Impulsividade. Já no fator Atenção houve diferença significativa entre o Ensino Fundamental I (n = 69, M = 33,3) e Fundamental II (n = 62, M = 27,7).

TABELAS NORMATIVAS

Para a normatização de um instrumento, os escores brutos devem ser convertidos em medidas relativas.[1, 20] Para este estudo, optou-se por elaborar as normas a partir do percentil. O percentil é uma classificação que transmite informação sobre a posição relativa de um indivíduo quando comparado ao grupo de referência.[1, 20]. Como verificado anteriormente, os resultados apontaram diferenças mais significativas entre os escores dos participantes de acordo com o sexo e a faixa etária. Portanto, optou-se por elaborar as normas a partir dessas duas variáveis.

Tabela 27. Descrição dos escores médios em cada fator em relação à escolaridade dos participantes.

Escores por fator	Escola-ridade	N	Média	DP	Erro-padrão	Intervalo de confiança para média 95%		Mínimo	Máximo
Escore Fator 1	EI	62	47,06	13,34	1,70	43,68	50,45	23	82
	F-I	69	46,03	15,57	1,88	42,29	49,77	20	95
	F-II	62	43,19	18,98	2,41	38,37	48,01	20	110
	EM	10	39,70	11,37	3,60	31,56	47,84	25	56
	Total	203	45,17	15,94	1,12	42,96	47,37	20	110
Escore Fator 2	EI	62	38,95	14,15	1,80	35,36	42,55	21	74
	F-I	69	35,65	13,11	1,58	32,50	38,80	18	70
	F-II	62	31,56	12,51	1,59	28,39	34,74	14	69
	EM	10	30,20	9,38	2,97	23,49	36,91	16	42
	Total	203	35,14	13,39	0,94	33,29	37,00	14	74
Escore Fator 3	EI	62	51,15	11,84	1,50	48,14	54,15	20	79
	F-I	69	48,33	13,12	1,58	45,18	51,49	18	74
	F-II	62	46,65	12,65	1,61	43,43	49,86	15	72
	EM	10	45,40	15,61	4,94	34,23	56,57	19	66
	Total	203	48,53	12,77	0,90	46,76	50,30	15	79
Escore Fator 4	EI	62	28,55	9,48	1,20	26,14	30,96	13	53
	F-I	69	33,35	11,99	1,44	30,47	36,23	12	64
	F-II	62	27,76	10,51	1,34	25,09	30,43	12	58
	EM	10	31,10	10,66	3,37	23,47	38,73	12	41
	Total	203	30,06	10,96	0,77	28,55	31,58	12	64
Escore Geral Bruto	EI	62	165,71	35,66	4,53	156,65	174,77	106	253
	F-I	69	163,36	44,67	5,38	152,63	174,09	80	271
	F-II	62	149,16	43,19	5,48	138,19	160,13	81	262
	EM	10	146,40	43,72	13,83	115,12	177,68	72	192
	Total	203	158,91	41,98	2,95	153,10	164,72	72	271

EI = Educação Infantil; F-I = Ensino Fundamental I; F-II = Ensino Fundamental II; EM = Ensino Médio

Tabela 28. Análise de Variância (ANOVA) dos escores médios em cada fator em relação à escolaridade dos participantes.

Escores		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	*F*	*p*	η²
Escore Fator 1	Entre os grupos	814,84	3	271,62	1,07	0,363	0
	Dentre os grupos	50493,46	199	253,74			
	Total	51308,31	202				
Escore Fator 2	Entre os grupos	1955,51	3	651,84	3,787	0,011*	0,05
	Dentre os grupos	34249,35	199	172,11			
	Total	36204,86	202				
Escore Fator 3	Entre os grupos	744,92	3	248,31	1,534	0,207	
	Dentre os grupos	32219,62	199	161,91			
	Total	32964,54	202				
Escore Fator 4	Entre os grupos	1226,89	3	408,96	3,534	0,016*	0,05
	Dentre os grupos	23031,28	199	115,74			
	Total	24258,17	202				
Escore Geral Bruto	Entre os grupos	11691,72	3	3897,24	2,253	0,083	0
	Dentre os grupos	344213,50	199	1729,72			
	Total	355905,22	202				

* A diferença média é significativa no nível de 0,05.

Nas Tabelas 29 a 37, nas páginas seguintes, são apresentadas as normas gerais e as normas relativas a sexo e faixa etária.

Tabela 29. Normas para a amostra geral.

Classificação	Percentil	Escores Brutos				
		Escore Geral	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Inferior	1	72	20	15,04	18	12
	5	101	25	18,2	25,2	15
	10	107	28,4	21	32	17
	15	115	30	23	35	19
	20	121	31	24,8	37	21
Média Inferior	25	129	33	26	40	22
	30	133	35	27	42	23
	35	139	36,4	28	44	24,4
	40	144	38	29	46	26
Média	45	148	40	30	48	27
	50	153	42	32	49	29
	55	159	45	34	51,2	30
	60	166	47	35	53	32
Média superior	65	170	49	37	54	34
	70	177	51	40	55	35
	75	187	53	42	57	36
	80	193	56	44	60	39
Superior	85	207	61	48,8	61	41
	90	218	67,8	55,6	65	45,6
	95	238	77,8	65,8	68,8	50,8
	99	266	94,68	74	74	64
Média		159	45,7	35,7	48,3	30,6
Mediana		156	43,5	33	48,65	29,5
Desvio-Padrão		47,58	18,26	15,20	14,14	12,64
Mínimo		72	20	15	18	12
Máximo		266	94,68	74	74	64

Tabela 30. Normas para o sexo feminino na faixa etária de 2 a 5 anos.

Classificação	Percentil	Escores Brutos				
		Escore Geral	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Inferior	1	106	23	21	20	13
	5	107	23,9	21	20,7	13
	10	116	32,6	21,6	29	13,4
	15	119,3	35,3	24,3	37	15,9
	20	127,4	36	25,4	37	18,8
Média Inferior	25	130,5	36,5	27,5	38	20
	30	133,6	38,8	29	40,2	20,6
	35	136,8	40,7	29,7	44,5	21
	40	139,6	41,8	30,8	46	23,4
Média	45	151,7	44,7	32,8	46	24
	50	155	47	34	47	25
	55	160,4	49,4	34,1	48,1	26,2
	60	173,8	53	35,2	51	28,2
Média superior	65	180,3	53	37,8	59	29,3
	70	191,2	53	42	59,8	30
	75	196,5	53,5	53,5	61	31
	80	209	57,6	67,4	63,4	35,6
Superior	85	217	62,1	72,5	66,4	48,5
	90	244,2	65,4	74	71,8	53
	95	252,8	76,8	74	78,4	53
	99					
Média		162,4	46,2	39,3	48,2	27,1
Mediana		153,35	45,85	33,4	46,5	24,5
Desvio-Padrão		44,21	13,64	18,41	15,92	12,22
Mínimo		106	23	21	20	13
Máximo		252	76,8	74	78,4	53

Tabela 31. Normas para o sexo feminino na faixa etária de 6 a 9 anos.

Classificação	Percentil	Escores Brutos				
		Escore Geral	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Inferior	1	88	23	18	21	15
	5	95,65	24,8	18,45	22,35	16,35
	10	107,7	29,7	19,9	26,7	18
	15	112,8	32,05	23,7	28,35	22
	20	124,4	34,8	25	29	22,8
Média Inferior	25	128	36,75	27	34,5	24
	30	134,5	42,5	27	40,2	24
	35	137,2	44,15	27,15	43,45	26
	40	144	45	29,2	47,2	26
Média	45	145,55	45	30	49	26,05
	50	162	45,5	30,5	50,5	27
	55	169,9	46,95	32,9	54,85	27
	60	176	49,4	34	55,8	29,6
Média superior	65	185	54,7	34	57	32
	70	187	55	43	57	32,3
	75	190,75	57,25	46,75	58,5	33
	80	192,8	61	50,6	60,2	35
Superior	85	196	65	53	61	35
	90	210,6	65,6	53,3	65,3	37,2
	95	227,55	77,05	58,75	71,3	43,4
	99					
Média		155,7	46	34,11	46,6	27,5
Mediana		153,775	45,25	30,25	49,75	26,525
Desvio-Padrão		39,74	14,30	12,45	15,15	7,23
Mínimo		88	23	18	21	15
Máximo		227,5	77,05	58,7	71,3	43,4

Tabela 32. Normas para o sexo feminino na faixa etária de 10 a 13 anos.

Classificação	Percentil	Escores Brutos				
		Escore Geral	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Inferior	1	80	20	14	15	12
	5	86,6	22,2	16,2	16,65	12
	10	97,4	27,2	18,2	26,1	13,2
	15	101	29	20	30,25	16,95
	20	106	30	20,2	33,2	19,4
Média Inferior	25	116,5	30	21,75	35,5	21
	30	122,8	36,3	22,6	38,9	21
	35	128,7	38,7	24,85	42,7	21,85
	40	134,8	39	25	43,4	23,4
Média	45	139	40,9	25	44	24,95
	50	142,5	41	26	46,5	25
	55	145,4	43,2	27,05	49	26,2
	60	156	48,2	28,6	49,6	32,4
Média superior	65	159,45	49	29,15	53	34,15
	70	176	51,1	30	53,7	35
	75	190	52,75	32	55,5	37
	80	194,6	55,8	38,2	57	38,6
Superior	85	198,75	65,5	44,05	58,7	46,4
	90	208,3	76,5	46,9	60	52,6
	95	238,65	83,7	57,7	70,35	59,6
	99					
Média		146	44	28,3725	43,9525	28,635
Mediana		140,75	40,95	25,5	45,25	24,975
Desvio-Padrão		43,83	16,99	10,95	14,55	13,26
Mínimo		80	20	14	15	12
Máximo		238,6	83,7	57,7	70,3	59,6

Tabela 33. Normas para o sexo feminino na faixa etária de 14 a 17 anos.

Classificação	Percentil	Escores Brutos				
		Escore Geral	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Inferior	1	72	25	16	18	12
	5	72	25	16	18	12
	10	78,3	25	16	18,7	12
	15	87,05	25,55	16,55	21,75	13,1
	20	95,2	26,4	18,6	24,4	14
Média Inferior	25	102,25	27,5	21	27,5	14,75
	30	109,2	29,4	21,1	35,1	17
	35	110,9	32,8	21,95	35,95	17
	40	111,8	33	23,6	36	21
Média	45	115,25	33,65	24	36,65	22
	50	117	35	24	37,5	23
	55	118,05	36	25,75	38,7	24
	60	122	36,2	29	40,2	24,4
Média superior	65	130,8	37	29,1	41,05	26,15
	70	144,4	37	30,8	41,9	28,7
	75	147,5	37,75	32,5	45	30,5
	80	149,2	39,2	33,6	46,6	33,4
Superior	85	157,2	40	35,35	49,25	35,9
	90	169,6	46,3	37,9	54,7	38,2
	95					
	99					
Média		116,3	33,03947	24,88421	35,10263	22,05789
Mediana		115,25	33,65	24	36,65	22
Desvio-Padrão		28,45	6,13	6,95	10,93	8,42
Mínimo		72	25	16	18	12
Máximo		169,6	46,3	37	54,7	38,2

Tabela 34. Normas para o sexo masculino na faixa etária de 2 a 5 anos.

Classificação	Percentil	Escores Brutos				
		Escore Geral	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Inferior	1	115	30	23	38	19
	5	115	30	23	38	19
	10	115	30,8	24,6	38	20,6
	15	136,7	31	25	44,3	21
	20	151,4	33,4	25,6	47	21
Média Inferior	25	156,5	37	26	47,5	22,5
	30	159,2	39	28	48,8	24,4
	35	161,3	39,3	32,5	50,6	25
	40	162,6	40	36,6	52,4	25,2
Média	45	165,1	40,3	39,1	54,1	26,1
	50	166	43	40	55	27
	55	167,8	46,6	40,9	55	29,7
	60	168	47	45	55,8	31,6
Média superior	65	169,4	48,4	46,7	56,7	32,7
	70	171,2	49,6	47,6	57,6	33,6
	75	174,5	50,5	50	59	34,5
	80	183	52,6	52,8	61,6	35,4
Superior	85	196,5	55,6	54,6	64,9	36,3
	90	211,2	57,2	58,6	67,4	37,2
	95					
	99					
Média		160,3	42,2	37,9	52,2	27,5
Mediana		165,1	40,3	39,1	54,1	26,1
Desvio-Padrão		25,61	8,83	11,84	8,63	6,21
Mínimo		115	30	23	38	19
Máximo		211	57	58	67	37

Tabela 35. Normas para o sexo masculino na faixa etária de 6 a 9 anos.

Classificação	Percentil	Escores Brutos				
		Escore Geral	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Inferior	1	102	22	21	34	15
	5	106,2	23,75	21,7	34,35	15,7
	10	114,7	28,4	23	35	17
	15	117,6	30	24,1	37	18,1
	20	129	30	26	38,6	20
Média Inferior	25	132,75	30,75	28,25	41,75	21,5
	30	136,7	33,3	29,1	44,1	23,7
	35	143	36,45	30	46,35	30,45
	40	145,4	37	30	48	31
Média	45	151,15	37	32,3	48,15	31,3
	50	152,5	41	34	49	33,5
	55	153,85	45	34	49	34
	60	165,2	45	35,4	51	34,4
Média superior	65	172,05	47,75	37,55	52,65	37,65
	70	178,8	50,9	42,5	54	39,9
	75	203,25	54	44,25	57	41
	80	214,8	61,8	46,8	60	44
Superior	85	218,85	64,9	50,85	66,75	45,9
	90	219,9	69	61	67,3	46,6
	95	253,85	85,9	62,95	71,25	48
	99					
Média		160,6	43,7	35,7	49,3	31,4
Mediana		151,8	39	33,15	48,575	32,4
Desvio-Padrão		42,48	16,67	12,23	11,11	10,97
Mínimo		102	22	21	34	15
Máximo		253,8	85,9	62,9	71,2	48

Tabela 36. Normas para o sexo masculino na faixa etária de 10 a 13 anos.

Classificação	Percentil	Escores Brutos				
		Escore Geral	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Inferior	1	104	25	15	27	15
	5	104,9	25	21	32	16,3
	10	120,6	26,3	24,8	37,8	19,6
	15	127,3	29,2	26,9	41	21
	20	134,2	30,9	28	44,4	22,6
Média Inferior	25	148	32,2	28,5	46	27,5
	30	149,8	34	30	49	28
	35	153,1	34,8	32	51	29,1
	40	155,6	36,1	35	51,4	30
Média	45	163,1	39,2	35	52,7	31
	50	165	42	36	53	36
	55	168,5	43	39,3	54	36
	60	175,6	47,6	40	54,6	37,2
Média superior	65	186,3	50	41	57,7	39,9
	70	195	51	41,2	59,2	42
	75	207	55,2	43,5	60	42,5
	80	222,8	60	51,2	60	43
Superior	85	235	61	56,3	64	49
	90	247,8	69	66,4	65,4	50,4
	95	258,1	78	68,4	70	62,2
	99		86,1			
Média		171,1	45,5	38,0	51,5	33,9
Mediana		164,05	42	35,5	52,85	33,5
Desvio-Padrão		45,13	17,49	14,00	11,05	12,28
Mínimo		104	25	15	27	15
Máximo		258	86	68	70	62,2

Tabela 37. Normas para o sexo masculino na faixa etária de 14 a 17 anos.

Classificação	Percentil	Escores Brutos				
		Escore Geral	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Inferior	1	84	20	16	20	15
	5	84,45	20	16,1	20,6	15,05
	10	94,6	20,5	18,2	32,2	16,1
	15	109,15	25	20,15	34	17
	20	112,4	25,8	21,2	34	17,4
Média Inferior	25	124	29,25	23	35,25	19,75
	30	130,3	30,3	26,3	39,3	22
	35	131	31,35	27,35	41,05	23,4
	40	132,2	32,4	28	43	26
Média	45	136,7	33	28	43	26
	50	141,5	33	29,5	46,5	27
	55	143	36,3	32,65	51,1	29,1
	60	143	39,6	35,2	52,6	31,8
Média superior	65	145,6	44,55	36	53	33,65
	70	162,4	49,8	36,7	53	34
	75	173,5	52,5	37	53	34
	80	188,6	55,4	38,6	53,8	36,4
Superior	85	192	56	39,85	59,1	38,7
	90	192	71,3	41,8	60,9	40,8
	95	235,7	108,15	42	65,75	41
	99					
Média		142,8	40,7	29,7	44,6	27,2
Mediana		139,1	33	28,75	44,75	26,5
Desvio-Padrão		39,03	21,08	8,57	12,61	8,80
Mínimo		84	20	16	20	15
Máximo		235,7	108,1	42	65,75	41

4. Administração da Escala de Avaliação de Comportamentos Infantojuvenis no TDAH em Ambiente Familiar
- Versão para Pais -

INSTRUÇÕES PARA APLICAÇÃO, CORREÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A administração desta escala é fácil, rápida e simples, desde que os pais ou responsáveis sejam alfabetizados. É necessário, por parte do profissional da saúde e da educação, conhecimento prévio sobre como o instrumento foi organizado, os fatores que se propõe a avaliar, como e o que oferece em termos de possibilidades de resultados e interpretação.

Esta escala é essencial para obter, capturar e compreender informações objetivas, **mas não é exclusiva e suficiente para se fazer um diagnóstico de TDAH** como um fim em si mesmo; outros métodos deverão ser utilizados, como entrevistas com a própria criança e adolescente, família, professores, assim como outros procedimentos e requisitos indicados, conforme é apontado na literatura, como o levantamento da história médica, familiar, escolar e social do paciente, bem como uma avaliação mais abrangente, a depender da área de atuação de cada profissional.

Para o preenchimento da escala é preciso apenas de uma caneta esferográfica.

A aplicação pode ser individual ou coletiva, com tempo livre de realização, embora a média aproximada de duração para preenchimento total da escala seja de 15 minutos. As instruções devem ser lidas pela própria pessoa, ou pelo profissional, caso seja necessário.

Instruções:

Abaixo estão alguns itens que descrevem comportamentos que seu filho ou sua filha pode apresentar. Considere a ocorrência dos comportamentos no momento atual e nos últimos seis meses. Leia cada item cuidadosamente e marque com "X" a opção que mais se adequar à sua opinião,

indicando a frequência em que o comportamento ocorre: Nunca (1); Muito Pouco (2); Pouco (3); Geralmente (4); Frequentemente (5); Muito frequentemente (6). Não deixe nenhum em branco.

Apuração dos resultados

Este instrumento permite uma análise quantitativa dos resultados dos itens de cada fator, de forma classificatória (Inferior, Média Inferior, Média, Média Superior, Superior). Por meio das análises quantitativas, são observados os fatores que estão preservados e os prejuízos existentes, aqueles que estão causando dificuldades para a criança ou adolescente e sua família.

Estes resultados indicam, também, a intensidade do nível do prejuízo e servem como norteadores para uma proposta adequada de intervenção, seja ela psicológica, neuropsicológica, médica, social, familiar, comportamental e/ou escolar.

Deve-se estar atento para a análise e interpretação dos resultados, pois escores altos em todos os Fatores 1, 2, 3 e 4 (REGULAÇÃO EMOCIONAL, HIPERATIVIDADE / IMPULSIVIDADE, COMPORTAMENTO ADAPTATIVO e ATENÇÃO) refletem prejuízo, ou seja, o resultado é pior.

Avaliação quantitativa

A análise quantitativa indica o desempenho do sujeito em cada fator comparado com a amostra normativa, de acordo com a avaliação dos pais. A apuração dos resultados é feita por meio da contagem de pontos atribuídos a cada item. A pontuação bruta é obtida pela soma de todos os valores assinalados em cada fator. Esse procedimento deve ser seguido para os fatores: 1) Regulação Emocional, 2) Hiperatividade / Impulsividade, 3) Comportamento Adaptativo, e 4) Atenção.

Advertência: Apenas no item 1 (“É independente para realizar as suas tarefas de casa”) do Fator 4 (Atenção) e em todos os itens do Fator 3 (Comportamento Adaptativo), a pontuação deverá ser atribuída de maneira invertida, pois todos esses estão dispostos de forma negativa ao TDAH. Por exemplo: o item assinalado com intensidade 4 será pontuado com 3. Como explicitado no quadro que segue:

Resposta	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Pontuação	6	5	4	3	2	1

O valor da pontuação bruta obtida para cada fator deve ser registrado no Protocolo de Correção e Análise de Dados no espaço correspondente a cada fator. A etapa seguinte consiste em consultar a tabela de percentis (geral e/ou segundo o sexo e a faixa etária) e procurar na coluna relativa a cada fator o valor bruto obtido e relacioná-lo com o percentil correspondente. Esses resultados podem ser transferidos para o gráfico. Em seguida, deve-se classificar o resultado do sujeito para cada fator, incluindo o escore geral segundo a tabela de percentis e respectiva classificação.

Para facilitar a interpretação dos resultados quantitativos, o significado dos escores altos e baixos em cada um dos fatores é descrito a seguir, o que também permite uma análise qualitativa dos resultados.

FATOR 1 – REGULAÇÃO EMOCIONAL

O fator REGULAÇÃO EMOCIONAL inclui qualquer estratégia de enfrentamento (adaptada ou não) que a pessoa usa para confrontar a intensidade da emoção indesejada. É a capacidade que a pessoa tem para regular as emoções e as manter em um nível controlado para que possa lidar com elas.

O TDAH promove dificuldade em autorregulação, como labilidade emocional e temperamento explosivo. Há dificuldade ou inabilidade em lidar com as experiências ou em processar as emoções de forma adequada, manifestando-se por intensificação excessiva (sobrecarga das emoções e/ou dificuldade em tolerá-las).

Este fator está relacionado com as funções executivas quentes, as quais são voltadas para a resolução de conflitos, situação em que fatores emocionais, reforço e punição estão diretamente envolvidos, e com a regulação de comportamentos sociais.[19]

Escores altos neste fator dizem respeito a um manejo deficiente da frustração diante das situações em que os filhos se sintam frustrados e desapontados, na dificuldade para uma adequada autorregulação emocional e para modular o afeto. E, quando acontece algo que considerem um problema, tendem a reagir com hipersensibilidade emocional, exibindo uma resposta emocional forte ou imatura, ou até mesmo agressiva, tendo em vista maior tendência a vivenciar estados emocionais negativos em tais circunstâncias.[26] Podem se tornar temperamentais, hostis, irritáveis e exageradamente emotivos, com alteração brusca de humor ou com um padrão de humor mais negativo, insta-

bilidade emocional, com maior propensão a terem menor controle sobre os próprios impulsos. Pode aparecer também, neste fator, comportamento opositor, dificuldade nos relacionamentos interpessoais e falta de empatia, os quais promovem impacto negativo no ambiente familiar e social.

Escores baixos neste fator refletem regulação emocional adequada, com controle emocional para agir de forma ajustada diante das situações estressantes, facilidade no manejo da frustração e na modulação do afeto, indicando estabilidade emocional e um padrão de humor estável bem como facilidade nos relacionamentos interpessoais e empatia.

FATOR 2 – HIPERATIVIDADE / IMPULSIVIDADE

O fator HIPERATIVIDADE / IMPULSIVIDADE apresenta itens relacionados a um excesso de inquietação e agitação comportamental e comportamento impulsivo.

Escores altos neste fator dizem respeito a um comportamento com ritmo acelerado e apressado, excesso de movimentação corporal, ação sem reflexão anterior, prejuízo no sistema inibitório, levando a comportamentos inconsequentes e imprudentes e, às vezes, levando a criança ou o adolescente a ser considerada(o) inconveniente e inadequada(o) socialmente. Há a tendência a persistir diante de uma ideia, com pouca capacidade de flexibilização mental. Este fator parece ser consistente com a apresentação dos sintomas de HIPERATIVIDADE / IMPULSIVIDADE propostos pelo DSM-5.

Escores baixos neste fator refletem nível de atividade motora e de ritmo motor considerado dentro do esperado para a faixa etária, presença de comportamentos com características de autocontrole, contenção de impulsos, tendência a agir com prudência e com flexibilidade na resolução dos conflitos.

FATOR 3 – COMPORTAMENTO ADAPTATIVO

O fator COMPORTAMENTO ADAPTATIVO foi composto por itens voltados a comportamentos que dizem respeito à facilidade para se adaptar às regras e normas instituídas, noção adequada de hierarquia e boa adaptação social. O comportamento adaptativo compreende habilidades necessárias para a vida diária. Inclui habilidade de comunicação, utilização de recursos diários comunitários e acadêmicos funcionais, competências relacionadas à vida doméstica, segurança e saúde, utilização do tempo de lazer, autocuidado, autodirecionamento e relacionamentos sociais.[47]

Escores baixos neste fator refletem um comportamento adaptativo adequado e uma boa indicação de controle cognitivo, maturidade e julgamento social, eficiência para solucionar problemas e capacidade para seguir regras e nor-

mas, respeitando a hierarquia. Tendem a ser responsáveis, compassivos e pacíficos[26] e demonstram habilidade de automonitoramento de seu comportamento, agindo de forma precavida, planejando as ações antecipadamente, atentos às consequências que os seus atos podem causar nos outros.

Escores altos neste fator podem indicar um comportamento pouco prudente, tendência a correr riscos, dificuldade na compreensão de princípios gerais e das situações sociais, no julgamento e na maturidade social e em se submeter a normas, com acentuada dificuldade na aprendizagem social de regras e na adaptabilidade a contextos.[56] Também refletem prejuízo para automonitorar o comportamento, agindo de forma inadequada, pouco empática e impulsiva, com tendência a quebrar regras, demonstrando pouca preocupação com as dificuldades que o seu comportamento pode causar nos outros, caracterizando um comportamento desadaptativo.

FATOR 4 – ATENÇÃO

O fator ATENÇÃO conta com itens relacionados com as dificuldades de atenção, incluindo atenção para detalhes, falta de foco, atenção sustentada, distração, rotinas de evitação e postergação para a finalização de atividades, o que demonstra pouca responsabilidade e comportamento dependente para realizar as tarefas de casa. Refere-se à manutenção da atenção apenas em atividades nas quais a criança / adolescente tem interesse, o que pode causar discussões entre pais e filhos em função da falta de responsabilidade e da falta de senso de dever.

Escores altos neste fator refletem prejuízos em vários subdomínios de funções executivas, tais como iniciativa para agir em direção a um determinado objetivo, permanecer alerta para cumprir as exigências de uma situação e de engajar-se em uma tarefa e persistir no esforço, mantendo e regulando a motivação até finalizá-la. Também representam dificuldade em realizar atividades que exijam atenção sustentada, bem como dificuldade em memória para reter na mente informações importantes.[13]

Pode-se observar que os prejuízos decorrentes do fator Atenção são considerados prejuízos funcionais e refletem baixo desempenho no desenvolvimento e na finalização de tarefas, com aparente falta de responsabilidade e com procrastinação. Esses itens são consistentes com a apresentação dos sintomas de Desatenção descritos no DSM-5.[25]

Escores baixos neste fator retratam boa e adequada capacidade atencional, persistência do esforço, capacidade para engajar-se em uma tarefa, mantendo a motivação necessária do início ao fim, com comprometimento e responsabilidade.

EXEMPLO DE UM PROTOCOLO AVALIADO E INTERPRETADO

Caio tem 10 anos e frequenta o 5º ano em um colégio particular. Ele é o filho mais velho e tem um irmão com 7 anos de idade. Embora tenha um excelente desempenho escolar e realize todas as tarefas com empenho e cuidado, vem apresentando problemas de comportamento, fala muito, não para um minuto, mostrando-se inconveniente e atrapalhando a aula. Em casa, os pais relatam excesso de agitação, comportamento impulsivo, temperamento explosivo, e, quando algo não sai do seu jeito, chora, reclama e briga, não tolera se frustrar, fica muito irritado. Segue as regras da casa e da escola, mas seus pais estão estressados e não sabem mais como lidar com o seu jeito de ser. O seu comportamento tem afetado o ambiente familiar e o seu irmão mais novo.

PROTOCOLO DE CORREÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Data de Nascimento: 07/06/2008 Idade: 10 Sexo: M (x) F ( )

Local de Nascimento: São Paulo / SP

Curso / Série: 5º ano do Ensino Fundamental I

Escola / Instituição: Colégio São Sebastian

Tipo de Escola: Pública ( ) Privada (x)

Lateralidade: Destro (x) Sinistro ( ) Ambidestro ( )

Data da Aplicação: 10/06/2018

Quem respondeu às questões: os pais

Nome do pai / mãe: M.C.B / A.F.B

Avaliador: A.P Data da Avaliação: 12/06/2018

Correção: Para correção, registrar em cada item avaliado a pontuação fornecida pelo respondente no respectivo Fator. Inverter o valor da pontuação de todos os itens do **Fator 3** e do **item 1** do **Fator 4** ("É independente para realizar as suas tarefas de casa")**,** conforme o crivo baixo:

Resposta	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Pontuação	6	5	4	3	2	1

Fator 1 – Regulação Emocional (RE)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
6	5	4	6	5	5	6	4	3	3	5	6	3	6	3	5	4	5	5

Soma do 1 ao 19 = 89

Fator 2 – Hiperatividade / Impulsividade (HI)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
6	6	5	6	6	6	3	6	3	6	5	5	5

Soma do 1 ao 13 = 61

Fator 3 – Comportamento Adaptativo (CA)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
5	5	5	5	5	5	4	5	3	4	5	6	2	1

Soma do 1 ao 14 = 60

Fator 4 – Atenção (A)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	2	2	3	4	1	4	1	2	2	2	2

Soma do 1 ao 12 = 26

1. Lance os resultados brutos de cada fator na tabela a seguir e busque referência na tabela de percentis.

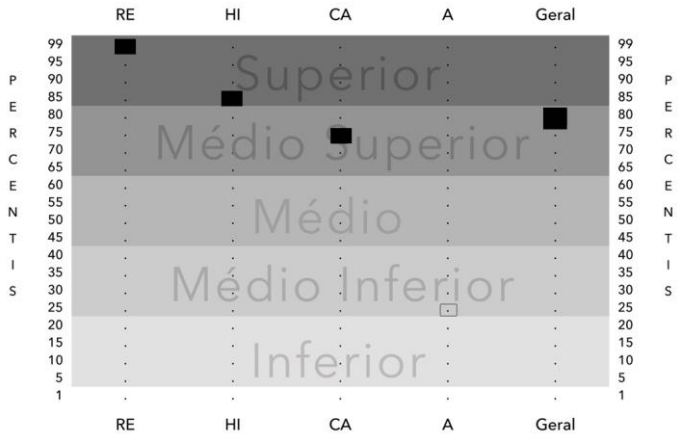
2. Tabela de Percentis utilizada:

(x) Sexo e Faixa Etária ( ) Amostra Geral

Resultados:

Fator	Pontos Brutos	Percentil	Classificação
RE	89	99	Superior
HI	61	85	Superior
CA	60	75	Média Superior
A	26	25	Média Inferior
Escore Geral	219	80	Média Superior

3. Construa o gráfico com os resultados em percentis.



Síntese

No fator Regulação Emocional (RE), Caio apresentou classificação considerada no limite Superior (Percentil = 99). Esse resultado reflete um manejo deficiente da frustração, diante das situações nas quais se sente frustrado e desapontado, acentuada dificuldade para fazer uma autorregulação emocional adequada e para modular adequadamente o afeto. Há presença de alteração brusca de humor ou um padrão de humor mais negativo e instabilidade emocional. Revela comportamento mais opositor, dificuldade nos relacionamentos interpessoais e falta de empatia, o que pode promover impacto negativo no ambiente familiar e social.

No fator Hiperatividade / Impulsividade (HI), Caio exibiu classificação dentro da faixa Superior à esperada para o seu sexo e faixa etária (Percentil = 85). Há excesso de inquietação e agitação comportamental e comportamento impulsivo, com ritmo acelerado e apressado, excesso de movimentação corporal, ação sem reflexão anterior, prejuízo no sistema inibitório, levando a comportamentos inconsequentes e imprudentes, às vezes podendo ser considerado uma pessoa inconveniente e inadequada socialmente. Tem tendência a persistir diante de uma ideia, com pouca capacidade de flexibilização mental.

O fator Comportamento Adaptativo (CA) refletiu desempenho classificado na zona Média Superior (Percentil = 75), ou seja, Caio não tende a ter um comportamento adaptativo com controle cognitivo, habilidade de automonitoramento, muitas vezes não agindo de forma precavida, com planejamento e respeito à hierarquia no seguimento de regras e normas instituídas, fazendo uso do julgamento e de maturidade social, da responsabilidade e eficiência para solucionar problemas. Dessa forma, Caio se apresentou como uma criança com certa difi-

culdade para cumprir as regras sociais.

No fator Atenção (A), Caio obteve desempenho classificado na Média esperada para meninos de mesma faixa etária (Percentil = 25). Esse resultado aponta para uma boa capacidade atencional, persistência do esforço e para engajar-se em uma tarefa, mantendo a motivação necessária do início ao fim, com comprometimento, independência e responsabilidade.

Na Escala de Avaliação de Comportamentos Infantojuvenis no TDAH em ambiente familiar, Caio apresentou Percentil 80 no Escore Geral, classificado na área Média Superior, ou seja, ele apresentou mais problemas relativos ao TDAH do que a maioria dos meninos da sua faixa etária.

O maior impacto foi observado nos fatores Regulação Emocional, revelando acentuada desregulação emocional, apresentação dos sintomas de Hiperatividade / Impulsividade em um nível grave, segundo a percepção de seus pais, sendo os achados consistentes com as dificuldades relatadas pelos pais no ambiente familiar.

Profissional

Local e data

Referências

1. Anastasi A. Testes psicológicos. São Paulo: EPU; 1977.

2. Barbosa DLF. Intervenções cognitivas e comportamentais. In: Miotto EC. Reabilitação neuropsicológica e intervenções comportamentais. São Paulo: Roca; 2015. p. 61-80.

3. Barbosa GA. Transtornos hipercinéticos. Infanto - Revista Neuropsiquiátrica da Infância e Adolescência. 1995; 3:2-6.

4. Barkley R. Attention Deficit Disorder: a handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press; 1990.

5. Barkley RA. Taking charge of ADHD: the complete, authoritative guide for parents. New York: Guilford Press; 2000.

6. Barkley RA. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade: guia completo para pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2002.

7. Barkley RA. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade: ;anual para diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed; 2006.

8. Barkley RA. Executive functioning and self-regulation in adults with ADHD: nature, assessment and treatment. Orlando: CHADD – Children and Adults with Attention-Deficit / Hiperactivity Disorder; 2011.

9. Barkley RA, Murphy KR. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade. Porto Alegre: Artmed; 2008.

10. Benczik EBP. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade – Atualização diagnóstica e terapêutica: um guia para profissionais. (4. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.

11. Benczik EBP. Manual da Escala do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade: versão para professores. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.

12. Benczik EBP. Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade: um estudo dos aspectos psicodinâmicos a partir do Teste de Apercepção Temática Infantil (tese). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2005. 180 p.

13. Benczik EBP. Escala do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade: versão para adolescentes e adultos (ETDAH-AD). São Paulo: Vetor; 2013.

14. Benczik EBP. Escala de Autoavaliação do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade – CriAd (versão para crianças e adolescentes). São Paulo: Memnon; 2018.

15. Benczik EBP, Casella EB. Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. Rev. Psicopedagogia. 2015; 32(97):93-103.

16. Brito GN. The Conner´s Abbreviated Teacher Rating Scale: development of norms in Brazil. J Abnormal Child Psychol. 1987; 15(4):511-8.

17. Brown T. ADHD: complications in children and adults. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2009.

18. Bunchaft G, Kellner SRO. Estatística sem mistério. (2. ed.). Petrópolis: Vozes; 1997.

19. Chan RCK, Shum D, Toulopoulou T, Chen EYH. Assessment of executive functions: review of instruments and identification of critical issues. Arch Clin Neuropsychol. 2008; 23(2):201-16.

20. Cohen RJ. Testagem e avaliação psicológica. introdução a teses de medidas. Porto Alegre: Artmed; 2014.

21. Condemarín M, Gorostegui ME, Milicic N. Transtorno do Déficit de Atenção / Hiperatividade: estratégias para o diagnóstico e a intervenção psicoeducativa. São Paulo: Planeta do Brasil; 2006.

22. Conners CK. Transtorno do Déficit de Atenção / Hiperatividade: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento. Porto Alegre: Artmed; 2009.

23. Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. Practical Assessment, Research & Evaluation (online). 2005; 10(7):1-9.

24. Di Loreto O. Posições tardias: contribuição ao segundo ano de vida. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

25. DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

26. Eysenck HJ, Eysenck SBG. Questionário de Personalidade para Crianças e Adolescentes (EPQ-J). São Paulo: Vetor; 2012. [Volume 1].

27. Field A. Discovering statistics using SPSS: introducing statistical method (3. ed.). Thousand Oaks: Sage Publications; 2009.

28. Florez IR. Developing young children´s self-regulation through everyday experiences. 2011. Disponível em: http://www.naeyc.org/files/yc/file/201107/Self-Regulation_Florez_OnlineJuly2011.pdf. Recuperado em 2013.

29. Guilford JP, Fruchter B. Fundamental statistics in psychology and education. Nova York: McGraw-Hill; 1978.

30. Hair JF, Anderson RE, Tatham RE, Black WC. Análise multivariada de dados. Porto Alegre: Bookman; 2005.

31. Horn JL. A rationale and test for the number of factors in factor analysis. Psychometrika. 1965; 30(2):179-85.

32. Johnston C. Parent characteristics and parent-child interactions in families of non-problem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. J Abnormal Child Psychol. 1996; 24:85-104.

33. Kaiser HF. The application of electronic computers to factor analysis. Educ Psychol Measure. 1960; 20:141-51.

34. Knapp P, Bicca C, Grevet EH. Abordagens psicoterápicas e psicossociais do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade. In: Louzã Neto MR et al. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 305-35.

35. Laros JA. O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. In: Pasquali L. Análise fatorial para pesquisadores. Brasília: LabPAM; 2005.

36. Ledesma RD, Valero-Mora P. (2007). Determining the number of factors to retain in EFA: an easy-to use computer program for carrying out parallel analysis. Practical Assessment, Research & Evaluation (online). 2007; 12(2). Disponível em: http://pare online.net/pdf/v12n2.pdf. (recuperado em 30 out 2015).

37. Levin J. Estatística aplicada às ciências humanas. (2. ed.). São Paulo: Arbra; 1987.

38. Linehan MM. Cognitive behavioral therapy for borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.

39. Lopes RMF, Nascimento RFL, Bandeira DR Avaliação do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade: uma revisão da literatura. Aval Psicol. 2005; 4:65-74.

40. Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas. Laboratório de Psicologia. 2006; 4(1):65-90.

41. Marks DJ. ADHD in adults: assessment and treatment considerations. Behavioral Health Management. 2004; 24(3):42-3.

42. Miranda MC, Muskat M, Mello CB. Neuropsicologia do desenvolvimento: transtornos no neurodesenvolvimento. Rio de Janeiro: Rubio; 2013.

43. Oswald SH, Kappler CO. Relações familiares de crianças com TDAH. In: Louzã Neto MR et al. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 368-77.

44. Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.

45. Pereira JCR. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para ciências da saúde, humanas e sociais (3ª. Ed.) São Paulo: EDUSP/FAPESP; 2001.

46. Poeta LS, Rosa Neto F. Estudo epidemiológico dos sintomas do Transtorno do Déficit de Atenção / Hiperatividade e Transtornos de Comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. Rev Bras Psiquiatr. 2004; 26(3):150-5.

47. Reimherr FW, Marchant BK, Olsen JL, Wender PH, Robison RJ. Oppositional defiant disorder in adults with ADHD. J Atten Disord. 2013; 17(2):102-13.

48. Schewean L, Oakland T, Weiss LG, Saklofske DH, Holddnack JÁ, Prifitera A. Elaboração de relatórios: uma abordagem centrada na criança. In: Weiss LG, Saklofske DH, Prifitera A, Holddnack JA. WISC-IV: interpretação clínica avançada. São Paulo: Pearson; 2016. p. 397-448.

49. Searight HR, Burke JM, Rootnek KF. Adult ADHD: evaluation and treatment in family medicine. Am Family Phys. 2000; 62(9):2077-86.

50. Suveg C, Sood E, Barmish A, Tiwari S, Hudson JL, Kendall PC. I'd rather not talk about it: emotion parenting in families of children with an anxiety disorder. J Family Psychol. 2008; 22(6):875-84.

51. Swanson JM. Swanson, Nolan and Pelham Teacher and Parent Rating Scale (Snap-IV). echappellTDMHSASResearchTeam 02/25/2013. 454 p.

52. Tallmadge J, Barkley RA. The interactions of hyperactive and normal boys with their mothers and fathers. J Abnormal Child Psychol. 1983; 11:565-79.

53. Triolo SJ, Murphy KR. Attention Deficit Scales for Adults – ADSA. New York: Brunner / Mazel Publishers; 1996.

54. Urbina S. Fundamentos da testagem psicológica. Porto Alegre: Artmed; 2007.

55. Weiss G, Hechtman L. Hyperactive children grown up. (2. ed.). New York: Guilford Press; 1993.

56. Weiss LG, Saklofske DH, Prifitera A, HolddnacK JÁ. WISC-IV: interpretação clínica avançada. São Paulo: Pearson; 2006.

57. Wells KC, Pelham WE, Kotkin RA, Hoza B, Abikoff HB. Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit disorder (ADHD): an empirical analysis in the MTA study. J Abnormal Child Psychol. 2000; 28(6):543-53.

Agradeço aos pais que participaram voluntariamente desta pesquisa, a quem deixo o meu respeito e consideração pela jornada da luta travada, diariamente, com os seus filhos, na busca de uma vida melhor.

Ao Professor Livre Docente Dr. Erasmo Casella, que conduz com grande maestria e competência o ambulatório dos Distúrbios de Aprendizado e do Déficit de Atenção do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, do qual tive o prazer de fazer parte e conviver com uma equipe de profissionais incríveis e extremamente competentes, e onde pude fazer parte da coleta de dados com os pais das crianças que seguiam nesse ambulatório (grupo-controle).

Aos meus amigos e colegas que me ajudaram na coleta de dados junto aos pais, e às escolas e aos diretores que permitiram que este estudo pudesse ser realizado.

Um agradecimento especial a Silvana Santos, editora da Memnon Edições Científicas, que acreditou neste projeto desde o primeiro momento e não mediu esforços para que ele pudesse ser realizado com excelente qualidade.

Ao Alex Bacadini França, profissional ímpar, tanto pessoal quanto tecnicamente, que com os estudos estatísticos primorosos e atualizados enriqueceu e deu forma a este instrumento.

Aos meus pais, Reynaldo Peroni e Rose Mary Bellini Peroni, sempre presentes, me encorajando e, por meio de seus exemplos, me ensinam como ser uma mãe melhor para os meus filhos.

Um especial agradecimento ao meu marido, Eduardo Benczik, companheiro de todas as horas e que, pacientemente e cuidadosamente, trabalhou no lançamento de todos os dados coletados nas planilhas de Excel.

Aos meus filhos Matheus Henrique e Isabella Christine, pelo carinho e apoio incondicional enquanto me dedicava a este projeto.

Edyleine Bellini Peroni Benczik

Junho de 2018