



UC/FPCE_2010

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Estudo Exploratório do Guião de Entrevista Semi-Estruturada PACS (*Parental Account of Children's Symptoms*) numa amostra da comunidade

Célia Maria Guimarães da Silva (e-mail: celiamaguisilva@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica (área de Sub-especialização: Sistémica, Saúde e Família), sob a orientação da Professora Doutora Maria João Seabra-Santos

Estudo Exploratório do Guião de Entrevista Semi-Estruturada PACS (*Parental Account of Children's Symptoms*) numa amostra da comunidade

Resumo

O relevo dado ao testemunho dos pais para a avaliação de crianças em idade pré-escolar não tem sido acompanhado, em Portugal, pela construção/afecção de instrumentos específicos e válidos para esse fim. No sentido de responder a esse repto, o presente estudo tem como objectivos obter dados normativos preliminares assim como estudar algumas das características psicométricas do Guião de Entrevista Semi-estruturada PACS (*Parental Account of Children's Symptoms*), destinada a avaliar características de hiperactividade e perturbação de conduta em crianças pré-escolares. Para tal recorreu-se a uma amostra de conveniência constituída por pais de crianças entre os 3 e os 6 anos de idade (N=40) da população geral. Os resultados obtidos permitem concluir que o instrumento apresenta boas qualidades psicométricas a nível do acordo inter-avaliadores (elevado) e consistência interna (moderada). O estudo de validade realizado permite, ainda, afirmar que o instrumento é capaz de discriminar entre sujeitos de um grupo que não apresenta características de Hiperactividade e/ou Perturbação de Conduta (a nossa amostra) e um grupo clínico (N=47) descrito como possuindo tais características.

Palavras chave: PACS; Entrevista semi-estruturada; Avaliação pré-escolar; PHDA; Perturbação de Conduta; Acordo inter-avaliadores; Validade discriminativa.

Exploratory study of the Semi-Structured interview PACS (*Parental Account of Children's Symptoms*) in a community sample

Abstract

The prominence given to the parent's testimony for the preschool children's assessment hasn't been accompanied in Portugal by the construction and validation of specific instruments for that purpose. To meet this challenge, this study aims to obtain some preliminary normative data and data concerning some of the psychometric characteristics of the PACS

Semi-structured Interview (Parental Account of Children's Symptoms), used to assess hyperactive and conduct problem behavior in preschoolers children. The interview was administered to a convenience sample constituted by parents of children aged between 3 and 6 years (N=40) of the general population. Results show that the instrument has good psychometric qualities in terms of inter-rater agreement (very high) and internal consistency (moderate). A validity study was also conducted, which allows for the conclusion that the instrument is able to discriminate adequately between subjects of our sample and a clinical group with symptoms of Hyperactivity and Conduct Disorder (N=47).

Key Words: PACS; Semi-structured interview; Preschool assessment; ADHD; Conduct Disorder; Inter-rater agreement; Validity.

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria João Seabra-Santos pela orientação, suporte, dedicação e perfeccionismo no trabalho, que me fez querer melhorar sempre mais.

A todas as Professoras da área de Sub-Especialização Sistémica, Saúde e Família por me inculirem o gosto pela área e pelos ensinamentos, preparação teórica, técnica e pessoal para o futuro; com um especial agradecimento à Professora Doutora Isabel Alberto, pela boa disposição e confiança sempre presentes.

Aos meus pais, por duvidarem, acreditarem e me apoiarem. Por serem a voz que precisava do outro lado do telefone. Por me amarem incondicionalmente e darem tudo pelas filhas.

À minha velhotinha, porque a fé dela é a minha certeza.

À minha mana, cunhado, Rosa, Alex, Filipe, Norberta, Tia Fátima e Tio Licínio, pelo sorriso na chegada e os beijinhos na partida. Por serem a minha família e estarem comigo, sempre. Um obrigada especial à minha mana, por me incentivar a ter o que não teve.

Às minhas meninas do nº 15 (Sonicas, Cris e Tânia) e ao restante “Gang de Celas” (Bá e Tuky), por me aturarem, acreditarem, apoiarem e respeitarem o meu espaço. Não vos esquecerei.

Às minhas sistémicas, Lili, Rute e Cata, pelo apoio, partilha, preocupação e amizade ao longo destes 5 anos (Madeiras mais tarde mas no mesmo grau). Por estarem lá nos bons, mas especialmente nos maus momentos. Por me acompanharem e ajudarem a chegar à meta, quando já a tinham cruzado.

Aos pequenos e pequenas (“Operação Célia”), ao CSFM, à FPCE, ao 127 e a todos aqueles que estiveram presentes ao longo deste percurso, ficarão guardados na memória e coração.

A todos, o meu muito obrigada.

Sou quem sou por (e com) vocês.

Índice

Introdução.....	1
A – Enquadramento teórico: Avaliação Psicológica em idade pré-escolar	2
A.1. Avaliar para intervir: O papel dos pais	5
A.2 Características da criança pré-escolar: Papel dos pais na avaliação	8
A.3 A entrevista com os pais.....	8
A.3.1 A Entrevista <i>Parental Account of Children`s Symptoms</i> (PACS).....	14
B. Estudo empírico: O Guião de entrevista para pais PACS	16
B.1 Objectivos	16
B.2 Metodologia.....	16
B.2.1 Amostra.....	16
B.2.1.1 Selecção da amostra e procedimentos	16
B.2.1.2 Caracterização da amostra.....	18
B.2.2 Instrumento	20
B.3 Apresentação e análise de Resultados	21
B.3.1 Estatística descritiva e análise de diferenças em função de características demográficas	22
B.3.2 Estudos de precisão	24
B.3.2.1 Acordo inter-avaliadores	24
B.3.2.2 Consistência interna	25
B.3.2 Estudo de validade	27
B.4 Discussão	29
B.5 Conclusão	35
Bibliografia	38
Anexos	

Introdução

A Avaliação de crianças em idade pré-escolar é considerada, hoje em dia, como de extrema importância e utilidade, ao permitir a identificação precoce de eventuais problemas e, deste modo, uma intervenção atempada no sentido de minimizar os riscos de estes progredirem e tornarem a vida da criança (mais) limitada nas suas possibilidades.

No entanto, o facto de a criança ser dependente de outrem (geralmente dos pais), implica que os seus problemas envolvam e se repercutam nos cuidadores primários. Com efeito, ninguém como os pais vive tão intensamente os problemas dos filhos, as suas dificuldades actuais e a antecipação das dificuldades futuras, o que os torna informadores privilegiados sobre as características próprias das crianças, incluindo forças, fraquezas e vivências em geral.

Este papel altamente activo e responsivo dos pais, em tudo o que envolve a educação e o desenvolvimento das crianças, faz com que seja importante ouvi-los enquanto testemunhas do comportamento dos filhos, e que as informações por eles prestadas sejam tidas em conta em todo o processo da avaliação psicológica de crianças pequenas. Porém, a evidência científica da importância dos pais como prestadores de informações acerca da criança não tem sido acompanhada pela construção/aferição de instrumentos de avaliação adequados, com propriedades psicométricas capazes de responder a este desafio e facilitar a recolha de dados juntos dos pais.

Em Portugal, no que diz respeito à idade pré-escolar, este problema é sentido de uma forma bastante assinalável pelos psicólogos que lidam com crianças destas idades e se vêem, com frequência, limitados nas suas escolhas no que toca a instrumentos de avaliação. Com efeito, trata-se de um desafio recorrente, que muitas vezes conduz à utilização abusiva de instrumentos de avaliação provenientes de outros países, cuja aplicabilidade em Portugal é questionável, quer do ponto de vista dos dados normativos quer dos próprios constructos avaliados.

A fim de explorar esta problemática e responder a este repto, pretendemos estudar um Guião de entrevista semi-estruturada – a *Parental Account of Children's Symptoms* (PACS) – de modo a obter alguns dados normativos preliminares em pais de crianças da comunidade e explorar

algumas das características psicométricas deste instrumento, quando aplicado a pais portugueses.

Este trabalho é composto por duas partes fundamentais: enquadramento teórico e estudo empírico sobre o Guião de entrevista PACS. Na primeira parte será efectuada uma revisão de literatura apresentada em quatro pontos essenciais. Um primeiro ponto pretende apresentar a avaliação psicológica direccionada para crianças com idade pré-escolar, mencionando a importância de avaliar para intervir precocemente e reflectindo sobre o papel dos pais na intervenção. Num segundo ponto, e tendo em conta as características das crianças desta faixa etária, se incide no papel dos pais na avaliação das mesmas. A partir destas reflexões se fundamenta o terceiro ponto respeitante à relevância de utilizar a entrevista com os pais na avaliação de crianças em idade pré-escolar. No quarto e último ponto, aborda-se o Guião de entrevista semi-estruturada PACS como método de entrevista na avaliação de crianças em idade pré-escolar, justificando a sua utilidade através de resultados de investigações onde foi aplicado. Da segunda parte de trabalho constam cinco tópicos essenciais. No primeiro apresentam-se os objectivos do trabalho empírico realizado. No segundo, explicita-se a metodologia do nosso estudo, compreendendo os critérios para a selecção da amostra, a caracterização da mesma e o instrumento de avaliação utilizado. No terceiro ponto, é realizado o tratamento de dados e a análise dos resultados alcançados. Num quarto ponto procede-se à interpretação dos resultados com a devida reflexão sobre os mesmos. E no quinto e último ponto conclui-se este trabalho salientando os seus aspectos significativos, quer os mais positivos quer as suas principais limitações, bem como sugestões para investigações futuras.

A – Enquadramento teórico: Avaliação Psicológica em idade pré-escolar

A Avaliação Psicológica é definida como um processo de “aquisição e integração de informações relevantes, que recorre a vários métodos, técnicas e instrumentos, a vários agentes ou fontes de informação, e a diferentes dimensões da pessoa (grupo ou instituição) avaliados (...)” (Simões, 1996, p. 617). Procura-se, deste modo, caracterizar as variáveis do funcionamento

psicológico que em cada sujeito são diferentes e singulares, no sentido de formular um juízo sobre esse indivíduo e o seu problema (Cunha, 2000; De Bruin, 2003; Fernandez-Ballesteros, 2005, como citado em Brites, 2009; Simões, 1994; Simões, 1996).

Esta caracterização do indivíduo pode ser necessária num conjunto diversificado de contextos e áreas profissionais de exercício de Psicologia tais como a educação, a clínica, a saúde, a justiça, as organizações ou a investigação, sendo útil em situações, por exemplo, de diagnóstico de distúrbios comportamentais, emocionais, sociais e desenvolvimentais, problemas físicos, situações de risco e problemas sensoriais (Simões, 1994; Simões, 1996). Assim, se percebe a grande amplitude da avaliação psicológica e de objectivos genéricos que encerra em si, tais como: despistagem, descrição, investigação, compreensão, verificação de hipóteses, diagnóstico, prognóstico de comportamento e decisões fundamentadas acerca da planificação, execução e medida da eficácia das intervenções (Simões, 1994; Simões, 2005).

A avaliação pré-escolar partilha várias destas características gerais da Avaliação Psicológica, ao mesmo tempo que apresenta particularidades – expostas nos capítulos seguintes deste trabalho - justificadas pela idade abrangida nesta faixa etária, isto é, crianças entre os 3 e os 6 anos. E apesar das ideias, práticas e técnicas implicadas na avaliação de crianças tão novas terem emergido na Europa e nos Estados Unidos da América há mais de 150 anos, esta é uma área relativamente recente da Avaliação Psicológica, carecendo de maior investigação e estudo (Kelley & Surbeck, 2004).

Assim, a avaliação de crianças em idade pré-escolar designa um processo complexo e multifacetado de obtenção de informação sobre o desenvolvimento físico, social, emocional, psicológico e cultural da criança, em áreas como, por exemplo, a linguagem, a cognição ou o temperamento. Este processo requer capacidades específicas para responder aos propósitos de investigação, diagnóstico, monitorização do progresso, desenho e evolução de programas de intervenção (McLean & Meisels, como citado em Appl, 2000; Paget & Nagle, 1986, como citado em Nagle, 2004). No entanto, a avaliação não se esgota na própria criança, e para se compreender os problemas actuais de que padecem e os factores que para eles contribuíram, é igualmente necessário avaliar as características psicológicas

de familiares significativos e a estrutura e dinâmica da família (Bagnato & Neisworth, 1991; Bracken & Walker, 1997; Lidz, 1991; Logan, 1995).

O objectivo básico da avaliação psicológica pré-escolar consiste na identificação precoce de eventuais problemas. Porém, reúne bastante consenso a ideia de que a utilização do termo “diagnóstico” nesta faixa etária é desaconselhável, por se tratar de sujeitos que atravessam uma fase de desenvolvimento rápido e inconstante, com desfecho ainda indeterminado. É por este motivo que autores como Bagnato e Neisworth (1992) consideram toda a avaliação pré-escolar orientada para a categorização e a classificação da criança (tal como, de acordo com o autor, acontece com os testes de inteligência), uma prática errónea, prematura e indefensável, que estigmatiza as crianças, não pode nem consegue medir e quantificar as suas forças e fraquezas, está assente em critérios infundados e é utilizada de forma excessiva, como ritual e não como verdadeira necessidade. Por outro lado, autores como Bracken (1994) e Reynolds (1979) consideram estas críticas excessivas e infundadas por se aplicarem, tanto à avaliação de crianças em idade pré-escolar, como à avaliação de sujeitos de outras idades, considerando que a utilização de instrumentos de “diagnóstico” fornece informação fundamental em todas as faixas etárias.

Apesar destes pontos de vistas divergentes, os autores concordam que a avaliação pré-escolar deve ser alvo de um maior cuidado por parte dos profissionais, pela atenção que se deve prestar às especificidades naturais destas crianças e à necessidade de abranger a totalidade da criança e não apenas um fragmento do seu funcionamento. É neste sentido que autores como Appl (2000) ou Neisworth e Bagnato (1991) enfatizam a importância da avaliação de competências sociais, comunicacionais, de auto-regulação e de jogo simbólico, ao invés da preocupação tradicional com as competências cognitivas, que consideram de menor importância e com menor sensibilidade como indicador das aprendizagens/conhecimentos destas crianças.

Deste modo, e tendo em conta que o foco da avaliação pré-escolar assenta na compreensão do funcionamento da criança e da família, é fundamental que as dificuldades na avaliação sejam colmatadas pela utilização de instrumentos flexíveis e de procedimentos e escalas formais e informais, em várias sessões e contextos de avaliação, e com recurso a múltiplos informadores, em particular aos pais (Appl, 2000; Neisworth &

Bagnato, 1991).

A participação activa dos pais, enquanto informadores essenciais na avaliação psicológica de crianças pré-escolares, prende-se com o facto de também eles serem interlocutores e mediadores incontornáveis nos programas de intervenção que venham a ser planeados. Assim, e tendo em conta que, como vimos, as intervenções devem começar e acompanhar o processo de avaliação, faz todo o sentido que os pais tenham também um papel privilegiado no processo de avaliação. Desta forma, é importante ponderar sempre esta forte ligação entre avaliação e intervenção na formulação de objectivos e de procedimentos a utilizar no processo de avaliação, tendo em conta as necessidades da criança (Bagnato e Neisworth, 1991). São os pais que estão em melhor posição para ensinar as crianças, conhecendo-as melhor que ninguém e tendo a maior motivação e interesse para o fazer – algo que transparece para os filhos tornando-se numa grande fonte de recompensa (Appl, 2000; McMillan & Leslie, 1998).

A.1. Avaliar para intervir: O papel dos pais

Nas últimas décadas, a investigação tem reiterado de forma consistente a importância das experiências precoces para o desenvolvimento e crescimento saudável da criança (Nagle, 2004). Trabalhos como os de Hebb e Bloom (1949 e 1964) têm reforçado a importância das influências ambientais no comportamento e desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida, seja para alcançar resultados positivos, nos casos em que as influências precoces são saudáveis e estimulantes, seja quando conduzem a resultados negativos, nos casos em que as experiências precoces prejudicam o desenvolvimento da criança ou não são capazes de evitar o risco e a disfunção de trajectórias desenvolvimentais desviantes. É no sentido de fomentar resultados positivos e/ou minimizar a possibilidade de resultados negativos que se fala de Intervenção Precoce (Serrano & Correia, 1998).

A Intervenção Precoce começa com a identificação precoce de eventuais problemas, de modo a limitar a incidência e a prevalência das dificuldades das crianças, a potenciar a gestão bem sucedida das tarefas desenvolvimentais e a possibilitar a utilização de estratégias remediativas numa fase em que os problemas estão ainda a emergir (Denham & Burton, 2003; Seabra-Santos, 1998). Deste modo, a Intervenção Precoce em idade

pré-escolar dá à criança a oportunidade para alterar o curso desenvolvimental das dificuldades antes da transição para a escola e antes de os sintomas se associarem a problemas secundários, tais como o insucesso académico, comportamento agressivo e problemas de conduta (Daley, Jones, Hutchings & Thompson, 2009; Jones, Daley, Hutchings, Bywater & Eames, 2007). Encontra-se, assim, plenamente justificada a necessidade de avaliar nos primeiros anos de vida das crianças: avaliar precocemente para intervir precocemente.

Tendo inicialmente por base o modelo médico, em que os profissionais eram entendidos como especialistas e os únicos capazes de intervir e cuidar dos problemas das crianças, progressivamente, o alvo da Intervenção Precoce foi-se alargando a um campo mais sistémico e ecológico, abrangendo pais, família alargada e comunidade (Crais, Winton, McWilliam & Simeonsson, como citado em Serrano & Correia, 1998). Várias foram as teorias que contribuíram para esta mudança de paradigma, nomeadamente as teorias do desenvolvimento, que reforçam a importância da interacção indivíduo-ambiente, e as teorias sistémicas e ecológicas de Bronfenbrenner (1975) e de Hobbs e colaboradores (1984), que postulam a interdependência de todos os elementos do sistema e a influência mútua que exercem (Crais, Dunst, Winton, McWilliam, Meisels & Shonkoff, como citado em Serrano & Correia, 1998).

Com efeito, o sistema familiar tem sido encarado como alvo e meio da Intervenção Precoce, visto ser o primeiro contexto que permite às crianças satisfazer as suas necessidades biológicas, afectivas, cognitivas e sociais, contribuindo grandemente para a formação da sua identidade pessoal e social e para a redução da probabilidade de problemas comportamentais, ao impor limites e regras claras de comportamento, ao integrar a criança como pessoa na e da sociedade (ajudando-os a distinguir o bem do mal); e ao operar como filtro de mensagens e informações sobre o mundo e o seu funcionamento (Beckman, como citado em Serrano & Correia, 1998; Bellando, Long & Edwards, 2009; Paiva, 2005).

A nível prático, esta mudança de paradigma na Intervenção Precoce, veio realçar o papel dos pais como co-terapeutas, na medida em que estes são agentes privilegiados de modificação de padrões familiares eventualmente disfuncionais que possam manter as dificuldades da criança,

assim como modelos de comportamento e de experiências formais e informais, capazes de fazer emergir o que de melhor existe nos filhos (Appl, 2000; Beckman, Robinson & Rosenberg, como citado em Serrano & Correia, 1998; Havighurst, 2003; Kresak, Gallagher, & Rhodes, 2009).

Justifica-se, assim, o relevo dado à família pelos programas de Intervenção Precoce, visto que, ao capacitar e apoiar a família criam-se mais oportunidades de influenciar positivamente a criança e a relação entre pais e filhos, para além de que as famílias podem apresentar, elas próprias, necessidades que poderão não ser compensadas pelo apoio específico proporcionado com vista ao desenvolvimento da criança (Dodge, 2002; Paiva, 2005; Pereira, Canavarro, Cardoso & Mendonça, 2009; Serrano & Correia, 1998).

Neste sentido, a Intervenção Precoce numa óptica sistémica, tem salientado a necessidade de actuar na redução dos factores de risco e na ampliação dos factores de protecção que contribuem para fomentar os movimentos saudáveis da criança, sendo os pais agentes fundamentais dos mesmos. Assim, vários autores (e.g. Bloomquist e Schnell) têm destacado as boas práticas parentais como um dos factores de protecção essenciais para o desenvolvimento saudável da criança. Similarmente, as fracas competências familiares, constituem um factor de mau prognóstico para o desenvolvimento de problemas de comportamento no futuro sendo, portanto, um factor de risco a ter presente na infância (Dishion & Bullock, 2002; Hutchings, Eade, Jones & Bywater, 2004; Webster-Stratton, 2003; Olivares, Méndez & Ros, 2005).

De facto, a investigação tem demonstrado que os pais podem ter um papel fundamental no desenvolvimento e exacerbação de comportamentos de risco dos seus filhos, por exemplo, interagindo com eles de um modo reforçador destes comportamentos, aplicando punições coercivas, não sendo capazes de estabelecer limites claros e estando desatentos aos comportamentos pró-sociais, não os reforçando e promovendo (Dishion &, como citado em Kazdin, 1997). É neste contexto que encontram justificação os programas de treino parental, orientados para a alteração de práticas parentais inadaptadas e para a prevenção das dificuldades dos pais (Becnel, Wassil-Grimm, Mason & Rolfe, como citado em Fine & Wardle, 2001).

De salientar, ainda, a importância de os pais não serem apenas

receptores de ajuda, mas também participantes activos no planeamento de serviços para os filhos e para si próprios, de modo a sentirem-se competentes e autónomos na ajuda prestada (1996, como citado em Kaczmarek, Goldstein, Florey, Carter, & Cannon, 2004). Com efeito, a literatura tem demonstrado que o suporte familiar é mais efectivo quando a família está directa e responsabilmente a agir de acordo com as suas necessidades, experiências e preocupações sobre a criança (Appl, 2000; Kaczmarek et al., 2004). O envolvimento dos pais no processo de mudança começa na fase de avaliação psicológica.

A.2 Características da criança pré-escolar: Papel dos pais na avaliação

Ao longo das últimas três décadas verificou-se um crescimento exponencial do interesse pela avaliação pré-escolar, impulsionado pela investigação realizada com crianças pequenas, pela efectividade dos programas de intervenção precoce e pelas preocupações políticas que os sustêm, que se resumem, essencialmente, ao facto de ser financeiramente mais compensador prevenir um possível diagnóstico do que, mais tarde, actuar no sentido de o remediar (Nagle, 2004).

O papel fundamental dos pais no processo de avaliação de crianças pequenas, e o recurso frequente a estes informadores, tem sido cada vez mais reforçado pelos especialistas dedicados a esta área. Os pais são, com efeito, as pessoas que têm um conhecimento mais consistente sobre o crescimento e desenvolvimento dos filhos e maior possibilidade de acompanhar a sua evolução comportamental e emocional ao longo do tempo e nos vários contextos em que ocorre, especialmente em casa. Além disso, o recurso frequente aos pais como informadores sobre comportamentos das crianças em idade pré-escolar deve-se, não só à posição privilegiada que ocupam na vida delas, mas também à própria especificidade destas crianças, visto apresentarem características desenvolvimentais que tornam difícil (senão impossível) uma avaliação completa com recurso apenas às informações prestadas pelas próprias crianças. Assim, nas crianças pré-escolares o desenvolvimento físico, social e cognitivo ocorre muito rapidamente, e geralmente de forma descontínua e instável. Por este facto, torna-se difícil diferenciar crianças com incapacidades de crianças “normais”, até porque existe uma maior amplitude dos comportamentos considerados normativos,

em comparação com crianças mais velhas, adolescentes ou adultos, onde o conceito de normalidade é de mais fácil delimitação (Bracken, 2004; Greenspan, 1981; Keith & Campbell, 2004; Kelley, Melton, Romero & Bailey, como citado em Nagle, 2004; Seabra-Santos, 1998).

A esta dificuldade em distinguir o que é desviante daquilo que são as características próprias desta faixa etária, acresce o facto de muitas das características desenvolvimentais serem ainda bastante incipientes nas crianças em idade pré-escolar, em áreas como a linguagem, atenção, comportamento e capacidades grafomotoras, o que limita a possibilidade de aplicar muitos dos métodos e instrumentos usados na avaliação de sujeitos mais velhos (Bracken, 2004; Greenspan, 1981).

Com efeito, estas crianças possuem restritas capacidades linguísticas e cognitivas que impedem a utilização de diversos instrumentos que requerem leitura e interpretação (capacidades que ainda não possuem), como é o caso dos questionários de auto-resposta e dos testes projectivos (Bierman & Schwartz, como citado em Keith & Campbell, 2004; Martin, 1991). Testes como o *Children's Apperception Test* (CAT; Bellack & Bellack, 1949) ou o *Roberts Apperception Test for Children* (RATC; McArthur & Roberts, 1982), por exemplo, requerem da criança a capacidade de elaborar uma história a partir de uma imagem como estímulo. No entanto, crianças com menos de 6 anos descrevem simplesmente o que está no cartão-estímulo, o que demonstra incapacidade de interpretar para além da observação concreta (Keith & Campbell, 2004).

Também as características sociais e emocionais de crianças tão novas são de difícil caracterização (mais ainda que as funções cognitivas e perceptivas), pelo facto de variarem ao longo de diferentes contextos, serem inconsistentes ao longo do tempo e pelo próprio egocentrismo do pensamento da criança, que dificulta que se coloquem na posição de outras pessoas (Martin, 1991).

Num nível mais comportamental, estas crianças caracterizam-se por dificuldades de atenção, actividade motora intensa, fácil distractividade, baixa tolerância à frustração, labilidade de humor e maior fatigabilidade, o que implica que abordem as situações de teste com um estilo motivacional diferente de crianças mais velhas, tendendo a desvalorizar as respostas dadas, a persistência na tarefa, o reforço social e o agradar ao examinador

(Greenspan, 1981; Keith & Campbell, 2004; Nagle, 2004; Seabra-Santos, 1998).

Torna-se assim compreensível que, as especificidades destas crianças limitem a possibilidade de usar muitos dos instrumentos de avaliação psicológica habituais, dado estes não estarem preparados para colmatar questões como a mudança desenvolvimental, as competências emergentes, as flutuações comportamentais, as variáveis situacionais e o *background* experiencial. Por outro lado, a utilização de instrumentos que não respeitem as características destas crianças poderá traduzir-se em reduzida estabilidade nos resultados das avaliações psicológicas nesta população e numa diminuta utilidade preditiva das mesmas (Nagle, 2004; Seabra-Santos, 1998).

Para combater estas dificuldades é, portanto, necessário recorrer a outros métodos de avaliação e a outras fontes de informação, nomeadamente os pais. É neste contexto que a entrevista com os pais surge como método de referência na avaliação de crianças em idade pré-escolar.

A.3 A entrevista com os pais

De uma forma genérica, a entrevista é definida como um procedimento de avaliação formal ou informal, desenvolvida num espaço-temporal previamente acordado entre os intervenientes, e cujo objectivo base se prende com a obtenção de informação sobre uma pessoa ou tema. Trata-se, portanto, de um método preliminar de relação social e interpessoal, na medida em que procura recolher informações sobre a personalidade, preocupações, pontos de vista e comportamentos não verbais do entrevistado, a fim de identificar e definir os comportamentos-alvo e os antecedentes e consequentes dos mesmos (Leal, 2004; Shapiro & Skinner, 1990; Tuma & Elbert, 1990). As entrevistas podem ser classificadas em três tipos, tendo em conta o nível de estruturação apresentado: entrevistas livres, entrevistas semi-estruturadas e entrevistas estruturadas.

Nas entrevistas livres está presente a ideia de que, quanto menos o técnico introduzir situações estruturadas, mais oportunidades existem para o entrevistado expor as suas acções, sentimentos e pensamentos acerca da situação em questão. Neste tipo de entrevista não se pretende agrupar respostas por categorias, com receio de perder parte da individualidade das

declarações originais (Breakweel, 2000; Craig, 1995; Logan, 1995).

Por contraste, nas entrevistas estruturadas estabelece-se um conjunto de perguntas que devem ser colocadas numa ordem fixa, sendo que, habitualmente, os entrevistados devem optar por uma resposta entre uma série de alternativas. Esta técnica permite ao entrevistador um procedimento normativo (ao obter informação facilmente quantificável), a comparação entre todas as respostas (assegurando que todos os tópicos são respondidos), e a percepção da generalização ou não dos problemas (ao isolar situações e locais onde se manifestam). Porém, dão pouco espaço para novas ideias e informações, perdendo-se áreas interessantes por simplesmente não se perguntar sobre elas (Breakwell, 2000; Simões, 1998).

Por seu lado, as entrevistas semi-estruturadas são tidas como o intermédio entre as entrevistas livres e as entrevistas estruturadas. Neste tipo, o entrevistador tem claros os seus objectivos, que informação é necessária e como obtê-la, em que condições a informação deve ser utilizada e como deve ser considerada em termos de critérios de avaliação. Para tal, estabelece um conjunto de procedimentos que garantem a recolha de informação padronizada e fiável e a criação de um registo de dados útil para o planeamento de intervenções e para a avaliação da respectiva eficácia. Todavia, o técnico tem margem de liberdade para adicionar questões, mudar a sequência da apresentação das mesmas, recolher informação adicional aos tópicos em estudo e evitar redundâncias de informação e excesso de tempo. Para além disso, ao ter perguntas de resposta aberta (sem necessidade de “sim/não”), permite ao entrevistado comunicar detalhes que considere convenientes. Assim, de modo geral, o objectivo das entrevistas semi-estruturadas prende-se em ajudar (e não substituir) o profissional treinado e ampliar a sua intuição (Neisworth & Bagnato, 1991; Tavares, 2000).

O método da entrevista tem vantagens específicas sobre outras técnicas, ao permitir flexibilizar o processo de avaliação (analisando aspectos que se vão revelando ao longo do processo), colmatar possíveis dificuldades na interpretação e preenchimento de questionários e avaliar a veracidade das respostas pela observação da comunicação não-verbal, das expressões faciais, do tom de voz e do contacto do olhar por profissionais treinados (Almeida, 2007; Keith & Campbell, 2004; Sattler, 1992).

As entrevistas podem ser utilizadas nas diversas faixas etárias, no

entanto, com crianças pequenas estas assumem formas particulares (com a introdução de jogos e brincadeira), que nem sempre permitem obter a informação pretendida. Pelo contrário, com os pais e pessoas adultas em geral, a entrevista tradicional, mais formal e à base da conversação, é particularmente eficaz, tornando-se, por isso, o núcleo do processo de avaliação das crianças ao fornecer informação directa e específica sobre o que se questiona (Sattler, 1998, como citado em Keith & Campbell, 2004).

Apesar de a entrevista com os pais ter o objectivo de obter informação sobre os filhos, não são de excluir as possíveis necessidades dos próprios pais. Neste sentido, é fundamental, num primeiro momento, estabelecer uma relação forte e de compromisso com os pais, tratando-os com respeito, valorizando o seu contributo e envolvendo-os activamente no processo de avaliação (Koch & Gross, 2005; Nagle, 2004; Sattler, 1998, como citado em Keith & Campbell, 2004; Simões, 1998).

Os pais são indispensáveis para se perceber se as crianças apresentam risco de vir a ter um diagnóstico futuro e/ou se outras condições (médicas e/ou desenvolvimentais) são responsáveis pelos seus problemas actuais. Com efeito, a entrevista com os pais permite um melhor entendimento da história passada, dos problemas actuais da criança e das formas como já se lidou com eles, para além de permitir aceder ao funcionamento socio-emocional habitual dos filhos nos vários contextos em que ocorre, tanto individualmente, como na relação com os outros. No contexto destas entrevistas é ainda possível recolher informações sobre a eventual existência de padrões de comportamento familiar que influenciem o comportamento da criança (incluindo fontes de suporte e de conflito para a família), sobre os métodos disciplinares utilizados, as forças e fraquezas de mãe e pai e características de outros membros da família que possam exercer influência significativa sobre a criança (Greenspan, 1981; Logan, 1995; Nagle, 2004; Phelan, 1995; Seabra-Santos, 1998; Simões, 1998).

Para além de todas estas informações, a entrevista com os pais possibilita a recolha de informação suplementar caso conte com a presença simultânea dos filhos. Deste modo, é possível observar as interações entre os elementos do casal, os papéis desempenhados por cada elemento do sub-sistema parental e do sub-sistema filial, as fontes de conflito e as formas de lidar com o mesmo, as trocas verbais e físicas entre pais e filhos, a resposta

dos pais às necessidades dos filhos e as fontes de suporte para a mãe, o pai e a criança (Logan, 1995; Nagle, 2004).

A fim de se obter todas as informações desejáveis, o entrevistador deve abordar os pais com uma atitude de não julgamento, visto eles próprios, provavelmente se auto-responsabilizarem pelas dificuldades dos filhos, ao acreditarem que falharam no seu papel de pais e educadores (Phelan, 1995). Todavia, esta atitude neutra dos entrevistadores nem sempre é fácil de garantir, dada a influência que certos comportamentos dos pais podem exercer sobre os profissionais. Primeiro, porque aqueles, revoltados com o comportamento do seu filho, podem dar uma impressão pobre sobre a criança e prejudicar o seu “diagnóstico”. Segundo, porque, com frequência, expressam informação, não em termos comportamentais, mas de forma interpretativa (atribuindo causas ao comportamento das crianças e rótulos aos filhos). Terceiro, porque os pais que se apresentam na consulta zangados e/ou deprimidos podem ser “acusados” inconscientemente pelos terapeutas pelo comportamento dos seus filhos (Phelan, 1995).

Nas entrevistas com pais há ainda outras questões a ter em atenção, especificamente: que os pais biológicos de crianças com problemas comportamentais (e.g. hiperactividade) apresentam, eles próprios, uma alta incidência de desordens psiquiátricas (e.g., alcoolismo, depressões, sociopatias e psicoses); que as percepções da mãe e do pai sobre o comportamento específico do filho (e os comportamentos infantis em geral) podem ser discrepantes; e, por fim, que existe a possibilidade de os pais poderem ocultar, minimizar ou justificar os seus próprios comportamentos agressivos, incluindo o padrão de punição que utilizam sobre os filhos (Kristal, 2005, como citado em Almeida, 2007; Luisell, 2005; Phelan, 1995).

Para além disso, como qualquer método, há que referir as limitações que as entrevistas podem apresentar, nomeadamente, a probabilidade de respostas inexactas (por problemas de recuperação mnésica de situações específicas e pela tendência dos pais para verem os filhos de uma maneira mais positiva), a possibilidade de o entrevistador orientar implicitamente as respostas ao usar indicações verbais e não-verbais, e pelo facto da validade e fiabilidade das entrevistas ser virtualmente impossível de estabelecer (Keith & Campbell, 2004; Kristal, 2005, como citado em Almeida, 2007).

Apesar destas dificuldades inerentes às entrevistas com os pais, estes

continuam a ser considerados a melhor fonte de informação para aceder ao comportamento e desenvolvimento de crianças em idade pré-escolar.

Sendo o Guião de entrevista *Parental Account of Children's Symptoms* (PACS) o objecto do estudo empírico que se apresentará em seguida, consideramos relevante proceder a uma descrição mais detalhada deste Guião de entrevista e de algumas investigações em que foi utilizado.

A.3.1 A Entrevista *Parental Account of Children's Symptoms* (PACS)

A *Parental Account of Children's Symptoms* (PACS) (Taylor, Schachar, Thorley & Wiselberg, 1986) é um Guião de entrevista semi-estruturada e estandardizada, desenvolvido com o objectivo de avaliar os problemas de comportamento, tal como são observados pelos pais em casa (Scott, Spender, Doolan, Jacobs, & Aspland, 2001; Taylor, Chadwick, Heptinstall, Danckaerts, 1996). A PACS inclui duas subescalas, uma avalia a Hiperactividade e outra a Perturbação de Conduta. A subescala Hiperactividade abrange itens que medem a atenção (avaliada pelo tempo dispendido em cada uma das quatro diferentes actividades consideradas), a capacidade de se manter em tarefa (avaliada pelos movimentos durante essas actividades), a irrequietude (movimentos de partes do corpo durante a mesma actividade), e o nível de actividade (em situações estruturadas, como por exemplo, as refeições); por seu lado a subescala Perturbação de Conduta compreende itens que permitem avaliar o temperamento e comportamentos de oposição como mentir, desobedecer, roubar ou destruir algo propositadamente (Scott et al., 2001; Simões, 1998; Taylor, et al., 1996).

Embora, tal como já foi referido, os clínicos geralmente optem por não fazer o diagnóstico de uma perturbação numa fase tão precoce do desenvolvimento, alguns comportamentos presentes desde cedo podem constituir factores de risco para determinadas perturbações. Neste sentido, este Guião de entrevista visa contribuir para a identificação de alguns desses factores de risco que contribuem para caracterizar a Hiperactividade e Perturbação de Conduta (para uma caracterização destes dois quadros de acordo com a DSM-IV, consultar Anexo 1). Tendo em conta este objectivo, a PACS tem sido frequentemente utilizada em investigações a nível internacional, quer como instrumento único (e.g., Scott, Spender, Doolan & Aspland, 2001), quer em conjugação e paralelo com outros instrumentos e

métodos de avaliação (e.g., Daley, Sonuga-Barke, Thompson, 2003; Keown & Woodward, 2002; Taylor, Schachar, Thorley & Wieselberg, 1986).

Trata-se de uma entrevista versátil, tendo sido aplicada em várias investigações com objectivos a nível de identificação de situações de risco, permitindo classificar as crianças em idade pré-escolar como tendo ou não fortes possibilidades de virem a desenvolver problemas de Hiperactividade e Perturbações de Conduta (e.g., Romeo, Knapp & Scott, 2006; Scott et al., 2001); a nível de sinalização para intervenção precoce, sendo as crianças em idade pré-escolar sinalizadas pela PACS passíveis de virem a integrar programas especializados de intervenção (e.g., Scott et al., 2001); e a nível de monitorização do progresso feito pela criança, na sequência da implementação de intervenções, em momentos de *follow-up* em estudos longitudinais (e.g., Taylor, et al., 1996).

Para além disso, pode ser aplicada em vários contextos, nomeadamente: no quadro de entrevistas clínicas, em serviços de saúde mental (Scott et al., 2001), em contexto comunitário (Taylor, et al., 1996), em contexto pré-escolar (jardins de infância) (Keown & Woodward, 2002) e com famílias (pai e/ou mãe) em casa (Taylor, et al., 1996).

A utilização da PACS em diversas investigações permitiu obter dados que confirmam a sua eficácia como método de “diagnóstico”. Neste sentido, tem sido demonstrado que se trata de um Guião de entrevista com elevados níveis de validade, pela grande probabilidade de as crianças referenciadas por comportamento anti-social em serviços de saúde mental obterem resultados elevados na PACS. Assim, na investigação conduzida por Scott (2001), por exemplo, mais de 97% das crianças referenciadas por comportamento anti-social foram “classificadas” como anti-sociais na entrevista. A validade deste instrumento foi igualmente demonstrada pela verificação de que as crianças que pontuam positivamente na subescala Hiperactividade, podem ter maior risco de sofrerem de um atraso no desenvolvimento, hiperactividade persistente, violência e desajustamento social e de serem diagnosticadas no futuro com outras perturbações psiquiátricas (Taylor, et al., 1996). Por outro lado, trata-se de um instrumento útil com vários tipos de população, uma vez se que se pode utilizar em todos os níveis socioeconómicos, não se apurando dificuldades em responder por parte de pais menos escolarizados. Para além disto, foi

possível verificar, pela aplicação da PACS, que existem diferenças de comportamentos de resposta entre mãe e pai de filhos hiperactivos, sendo que, de um modo geral, o pai considera que é mais eficiente e activo a responder aos comportamentos problemáticos do filho, embora tanto pai como mãe se considerem pouco eficazes em antecipar e evitar os problemas (Keown & Woodward, 2002; Romeo, Knapp, & Scorr, 2006; Scott et al., 2001; Taylor, et al., 1996).

De referir ainda que, segundo as análises de Taylor e colaboradores (1986), na PACS é possível distinguir entre Hiperactividade e Comportamentos de Oposição, como dimensões diferentes na sintomatologia comportamental.

Através destes exemplos de estudos de aplicação da PACS é possível perceber e afirmar que se trata de um instrumento que reúne consenso quanto à sua eficácia na avaliação de crianças pré-escolares com sintomas de Hiperactividade e/ou Perturbação de Conduta.

B. Estudo empírico: O Guião de entrevista para pais PACS

B.1 Objectivos

Os objectivos gerais desta investigação são:

- 1) Obter alguns dados de natureza quantitativa (estatísticas descritivas) sobre o Guião de entrevista PACS, em crianças da comunidade;
- 2) Estudar algumas características psicométricas da PACS, nomeadamente:
 - 2.1 A precisão, através do acordo-intercodadores;
 - 2.2 A validade na discriminação de crianças da população em geral relativamente a crianças de grupos clínicos.

B.2 Metodologia

B.2.1 Amostra

B.2.1.1 Selecção da amostra e procedimentos

Tendo em vista os objectivos a que se propõe o presente trabalho, foram entrevistados pais de crianças pré-escolares da comunidade com

idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, sendo estes os critérios de inclusão da amostra. Por contraste, não foram incluídos neste estudo pais de crianças com algum sintoma de PH/DA e/ou Perturbação de Conduta, ou outras perturbações de desenvolvimento, de comunicação ou neurológicas passíveis de influenciar os resultados na PACS.

Para a recolha da amostra recorreu-se a pais de crianças seguidas num Centro de Saúde do concelho de Coimbra, sendo a recolha precedida de um pedido de autorização ao Director do mesmo Centro (cf. Anexo 2) e da autorização verbal dos respectivos médicos, que disponibilizaram a listagem de utentes susceptíveis de serem incluídos nesta amostra. A recolha da amostra, antecedida por telefonema aos pais da criança - a fim de saber dia e hora a que estavam marcadas as consultas no Centro - decorria quando os pais se deslocavam com a criança ao Centro de Saúde para uma consulta de rotina (e nunca consultas relacionadas com problemas de comportamento). No sentido de aumentar o contingente da amostra, numa segunda fase recorreu-se também a professores de um Instituto Educativo da zona de Coimbra e a pessoas da comunidade em geral, com as características desejadas e próximas das investigadoras. Trata-se, pois, de uma amostra por conveniência, cuja recolha decorreu entre os meses de Outubro de 2009 e Março de 2010, tendo existido uma distribuição de casos relativamente homogénea ao longo do tempo.

Quanto ao procedimento adoptado para a recolha de dados, este consistiu em entrevistar o pai ou a mãe, ou ambos separadamente, recorrendo ao Guião de entrevista PACS. A recolha conjunta de dados da mãe e do pai de algumas crianças tinha como objectivo o estudo do acordo entre os dois informadores. Porém, dado o número reduzido de casos recolhidos nestas condições, aquele objectivo viria a ser abandonado, tendo sido analisadas somente as respostas da mãe, nos casos em que ambos os progenitores haviam respondido. Todas as entrevistas foram administradas individualmente, por duas co-avaliadoras em simultâneo (em que uma entrevistava e cotava, e a segunda somente cotava as respostas), sendo antecipadamente explicado o objectivo da investigação e o carácter confidencial dos dados recolhidos. Antecedendo a aplicação da entrevista, era obtido o consentimento informado (cf. Anexo 3) e colocadas algumas questões relativas a variáveis demográficas com vista à caracterização da

amostra. Todos os pais se mostraram interessados no trabalho que estava a ser realizado, fornecendo informações adicionais à entrevista sobre os comportamentos da criança. Estas informações poderão ser úteis para uma análise mais qualitativa dos dados recolhidos através da PACS e dos comportamentos da criança em si.

B.2.1.2 Caracterização da amostra

As características da amostra estudada encontram-se sintetizadas no Quadro 1. Tal como se pode observar, a amostra é constituída por 40 crianças e pelos respectivos pais, sendo 26 (65%) do género masculino e 14 (35%) do género feminino. As idades estão compreendidas entre os 3 e os 6 anos, havendo 8 crianças com 3 anos (20%), 13 com 4 anos (33%), 16 com 5 anos (40%) e 3 crianças com 6 anos (8%) – dado o reduzido número de crianças com 6 anos, estas serão tratadas, nas análises estatísticas efectuadas, conjuntamente com as crianças de 5 anos. Quanto ao tipo de ensino, apenas temos informação de 36 crianças (90%), sendo que 13 frequentavam a educação pré-escolar no ensino público (33%), 22 no ensino privado (55%), e apenas 1 (3%) não frequentava o jardim-de-infância.

Para caracterizar o nível socioeconómico foi adoptada a classificação de Almeida (1988)¹ que considera três níveis (baixo, médio e

¹ Os três níveis considerados na classificação de Almeida (1988) caracterizam-se como se segue:

Nível socioeconómico baixo: trabalhadores assalariados, por conta de outrem, trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil, empregados de balcão no pequeno comércio, contínuos, cozinheiros, empregados de mesa; empregadas de limpeza, pescadores, rendeiros, trabalhadores agrícolas, vendedores ambulantes, trabalhadores especializados da indústria (mecânicos, electricistas), motoristas; até ao 8º ano de escolaridade obrigatória.

Nível socioeconómico médio: profissionais técnicos intermédios independentes, pescadores proprietários de embarcações; empregados de escritório, de seguros e bancários; agentes de segurança, contabilistas; enfermeiros, assistentes sociais; professores do ensino primário e secundário; comerciantes e industriais; do 9º ao 12º ano de escolaridade; cursos médios e superiores.

Nível socioeconómico elevado: grandes proprietários e empresários agrícolas, do comércio e da indústria; quadros superiores da administração pública, do comércio, da indústria e de serviços, profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitectos, engenheiros, economistas, professores do ensino superior); artistas, oficiais superiores das forças militares e militarizadas; pilotos de aviação; do 4º ano de escolaridade (de modo a incluir grandes proprietários e empresários) à

elevado), tomando-se como referência para esta classificação o progenitor (pai ou mãe) com melhor situação socioeconómica. Assim, verificou-se que 7 das crianças pertencem ao nível socioeconómico baixo (18%), 18 ao nível socioeconómico médio (45%) e 12 pertencem ao nível socioeconómico elevado (30%), sendo que em 3 dos casos não dispomos da informação necessária para a caracterização desta variável (8%).

Quadro 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

	Frequência <i>N</i>	Percentagem %
Género		
Masculino	26	65
Feminino	14	35
Idade		
3anos	8	20
4anos	13	33
5anos	16	40
6anos	3	8
Tipo de instituição que a criança frequenta		
Ensino público	13	33
Ensino Privado	22	55
Nenhuma	1	3
NSE		
Baixo	7	18
Médio	18	45
Elevado	12	30
Escolaridade Mãe		
Até ao 2º Ciclo	4	10
3º Ciclo	6	15
Secundário	7	18
Ensino Superior	19	48
Escolaridade Pai		
1º Ciclo	1	3
2º Ciclo	2	5
3º Ciclo	10	25
Secundário	6	15
Ensino Superior	18	45
Preenchimento		
Mãe	32	80
Pai	8	20

Quanto à escolaridade da mãe, 4 completaram o 2º ciclo (10%), 6 o 3º ciclo até ao 9º ano (15%), 7 o ensino secundário (18%) e 19 possuem habilitações superiores aos ensino secundário (48%). Relativamente à escolaridade do pai, verificou-se que 1 completou o 1º ciclo (3%), 2 o 2º ciclo (5%), 10 o 3º ciclo até ao 9º ano (25%), 6 o ensino secundário (15%) e

licenciatura (mestrado ou doutoramento).

18 adquiriram habilitações correspondentes ao ensino superior (45%).

A pessoa entrevistada foi, na grande maioria dos casos, a mãe, correspondendo a 32 das entrevistas efectuadas (80%), enquanto 8 foram respondidas pelo pai (20%).

B.2.2 Instrumento

O instrumento utilizado neste estudo foi o Guião de entrevista estruturada *Parental Account of Children's Symptoms (PACS): Entrevista Sistemática e Semi-Estruturada para Pais* (versão adaptada para o pré-escolar, exclusiva para investigação)².

Este instrumento, tal como mencionado anteriormente, inclui duas subescalas: a subescala Hiperactividade, que contém questões acerca do modo como a criança se comporta em situações como as refeições, ir às compras, ver televisão; e a subescala Perturbação de Conduta em que se questiona, por exemplo, acerca da agressividade, de estragar ou sujar de propósito ou de tirar algo que não lhe pertence. Engloba no total 30 itens, respectivamente, 13 na escala de Hiperactividade e 17 na escala Problemas de Conduta. Para posteriores análises quantitativas considera-se os 12 primeiros itens da escala de Hiperactividade e os 16 primeiros itens da escala Perturbação de Conduta, visto os respectivos últimos itens de cada subescala terem um carácter diferente, mais qualitativo.

Os pais são questionados por entrevistadores treinados de modo a descreverem, pormenorizadamente, o que a criança fez em situações concretas e específicas, primeiro na última semana, e num segundo momento, nos últimos 6 meses. As situações são definidas em termos de eventos externos – por exemplo, ver televisão, brincar sozinho, brincar com os amigos, ir para a cama –, ou comportamentos demonstrados – por exemplo, chorar, fazer birras, brigar com os irmãos. Os entrevistadores classificam as respostas em função das definições do comportamento a ser identificado, utilizando uma escala de 4 pontos - 0 a 3 pontos (exceptuando alguns itens em que escala tem uma magnitude de 0 a 4 pontos)³ para a

² Versão original de Taylor, Sandberg, Thorley, & Gilles, 1991; adaptação de Sonuga-Barke, Lamparelli, Stevenson, Thompson, & Henry, 1994; Tradução portuguesa de Azevedo, Seabra-Santos & Gaspar, 2008

³ De referir a existência de uma outra possibilidade de resposta “situação não observada” cotada com 9 pontos, mas cujo valor não entra para o somatório das

gravidade e para a frequência (de forma independente), de acordo com critérios detalhados, para a semana que passou e para o semestre transacto.

O resultado em cada item obtém-se calculando a média das classificações obtidas para a frequência e para a severidade, utilizando, para tal, as pontuações referentes ao semestre transacto. Com efeito, os itens referentes à semana passada são somente utilizados como referência/âncora para localizar os comportamentos das crianças, auxiliando os pais a identificar o número de vezes e em que situações é habitual que determinado comportamento ocorra.

Em termos de interpretação, a partir de determinado valor (ponto de corte) para a subescala Hiperactividade e para a subescala Perturbação de Conduta, considera-se que a criança poderá apresentar risco para um ou ambos destes dois quadros clínicos.

Através de estudos de precisão efectuados com a PACS foi possível obter dados que confirmam a sua boa consistência interna em amostras de crianças inglesas (alfa de Cronbach de .89 para a escala de Hiperactividade, e .87 para a escala Problemas de Conduta) e uma fiabilidade inter-cotadores elevada, com correlações entre pares de entrevistadores entre .79 a .96 (Taylor et al., 1996; Scott et al., 2001). No que diz respeito aos estudos de validade, remete-se para o ponto A.3.1 desta dissertação, onde se apresentaram os resultados que confirmam a validade e utilidade da PACS como instrumento de avaliação de crianças em idade pré-escolar. Até à data não foi publicado qualquer estudo incidindo sobre a aplicação deste instrumento em amostras portuguesas.

B.3 Apresentação e análise de Resultados

A escolha de determinado instrumento de Avaliação Psicológica está dependente da informação acerca das respectivas propriedades psicométricas, pelo que se torna pertinente proceder à análise destas características no Guião de entrevista PACS quando aplicado a crianças em idade pré-escolar. Embora com dados já obtidos em vários países, as

pontuações. Trata-se de uma opção a que se recorre caso o pai/mãe não tenha oportunidade de observar a situação a que se refere o item (e.g., se não houver televisão em casa, não é possível aos pais identificarem o tempo e o comportamento do filho a ver televisão).

diferenças culturais justificam a necessidade de perceber se as boas qualidades psicométricas apresentadas por este instrumento, no que toca à validade e precisão, se verificam quando aplicado à população portuguesa.

As análises estatísticas foram efectuadas com recurso ao programa *Manual Estatístico para as Ciências Sociais* (SPSS-Versão 17.0).

B.3.1 Estatística descritiva e análise de diferenças em função de características demográficas

No Quadro 2 são apresentados os dados de estatística descritiva relativos à amostra em estudo, primeiramente na subescala Hiperactividade e de seguida na subescala Perturbação de Conduta (Quadro 3), em função do género, idade e nível socioeconómico da criança. Procede-se, igualmente, à comparação entre médias de resultados obtidos pelas crianças da amostra em função das suas características demográficas, recorrendo ao teste *t de Student* para amostras independentes para a comparação das médias em função do género, e à *ANOVA* univariada para comparação das médias em função da idade e do nível socioeconómico.

Quadro 2. Subescala Hiperactividade

	Média	<i>dp</i>	Mínimo	Máximo	<i>t / F</i>	<i>p</i>
Total	2.90	3.23	0	12		
Género						
Feminino	3.43	3.84	0	12	.76	.455
Masculino	2.62	2.90	0	12		
Idade						
3 A	4.63	2.83	2	10	2.87	.069
4 A	3.54	4.20	0	12		
5/ 6 A	1.74	2.18	0	7		
NSE						
Baixo	5.14	5.05	0	12	1.90	.166
Médio	2.44	2.73	0	10		
Elevado	2.67	2.54	0	7		

Tendo em conta o resultado máximo que é possível obter na subescala de Hiperactividade (igual a 37), podemos observar que os resultados médios da nossa amostra são de magnitude baixa.

Nesta subescala, as raparigas e rapazes apresentam resultados que não se distinguem do ponto de vista estatístico. No que diz respeito à idade, a faixa etária dos 3 Anos ($M=4.63$, $dp=2.83$) apresenta resultados superiores

aos alcançados pelas crianças dos 4 Anos ($M=3.54$, $dp=4.20$) e consideravelmente maiores que as crianças dos 5/6 Anos ($M=1.74$, $dp=2.18$), e apesar destas diferenças não serem estatisticamente significativas ($F(2) = 2.87$, $p = .069$), aproximam-se do limiar da significância estatística, o que sugere que crianças mais novas tendem a ser classificadas pelos seus pais como apresentando mais comportamentos de hiperactividade. Por fim, no que toca aos resultados tendo em conta o nível socioeconómico, não há diferenças estatisticamente significativas ($F(2) = 1.90$, $p = .166$) entre as crianças do nível socioeconómico baixo ($M=5.14$, $dp=5.05$), médio ($M=2.44$, $dp=2.73$) e elevado ($M=2.67$, $dp=2.54$), no entanto, verifica-se que pais de nível socioeconómico baixo tendem a classificar os seus filhos como apresentando mais comportamentos de Hiperactividade, do que os pais de nível médio ou elevado.

Quadro 3. Subescala Perturbação de Conduta

	Média	<i>dp</i>	Mínimo	Máximo	<i>t / F</i>	<i>p</i>
Total	4.78	4.55	0	16		
Género						
Feminino	7.00	4.93	0	16	2.24	.035
Masculino	3.58	3.93	0	11		
Idade						
3 A	4.63	4.44	0	11	.56	.578
4 A	5.85	5.55	0	16		
5/ 6 A	4.11	3.93	0	10		
NSE						
Baixo	5.57	6.13	0	16	1.22	.307
Médio	5.83	4.62	0	13		
Alto	3.25	3.70	0	9		

A análise do Quadro 3 permite observar que, também na subescala de Perturbação de Conduta, e tendo em conta o resultado máximo que é possível obter (igual a 54), os resultados médios da nossa amostra são de magnitude baixa.

Através da análise do mesmo quadro verificamos que, nesta amostra, as raparigas ($M=7.00$, $dp=4.93$) são classificadas pelos pais como apresentando mais problemas de conduta que os rapazes ($M=3.58$, $dp=3.93$), sendo esta a única diferença estatisticamente significativa ($t(38) = 2.24$, $p < .05$) a assinalar na subescala Perturbação de Conduta, no que diz respeito às

características sociodemográficas analisadas.

Em termos de frequência de respostas ao nível dos itens verifica-se que existe, quer na subescala Hiperactividade quer na subescala Perturbação de Conduta, uma clara concentração das respostas com a cotação 0 e, em menor grau, com cotação 1, sendo reduzido o número de casos cujas respostas pontuam no 2 ou no 3 (cf. Anexo 4 para uma análise mais pormenorizada da frequência de respostas em cada item). De facto, é notória a fraca variabilidade nas respostas aos diversos itens, na amostra estudada.

B.3.2 Estudos de precisão

A precisão é o grau de confiança que podemos ter na informação obtida através da aplicação de um instrumento de avaliação. Dizer que os resultados de um determinado instrumentos são precisos, significa verificar que se obtém o mesmo resultado quando o instrumento é aplicado/cotado por diferentes avaliadores em simultâneo (acordo inter-avaliadores) e que os desempenhos de um sujeito são homogéneos ao longo dos itens que constituem a prova (consistência interna) (Keith & Reynolds, 2003; Kline, 1993; Sattler, 1986).

B.3.2.1 Acordo inter-avaliadores

A fim de cumprir o objectivo de analisar a precisão deste instrumento, em todas as entrevistas estiveram presentes duas co-avaliadoras, sendo que uma conduzia a entrevista e cotava em simultâneo, enquanto a outra apenas cotava as respostas da mãe/pai. Os papéis de ambas as avaliadoras eram intermutáveis.

No sentido de fomentar o acordo inter-avaliador, a recolha da amostra foi precedida por uma formação/treino das duas avaliadoras com utilizadoras experientes na aplicação do Guião PACS, utilizadoras estas que adaptaram este instrumento para a população portuguesa e o utilizam com regularidade. Foram também conduzidas pelas investigadoras algumas entrevistas-treino (a familiares e amigos) a fim de se familiarizarem com a aplicação do instrumento e detectarem possíveis dúvidas na sua aplicação.

Na nossa amostra, os níveis de acordo elevado entre as duas avaliadoras, quer para a subescala Hiperactividade ($r(38) = .947, p < .01$), quer

para a subescala Perturbação de Conduta ($r(38)=-.983$, $p<.01$), traduz uma correspondência muito significativa entre as cotações atribuídas por ambas.

B.3.2.2 Consistência interna

A consistência interna do instrumento foi estimada através do cálculo do coeficiente *alfa de Cronbach*.

Quadro 4. Consistência interna das Subescalas de Hiperactividade e de Perturbação de Conduta

	Nº de itens	Alfa de Cronbach
Subescala Hiperactividade	12	.65
Subescala Perturbação Conduta	14	.72

O coeficiente *alfa de Cronbach* apresenta um valor de .65 na subescala Hiperactividade e de .72 na subescala Perturbação de Conduta, o que traduz um nível de consistência interna no limiar do “minimamente aceitável” e “respeitável”, respectivamente.

Para além do índice de consistência interna (Quadro 4), apresentamos também o contributo particular de cada um dos itens para a consistência interna da escala, nomeadamente os parâmetros correlações item-total (poder discriminativo) e os valores de *alfa de Cronbach* retirado o item. Nos Quadros 5 e 6 são apresentados os valores do poder discriminativo ou validade interna dos itens, ou seja, o grau em que cada item diferencia os sujeitos no mesmo sentido da subescala, no seu conjunto (Almeida & Freire, 2003), dados pelas correlações entre o item e o total corrigido (excluindo o item).

Na amostra em estudo, os itens 4.1, 4.2 e 6 são os menos satisfatórios na subescala Hiperactividade, dado que apresentam correlações baixas com o total (inferiores a .20), respectivamente iguais a .17, -.03 e .04. No entanto, nenhum dos itens, se retirado, contribuiria para aumentar significativamente o coeficiente *alfa de Cronbach* da respectiva subescala.

Quadro 5. Características dos itens da subescala Hiperactividade: correlações item-total (n=40)

Número do item	Correlação item-total corrigido	Alfa de Cronbach retirado o item
1.1	.50	.58
1.2	.31	.62
2.1	.22	.64
2.2	.48	.61
2.3	.23	.64
3.1	.24	.64
3.2	.54	.57
3.3	.47	.60
4.1	.17	.64
4.2	-.03	.66
5	.34	.63
6	.04	.66

Na subescala Perturbação de Conduta são os itens 1.1, 1.2, 5.1, 5.2, 6.1 e 6.2 que apresentam as correlações mais baixas com o total, com valores inferiores a .20 e respectivamente iguais a .15, .08, .12, .19, .13 e .17. Se retirados estes itens, o *alfa* da amostra não aumentaria significativamente, excepto no item 1.2.

Quadro 6. Características dos itens da subescala Perturbação de Conduta: correlações item-total (n=40)

Número do item	Correlação item-total corrigido	Alfa de Cronbach retirado o item
1.1	-.15	.72
1.2	.08	.75
2.1	.62	.67
2.2	.61	.66
3.1	.48	.69
3.2	.32	.70
4.1	.50	.68
4.2	.52	.67
5.1	.12	.72
5.2	.19	.72
6.1	.13	.72
6.2	.17	.72
7.1	.46	.69
7.2	.43	.69

Nota: Os itens 8.1 e 8.2 foram retirados automaticamente da análise por terem variância igual a zero.

B.3.3 Estudo de validade

Um teste considera-se válido quando os seus resultados medem aquilo que se propõem medir (Keith & Reynolds, 2003; Kline, 1993; Sattler, 1986). Uma das formas de estimar a validade de um instrumento destinado a identificar indivíduos com determinadas características é comparando os resultados de uma amostra, que reconhecidamente não possui a característica (no caso da PACS, a amostra em estudo não apresenta problemas de hiperactividade/conducta), com os resultados de uma amostra que, avaliada através de outro método (critério), apresenta a característica em causa (doravante designada por “amostra clínica”)⁴.

A aplicação do teste do Qui-Quadrado para comparação das duas amostras em termos de género $\chi^2(1, 40) = 0.54, p > .05$, idade $\chi^2(2, 40) = 0.47, p > .05$, e nível socioeconómico $\chi^2(2, 40) = 0.57, p > .05$ permitiu compreender que elas não diferem quanto a estas características. Uma descrição detalhada da amostra clínica pode ser consultada no Anexo 5.

Nos Quadros 7 e 8 apresenta-se a comparação entre as médias dos resultados obtidos pela amostra da comunidade e pela amostra clínica (recorrendo ao teste *t* de *Student* para amostras independentes), respectivamente nas subescalas Hiperactividade e Perturbação de Conduta. A comparação é feita, quer para o resultado total, quer para os itens, no sentido de compreender até que ponto as subescalas, no seu conjunto, diferenciam os sujeitos da amostra da comunidade e da amostra clínica e, posteriormente, numa análise mais minuciosa, perceber se há itens que diferenciam melhor que os outros.

⁴ Neste contexto, foram comparados os resultados na PACS obtidos pelas crianças da nossa amostra, com as de uma amostra clínica a cujos dados tivemos acesso através das investigadoras do projecto “Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: eficácia de programas parentais e escolares”, que disponibilizaram os dados de crianças pré-escolares com problemas de comportamento, seleccionadas para o referido estudo, às quais foi aplicada a PACS (não enquanto instrumento de selecção, mas sim de caracterização). A selecção das crianças com Problemas de Conduta e/ou Hiperactividade foi realizada com base nos resultados acima dos pontos de corte nos dois seguintes critérios: *critério 1* – no *Strengths and Difficulties Questionnaire* – SDQ (Goodman, 1997); e *critério 2* – no *Werry-Weiss-Peters* (WWP) (Almeida, 2009) e/ou na subescala Problemas de Comportamento das Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar – 2ª edição (ECIP-2; Merrell, 2002; Major, 2009).

Quadro 7. Comparação entre a amostra da comunidade e a amostra clínica – Subescala Hiperactividade

	Comunidade		Clínica		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>dp</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>		
Total	2.90	3.23	13.47	6.62	8.90	.000
1.1	.20	.61	.38	.77	1.24	.218
1.2	.20	.69	.98	1.19	3.81	.000
2.1	.20	.52	.87	.99	4.05	.000
2.2	.15	.36	1.20	1.13	5.86	.000
2.3	.28	.60	1.30	1.08	5.56	.000
3.1	.45	.75	1.57	.83	6.60	.000
3.2	.25	.67	1.32	1.25	4.93	.000
3.3	.20	.46	.83	1.04	3.69	.000
4.1	.10	.38	1.11	1.09	5.83	.000
4.2	.05	.22	1.23	1.15	6.61	.000
5	.65	1.05	1.53	1.04	3.92	.000
6	.18	.39	1.07	1.18	4.81	.000

A partir das análises efectuadas recorrendo ao teste *t* de *Student* verificamos que na subescala Hiperactividade, no seu conjunto, a diferença é estatisticamente significativa entre a amostra da comunidade e a amostra clínica ($t(76) = 8.90$ $p < .01$). O mesmo se verifica em relação a todos os itens que constituem a subescala, com excepção do item 1, no qual não se regista uma diferença estatisticamente significativa.

Quadro 8. Comparação entre a amostra da comunidade e a amostra clínica – Subescala Perturbação Conduta

	Comunidade		Clínica		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>dp</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>		
Total	4.78	4.55	18.19	8.49	8.98	.000
1.1	.33	.66	1.45	1.06	6.03	.000
1.2	.58	1.11	1.62	1.13	4.32	.000
2.1	.38	.63	1.51	.88	6.99	.000
2.2	.50	.91	1.94	1.01	6.93	.000
3.1	.20	.46	1.02	.92	5.37	.000
3.2	.25	.63	1.28	1.14	5.31	.000
4.1	.65	.83	1.72	.77	6.23	.000
4.2	.93	1.16	2.28	1.04	5.73	.000
5.1	.13	.46	.70	.86	3.98	.000
5.2	.03	.16	.46	.75	3.80	.000
6.1	.13	.46	1.17	1.19	5.57	.000
6.2	.05	.22	.74	1.20	3.82	.000
7.1	.35	.70	1.09	1.00	4.03	.000
7.2	.30	.65	.87	.92	3.25	.002
8.1	.00	.00	.26	.58	3.08	.004
8.2	.00	.00	.26	.71	2.48	.017

A subescala Perturbação de Conduta, no seu conjunto, tem uma grande capacidade discriminativa entre a amostra da comunidade e a amostra clínica ($t(80) = 8.98, p < .01$). Também nesta subescala todos os itens diferenciam os sujeitos da amostra da comunidade e da amostra clínica.

B.4 Discussão

A presente investigação teve como objectivos obter alguns dados de natureza quantitativa sobre o Guião de entrevista PACS e estudar algumas das suas características psicométricas, nomeadamente, a consistência interna do instrumento e a sua capacidade para discriminar entre crianças da comunidade e crianças de uma amostra clínica com sintomas de Hiperactividade e/ou Perturbação de Conduta.

Assim, revendo os objectivos do nosso estudo, e a partir das análises estatísticas efectuadas, passamos a reflectir sobre os resultados alcançados, não sem antes fazer duas considerações iniciais relacionadas com a fraca representatividade da amostra estudada, que deverão estar presentes nas análises quantitativas e qualitativas dos resultados: assim, e em primeiro lugar, trata-se de uma amostra pouco representativa da população nacional, pelo predomínio de pais licenciados e professores (com escolaridade superior), o que torna a amostra bastante homogénea sob este ponto de vista; e em segundo lugar, há que sublinhar que se trata de uma amostra com um número de sujeitos reduzido, o que diminui a sua representatividade.

No que concerne à estatística descritiva e à análise das diferenças em função das características demográficas, verificamos que, na subescala Hiperactividade, apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas, as crianças mais novas tendem a ser caracterizadas pelos seus pais como possuindo mais comportamentos característicos de Hiperactividade. Recorrendo aos estádios de desenvolvimento de Piaget, e tendo em conta as situações avaliadas nesta subescala (e.g., brincar sozinho, brincar acompanhado), podemos associar este dado ao pensamento e acção egocêntrica que caracteriza as crianças no estágio pré-operatório (dos 2 aos 7 anos de idade) que, progressivamente, dão lugar ao pensamento simbólico e partilha social de aprendizagens, fruto do seu desenvolvimento e comunicação, o que pode explicar o decréscimo das médias de comportamentos hiperactivos com o aumento da idade (Piaget & Inhelder,

1993). Na análise das diferenças nesta subescala, em termos de características sociodemográficas, verifica-se ainda uma tendência para que pais menos letrados (de nível socioeconómico baixo) classifiquem os seus filhos como tendo mais comportamentos de hiperactividade. De facto, outros estudos referem esta associação positiva entre baixo nível socioeconómico e hiperactividade, sendo a hiperactividade relacionada, em parte, com perturbações nas interacções familiares e com pobre realização académica dos pais (Scahill, 1999).

Na subescala Perturbação de Conduta, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa em termos de género, sendo a média dos problemas de Conduta maior no sexo feminino que no sexo masculino (já na subescala Hiperactividade, apesar de não ser uma diferença significativa, se verificava esta tendência). Tal contradiz a literatura que, tradicionalmente, classifica os rapazes como apresentando mais comportamentos de Hiperactividade e Perturbação de Conduta. Várias ponderações devem ser tidas em conta na interpretação desta diferença: 1) a influência do tamanho reduzido da amostra, que limita drasticamente a sua representatividade em relação à população portuguesa; 2) a diferença em termos de proporções entre os valores dos rapazes e das raparigas, por exemplo, com as raparigas a pontuarem menos vezes, mas com valores mais elevados (o que leva a um aumento da média); 3) a importância da socialização diferencial do género, em que se acredita, desde os primeiros anos de vida, que as actividades e interesses são dissemelhantes em função dos sexos, sendo esperado e estimulado pelos adultos que os meninos tenham uma actividade física mais intensa, uma brincadeira mais desorganizada (e.g., com manipulação de objectos, com movimentos mais bruscos), sejam mais autónomos e explorem o mundo à sua volta com mais liberdade, quando comparados com as meninas, que têm menor margem de manobra fomentada por uma exigência mais vincada de obediência para com as figuras de autoridade. Neste mesmo sentido, há estudos que apontam para uma tendência dos pais expressarem indiferença e maior tolerância perante certas acções dos rapazes, aos quais são permitidas mais transgressões às regras impostas, o que pode explicar que os pais vejam como mais gravosa uma transgressão das filhas (e a pontuem de forma mais elevada) que, se realizada por um rapaz, seria “mais normal e esperada” (Vieira, 2003).

De referir ainda que, na amostra clínica, apesar de a diferença não ser estatisticamente significativa, a média da pontuação dos rapazes é superior à média das pontuações das raparigas, o que vai no sentido da generalidade da literatura (Barkley, 1990; Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume & Gaudet, 1990; Campbell, Breaux, Ewing & Szumowski, 1986; DeHaSS, 1986; Hoffman, 1983, como citado em Benavente, 2001; Salgueiro, 1996). Esta nota é relevante por indiciar que os problemas comportamentais são mais espectáveis e, por isso mesmo, mais tolerados nos rapazes, mas somente quando não se trata da população dita “normal”.

Ainda em termos da estatística descritiva, verifica-se uma grande superioridade de frequência de respostas ao nível dos itens na pontuação 0 e 1, resultante da baixa variabilidade da amostra estudada (em que os sujeitos se situam num espectro de ausência de problemas de hiperactividade e de conduta), tal como foi definido através dos critérios de exclusão na amostra. Para além disso, estas frequências podem ser influenciadas pela percepção da desejabilidade social (e.g., perguntas como “se tirou coisas” têm impacto inclusive não-verbal nos pais, o que os leva a dar sempre respostas de “nunca aconteceu = 0”) (Kline, 1993).

Todavia, há itens que contrastam com esta tendência, designadamente, os itens 3.1 “Tempo a brincar sozinho” e 5 “Número de vezes que se levanta quando está à mesa” na subescala Hiperactividade, que apresentam maior dispersão de resultados com obtenção de mais pontuações 2. Numa análise mais qualitativa, explica-se esta dispersão pelo facto de as crianças pequenas, como referem os pais, “se entreterem melhor se estiverem acompanhadas” e terem dificuldade em permanecer às refeições sentadas na mesa por “não terem fome e quererem despistar os pais”, e não por uma questão de irrequietude. Igualmente, a subescala Perturbação de Conduta possui itens, como o 4.1 “Recusa a atender a pedidos” e 4.2 “Frequência da recusa a atender a pedidos”, que apresentam maior dispersão de resultados (com várias respostas pontuadas com 2 e 3), que podem ser explicados pela referência dos pais a situações do quotidiano (e.g., tomar banho, vestir), o que explica o facto de se repetirem em vários dias por semana.

No que aos estudos de precisão diz respeito, obtivemos um acordo inter-avaliadores muito elevado (.95 na subescala Hiperactividade e .98 na subescala Perturbação de Conduta) o que indica uma associação muito forte

entre os resultados obtidos pelas duas avaliadoras (Wiersman & Jurs, 1985). Este resultado é superior ao acordo inter-avaliadores encontrado em estudos estrangeiros, entre .79 e .96 (Taylor et al., 1996; Scott et al., 2001), o que pode ser explicado pelo facto de a nossa amostra ser da comunidade, havendo uma grande homogeneidade de respostas e geralmente ausência total do comportamento (o que facilita a respectiva cotação); enquanto os estudos estrangeiros obtiveram os seus resultados em amostras clínicas, e portanto mais heterogéneas nas respostas (o que pode colocar mais dúvidas quanto à cotação). Por outro lado, as duas examinadoras obtiveram treino conjunto e recente, o que também contribuiu para o grau de acordo verificado.

Na análise da consistência interna deste instrumento, recorremos ao coeficiente alfa de Cronbach a fim de perceber até que ponto os vários itens medem a variável que as subescalas se propõem medir no seu conjunto (Hiperactividade e Perturbação de Conduta), contribuindo para a respectiva coesão (DeVellis, 2003; Kline, 1998). Obtivemos valores de alfa iguais a .65 para a subescala Hiperactividade e a .72 para a subescala Perturbação de Conduta que correspondem, segundo a classificação de DeVellis, a uma consistência interna “minimamente aceitável” e “respeitável”, respectivamente para cada escala. Estes valores, não muito elevados, podem ser compreendidos tendo em conta a homogeneidade da amostra, em termos de respostas dadas pelos pais, do número reduzido de sujeitos e da própria população observada (crianças pequenas de uma faixa etária limitada – 3 a 6 anos), sendo que estes aspectos limitam o valor de alfa (Sattler, 1992). Além disso, tal como refere Field (2005), valores de alfa inferiores a .70, embora inadequados para testes de aptidão, podem ser considerados apropriados para outros constructos pela diversidade que apresentam. Também o valor de alfa de Cronbach para a amostra clínica (.76 e .84, respectivamente para a subescala Hiperactividade e Perturbação de Conduta), corrobora o impacto da heterogeneidade da amostra no aumento do valor de consistência interna (Wiersman & Jurs, 1985).

Prendemos, igualmente, conhecer em que medida cada item é um bom avaliador do constructo que é medido pelas respectivas subescalas, isto é, o seu poder discriminativo – calculando a correlação entre as pontuações obtidas pelos sujeitos nos itens e a totalidade dos seus resultados no teste

(Kline, 1986, como citado em Simões, 2000). Segundo Hopkins e Antes (1984, como citado em Simões, 2000) consideram-se itens “satisfatórios” aqueles cujos índices de discriminação se situam entre .20 e .39 e itens “bons” os que alcançam valores iguais ou superiores a .40. No nosso estudo, os itens 4.1, 4.2 e 6 (subescala Hiperactividade) e 1.1, 1.2, 5.1, 5.2, 6.1, 6.2 (subescala Perturbação de Conduta) são os que possuem um menor poder discriminativo, o qual se pode atribuir, mais uma vez, à fraca dispersão dos resultados (em que quase todas as crianças se situam na pontuação mais baixa). Esta explicação, contudo, não se aplica ao item 1.2 que, entre os itens assinalados anteriormente, é aquele que apresenta uma média de resultados significativamente mais elevada na amostra da comunidade, visto ser um dos itens pontuados com maior magnitude pelos pais (e.g., se a criança dorme com os pais, tal acontece geralmente todos os dias)

Importa ainda referir que, desejavelmente, todos os valores deste índice devem ser positivos (Almeida e Freire, 2003), o que traduz que o item está a avaliar o mesmo constructo da escala e no mesmo sentido. Porém, tal não acontece no nosso estudo onde foram obtidos valores negativos para dois dos itens. No primeiro caso (item 4.2 da Hiperactividade, “De quanto em quanto tempo sai da brincadeira”) há uma grande probabilidade de ausência do comportamento nesta amostra (pontuação igual a 0), pelo que, neste caso, o item pode não representar um contributo válido para a avaliação. O segundo caso (item 1.1 da Perturbação de Conduta, “Dificuldade em ir para a cama”) deverá ser ponderado numa perspectiva mais qualitativa, visto tratar-se de uma situação à qual muitas crianças apresentam resistência, havendo grandes hesitações na resposta por parte dos pais. No entanto, muitas das crianças não apresentam dificuldade porque dormem, habitualmente, com os pais, (ou seja, se tivessem de dormir sozinhas resistiriam a ir para a cama). Assim, embora do ponto de vista quantitativo este item não seja discriminativo na população em geral, pode permitir obter informações importantes sobre certas interações e dinâmicas familiares.

Note-se que, mais uma vez, a maioria dos problemas quantitativos verificados em alguns itens na amostra comunitária, está ausente na amostra clínica (e.g., não há nenhum item que apresente uma direcção negativa).

Relativamente ao estudo efectuado para analisar a validade da PACS,

recorreu-se à comparação entre os resultados da nossa amostra comunitária e os de uma amostra clínica com características sociodemográficas similares. Esta análise permitiu verificar que a PACS é um instrumento válido para o fim a que se propõe (Anastasi e Urbina, 2000), na medida em que a média obtida pela amostra clínica nas duas subescalas avaliadas é substancialmente mais elevada quando comparada com a da amostra não clínica, o que indica que a PACS discrimina eficazmente a população em geral de grupos clínicos com as características do grupo avaliado neste estudo.

Na sequência deste estudo é ainda possível perceber que itens são mais e menos discriminativos entre as duas amostras. Assim, os itens que apresentam a maior diferença entre as médias das amostras são o 2.2 “Número de vezes que se levanta quando está a ver tv”, 3.2 “Número de vezes que se levanta quando está a brincar sozinho” e 4.2 “De quanto em quanto tempo sai da brincadeira” na subescala Hiperactividade, e os itens 2.2 “Frequência das birras” e 4.2 “Frequência da recusa a atender a pedidos” na subescala Perturbação de Conduta, por serem os itens mais indicativos da presença das respectivas perturbações, com a ressalva que alguns itens são cotados de 0 a 3 pontos e outros de 0 a 4 pontos (pelo que a magnitude de respostas pode condicionar a média total alcançada pelo item). Estes resultados podem ser explicados recorrendo aos critérios da DSM-III-R, que apresenta a perturbação de Hiperactividade com forte impulsividade, energia elevada e dificuldade da criança em ficar quieta (sendo os itens assinalados demonstrativos desta dificuldade das crianças com sintomas de hiperactividade se manterem em tarefa); e que apresenta as crianças com sintomas de Perturbação de Conduta com comportamentos que facilmente se encolerizam, caracterizados por uma postura frequente de desafio ou recusa em cumprir as regras ou pedidos dos adultos.

No sentido oposto, é o item 1.1 da subescala Hiperactividade (“Dificuldades relativas ao sono”) o único que não discrimina entre as duas amostras, na medida em que obtém uma pontuação baixa na amostra clínica. Aparentemente, os problemas de sono não se contam entre aqueles que preocupam os pais desta amostra.

Para finalizar este ponto da dissertação há duas notas a reter. Uma primeira diz respeito ao maior número de vezes em que a pontuação 9 (“situação não observada”) é atribuída na amostra clínica, em comparação

com a amostra da comunidade. Esta diferença pode ser explicada pelo “descanso” que os pais dão a si próprios (em situações em que as crianças estão a brincar sozinhas ou a ver televisão), ao deixar de supervisionar e controlar os filhos e perdendo, conseqüentemente, a percepção do comportamento que eles apresentam nessas situações. Tal circunstância pode ter diminuído os resultados médios da amostra clínica (uma vez que os resultados 9 não foram tidos em conta nestas análises) e, nesse sentido, ter esbatido as diferenças no estudo de validade apresentado (embora elas ainda tenham surgido como bastante notórias, tal como foi evidenciado). Uma segunda nota diz respeito à importância dos últimos itens de cada uma das subescalas para perceber quais os comportamentos sentidos pelos pais como mais problemáticos e a gravidade que os mesmos apresentam. Estas apreciações dos pais podem tornar-se particularmente relevantes em termos de planeamento de uma possível intervenção parental e hierarquização das prioridades da mesma.

B.5 Conclusão

Esta investigação pretendia estudar as características psicométricas do Guião de entrevista PACS e confirmar ou refutar a sua validade enquanto instrumento de avaliação de crianças em idade pré-escolar com sintomas de Hiperactividade e/ou Perturbação de Conduta.

Após a revisão da literatura nesta área e análise dos resultados, concluímos que a PACS possui, efectivamente, boas capacidades psicométricas a nível do acordo inter-avaliadores e da consistência interna, podendo ser útil quando aplicado a crianças portuguesas pré-escolares enquanto instrumento de triagem e auxiliar de identificação precoce de sintomas de Hiperactividade e/ou Perturbação de Conduta, visto ter revelado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem as respectivas características.

Assim, os aspectos abordados no âmbito deste estudo contribuem, ainda que modestamente, para colmatar a falha existente ao nível dos instrumentos de avaliação de crianças em idade pré-escolar em Portugal, permitindo ser um auxiliar para os psicólogos que lidam com crianças desta faixa etária com as características assinaladas.

Para além disso, a utilização deste Guião de entrevista pode contribuir

para a tomada de decisões nos planos educativo e de rastreio precoce de problemas de comportamento, e para o planeamento e avaliação de programas educativos individualizados para crianças pequenas – até pela especificação clara de situações mais e menos problemáticas – que envolvam a colaboração dos pais e os apoiem no processo de educação. Respeita ainda o “uso inteligente de instrumentos de avaliação” (Kaufman, 2009; Seabra-Santos, 1998) no sentido em que, por um lado, pressupõe uma sensibilidade e flexibilidade do examinador para atender aos aspectos sociais; e por outro lado, por as conclusões retiradas da avaliação poderem ser usadas para gerar hipóteses que possam ser úteis à criança avaliada e para planificar uma intervenção ao nível das estratégias parentais (e.g., estabelecimento eficaz de limites). Finalmente, permite uma abordagem compreensiva ao enquadrar os resultados num referencial alargado, tendo em conta os antecedentes dos pais e das crianças – daí a importância de perceber se algum acontecimento de vida no prazo de 6 meses é passível de influenciar o comportamento actual da criança.

Contudo, algumas limitações podem ser apontadas a este estudo.

Em primeiro lugar, o facto de não recorrer a uma amostra representativa da população portuguesa em termos de características sociodemográficas (nomeadamente ao nível da formação académica dos pais, tal como já foi assinalado), e em segundo lugar, pelo reduzido número de entrevistas realizadas. Tais dados podem ter uma influência significativa nos resultados encontrados e na interpretação dos mesmos, pelo que ficamos sem saber se as diferenças constatadas se devem, efectivamente, a características estáveis do instrumento ou traduzem, antes, um enviesamento na selecção das amostras.

Outro aspecto limitativo prende-se com a pessoa entrevistada, que no nosso estudo é, na larga maioria dos casos, a mãe. De facto, e como refere Sattler (1992), pode existir uma influência significativa do informador, tendendo as mães a ser mais sensíveis e responsáveis pelo comportamento dos filhos, e os pais a serem mais brincalhões e, por isso, por exemplo, podem avaliar de forma diferente o grau de irrequietude que os filhos possam ter.

Uma outra limitação diz respeito às reservas que a generalização dos resultados obtidos num contexto específico, como é a observação em casa e

na interacção com os pais, devem ter. Assim, e porque a entrevista diz respeito ao comportamento que os pais da criança observam em casa, deve-se ter em conta que esse comportamento não pode ser incondicionalmente interpretado como representativo da conduta típica da criança (e.g., brincar com outras crianças na escola pode criar desafios muito diferentes dos que são observados pelos pais quando a criança brinca em casa). Daí a necessidade de recorrer a vários informadores, que lidem e observem a criança em contextos diversos, no sentido de obter uma visão mais clara das diversas manifestações comportamentais (Sattler, 1992, Vieira, 2003).

A próxima ideia a ter em conta, não sendo uma limitação deste instrumento, é um alerta: um instrumento de avaliação, qualquer que ele seja, nunca é suficientemente válido para poder constituir o elemento único na base de decisões individuais acerca de uma criança. Os respectivos resultados não devem ser lidos de forma literal (como ficou patente no ponto B.4), devendo ser as hipóteses retiradas analisadas e confirmadas através de outras fontes (nomeadamente por observação do comportamento da criança).

Tendo presente a elevada variabilidade do comportamento das crianças ao longo do tempo e dos contextos, surge uma outra limitação que poderá ser tida como sugestão para futuros estudos: a importância do teste-reteste. Tal estudo de precisão permitiria perceber se os resultados seriam estáveis ao longo do tempo. Esta ideia justifica-se atendendo a que, como vimos no enquadramento conceptual desta dissertação, o desenvolvimento físico, social e cognitivo nesta fase da vida implica modificações rápidas em termos comportamentais, as quais são descontínuas e instáveis.

Os aspectos referenciados como limitativos podem, igualmente, constituir uma alavanca para sugerir estudos futuros. Assim, seria importante a realização de investigações assentes numa amostra mais representativa da população de pais abrangida, recorrendo a um maior número de sujeitos, que permitisse uma maior representatividade e heterogeneidade em termos de características sociodemográficas, de forma a avaliar o impacto que algumas destas variáveis possam ter nos resultados obtidos na PACS. Além disso, a equivalência do número de pais e mães como informadores poderia proporcionar a realização de estudos comparativos entre os testemunhos de ambos, o que nos daria informações sobre as diferenças nas percepções dos informadores e a variabilidade do comportamento da criança face a cada um

deles.

Concluímos, reafirmando o interesse da PACS enquanto instrumento relevante para a avaliação de crianças em idade pré-escolar com sintomas de Hiperactividade e Perturbações de Conduta, assim como recurso para os terapeutas, na medida em que permite a hierarquização das dificuldades das crianças e dos pais e, conseqüentemente, a intervenção nas mesmas.

Bibliografia

Almeida, L. S. (1988). *O raciocínio diferencial dos jovens: Avaliação, desenvolvimento e diferenciação*. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.

Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.

Almeida, M.M. (2007). *Bateria de Avaliação do temperamento infantil – Forma revista (TABC-R): Estudos em amostras clínicas*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Appl, D. J. (2000). Clarifying the preschool assessment process: Traditional practices and alternative approaches. *Early Childhood Educational Journal*, 27 (5), 219-225.

Associação Americana de Psicologia (2002). *DSM-IV-TR, Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª Edição, Texto Revisto). Lisboa: Climepsi Editores.

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

Bellando, J., Long, N., & Edwards, C. (2009). Parent-training interventions. In J. Matson, F. Andrasik & M. Matson (Eds.), *Treating childhood psychopathology and developmental disabilities* (pp. 79-106). New York: Springer.

Benavente, R. (2001). Perturbação de comportamento na infância: Diagnóstico, etiologia, tratamento e propostas de investigação futura. *Análise Psicológica*, 19 (2), 321-329.

Bracken, B. A. (1994). Advocating for effective preschool assessment

practices: A comment on Bagnato and Neisworth. *School Psychology Quarterly*, 2 (6), 103-108.

Bracken, B. A. (2004). Clinical observation of preschool assessment behavior. In B. Bracken (Ed.), *The psychoeducational assessment of preschool children* (3^a ed., pp. 45-56). London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Breakwell, G. (2000). *Cómo realizar entrevistas con éxito*. Barcelona: Ediciones Gestión.

Breton, J. J., Bergeron, L., Valla, J. P., Berthiaume, C., & Gaudet, N. (1999). Quebec child mental health survey: Prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (3), 375-384.

Brites, S. M. R. (2009). *Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: Estudos psicométricos e normativos com crianças dos 4 aos 6 anos*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Campbell, S. B., Breaux, A. M., Ewing, L. J., & Szumowski, E. K. (1986). Correlates and predictors of hyperactivity and aggression: A longitudinal study of parent-referred problem preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14 (2), 217-234.

Conduct Problems Prevention Research Group. (1999). Initial impact of the fast track prevention trial for conduct problems: The high-risk sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 631-647.

Correia, L., & Serrano, A. M. (1998). Intervenção precoce centrada na família: Uma perspectiva ecológica do atendimento. In A. M. Serrano & L. Correia (Eds.), *Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (pp.11-32). Porto: Porto Editora.

Craig, R. J. (1995). The clinical process of interviewing. In R. J. Craig (Ed.), *The basic sourcebook for the clinical interview: Clinical and diagnostic interviewing* (pp.3-17). New Jersey: Jason Aronson Inc.

Cunha, J. A. (2000). Fundamentos do psicodiagnóstico. In J. A. Cunha (Org.), *Psicodiagnóstico* (5^a ed., 5, pp.23-31). Porto Alegre: Artmed Editora.

Daley, D., & Thompson, M. (2007). Parent training for ADHD in preschool children. *Advances in ADHD*, 1 (2), 11-16.

Daley, D., Jones, K., Hutchings, J., & Thompson, M. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder ADHD in preschool children: Current findings, recommended intervention and future directions. *Child: Care, Health and Development*, 6 (35), 754-766.

Daley, D., Sonuga-Barke, E. J., & Thompson, M. (2003). Assessing expressed emotion in mothers of preschool AD/HD children: Psychometric properties of a modified speech sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 53-67.

DeHass, P. A. (1986). Attention styles and peer relationships of hyperactive and normal boys and girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14 (3), 457-467.

De Bruin, E. (2003). Assessment process. In Fernández-Ballesteros (Ed.), *Encyclopedia of psychological assessment* (Vol. 6, pp.93-97). London: Sage.

Denham, S. A., & Burton, R. (2003). Targeting programs for preschool emotional and social competence. In S. A. Denham, & R. Burton (Ed.), *Social and emotional prevention and intervention programming for preschoolers* (pp.19-45). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

DeVellis, R. F. (2003). *Scale development: Theory and applications*, (2nd ed.). California: Sage Publications, Inc.

Dishion, T. J., & Bullock, B. M. (2002). Parenting in adolescent problem behavior: An ecological analysis of the nurturance hypothesis. In J. G. Borkowski, S. L. Ramey, & M. Bristol-Power (Eds.), *Parenting and the child's world: Influences on academic, intellectual and social-emotional development* (pp. 231-250). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Dodge, K. A. (2002). Mediation, moderation, and mechanisms in how parenting affects children's aggressive behavior. In J. G. Borkowski, S. L. Ramey, & M. Bristol-Power (Eds.), *Parenting and the child's world: Influences on academic, intellectual and social-emotional development* (pp.215-247). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2nd ed.). London: Sage.

Fine, M. J., & Wardle, K. F. (2001). A psychoeducational program for parents of dysfunctional backgrounds. In M. J. Fine, & S. W. Lee (Eds.),

Handbook of diversity in parent education: The changing faces of parenting and parent education (pp. 134-155). Orlando: Academic Press.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.

Greenspan, I. (1981). *The clinical interview of the child*. New York: McGraw-Hill Book Company.

Havighurst, S. (2003). Improving children's emotional competence: Parenting interventions. In S. A. Denham, & R. Burton (Ed.), *Social and emotional prevention and intervention programming for preschoolers* (pp.167-182). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Hutchings, J., Eade, J., Jones, K., & Bywater, T. J. (2004). *Protocol of measures for the evaluation of the Webster-Stratton Group Parenting Programme with parents of 'at risk' pre-school children in Sure Start Centres Across Wales*. Acedido em 26 Novembro, 2009, do Incredible Years Web site: <http://www.incredibleyears.com/library/items/protocol-of-measures-for-the-evaluation-sure-start.pdf>.

Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2007). Efficacy of the Incredible Years Basic Parent Training Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child Care: Health and Development*, 10, 1-8.

Kaczmarek, L. A., Goldstein, H., Florey, J. D., Carter, A., & Cannon, S. (2004). Supporting families: A preschool model. *Topics in Early Childhood Special Education*, 24 (4), 213- 226.

Kaufman, J. C. (2009). *Intelligent testing: Integrating psychological theory and clinical practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kazdin (1997). Parent management training: Evidence, outcomes, and issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1349- 1356.

Keith, L. K., & Campbell, J. M. (2004). Assessment of social and emotional development in preschool children. In B. Bracken (Ed.), *The Psychoeducational assessment of preschool children* (3^a ed., pp. 364-382). London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Keith, T.Z., & Reynolds, C.R. (2003). Measurement and design issues in child assessment research. In C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Ed.), *Handbook of psychological & educational assessment of children:*

Intelligence, aptitude and achievement (2^aed.,pp. 79-114). New York: The Guilford Press.

Kelley, M. F., & Surbeck, A. (2004). History of preschool assessment. In B. A. Bracken (Ed.), *The psychoeducational assessment of preschool children* (3rd ed., pp.1-18). London: Lawrence Erlbaum Association, Publishers.

Keown, L., & Woodward, L. (2002). Early parent-child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6 (30), 541-553.

Kline, P. (1993). *The handbook of psychological testing*. London: Routledge.

Kline, P. (1998). *The new psychometrics: Science, psychology and measurement*. London: Routledge.

Koch, L. M. & Gross, A. M. (2005). Características clínicas e tratamento do transtorno da conduta. In V. E. Caballo & M. A. Simón (Eds.), *Manual de psicopatologia clínica infantil e do adolescente: Transtornos específicos* (pp. 23-38). Rio de Janeiro: Livraria Santos Editora.

Kresak, K., Gallagher, P., & Rhodes, C. (2009). Siblings of infants and toddlers with disabilities in early intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 29 (3), 143- 154.

Leal, I.P. (2004). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio* (3^a ed.). Lisboa: ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Lidz, C. S. (1991). Issues in the assessment of preschool children. In B. Bracken (Ed.), *The psychoeducational assessment of preschool children* (2nd ed., pp 18-31). London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Logan, N. (1995). Diagnostic assessment of children. In R. J. Craig (Ed.), *The basic sourcebook for the clinical interview: Clinical and diagnostic interviewing* (pp. 305-321). New Jersey: Jason Aronson Inc.

Luisell, J. K. (2005). Características clínicas e tratamento do transtorno desafiador de oposição In V. E. Caballo & M. A. Simón (Eds.), *Manual de psicopatologia clínica infantil e do adolescente: Transtornos específicos* (pp. 39-56). Rio de Janeiro: Livraria Santos Editora.

Martin, R. P. (1991). Assessment of social and emotional behavior. In B. Bracken (Ed.), *The psychoeducational assessment of preschool children* (2^a ed., pp. 450-464). London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

McMillan, G., & Leslie, M. (1998). *The early intervention handbook: Intervention in literacy*. Edinburgo: Edinbvrgh.

Nagle, R. J. (2004). Issues in preschool assessment. In B. Bracken (Ed.), *The psychoeducational assessment of preschool children* (3ª ed., pp. 19-32). London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Neisworth, J. T., & Bagnato, S. J. (1991). *Assessment for early intervention: Best practices for professionals*. London: The Guildford Press.

Neisworth, J. T., & Bagnato, S. J. (1992). The case against intelligence testing in early intervention. *Topics in early childhood special education*, 12 (1), 1-20.

Olivares, J., Méndez, F. X., & Ros, M. C. (2005). O treinamento de pais em contextos clínicos e da saúde. In V. E. Caballo & M. A. Simón (Eds.), *Manual de psicopatologia clínica infantil e do adolescente: Transtornos específicos* (pp. 365-386). Rio de Janeiro: Livraria Santos Editora.

Paiva, P. I. (2005). «De pequenino se torce o...» *Práticas educativas parentais: um estudo com pais de crianças em idade pré-escolar*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Pereira, A., Canavarro, C., Cardoso, M., & Mendonça, D. (2009). Patterns of parental rearing styles and child behaviour problems among Portuguese school aged children. *Journal of Child and Family Studies*, 18 (4), 454-464.

Phelan, T. W. (1995). Attention deficit disorder. In R. J. Craig (Ed.), *The basic sourcebook for the clinical interview: Clinical and diagnostic interviewing* (pp. 249-266). New Jersey: Jason Aronson Inc.

Piaget, J., & Inhelder, B. (1993). *A psicologia da criança*. Porto: Edições Asa.

Reynolds, C. R. (1979). Should we screen preschoolers? *Contemporary Educational Psychology*, 2 (4), 175-181.

Romeo, R., Knapp, M., & Scott, S. (2006). Economic cost of severe antisocial behavior in children: And who pays it. *British Journal of Psychiatry*, 188, 547-553.

Ruíz-Vargas, J. (1991). *Psicología de la memoria*. Madrid: Alianza Editorial.

- Salgueiro, E. (1996). *Crianças irrequietas: 3 estudos clínico-evolutivos sobre a instabilidade motora na idade escolar*. Lisboa: ISPA.
- Sattler, J.M. (1992). *Assessment of children: Revised and updated third edition*. San Diego: Jerome M. Sattler, Publisher.
- Scahill, L., Schwab-Stone, M., Merikangas, K. R., Leckman, J. F., Zhang, H., & Kasl, S. (1999). Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31 (38), 976-984.
- Scott, S., Spender, Q., Doolan, M., & Aspland, H. (2001). Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *British Medical Journal*, 323 (28), 1-7.
- Seabra-Santos, M. J. (1998). *WPPSI-R: Estudos de adaptação e validação em crianças portuguesas*. Dissertação de Doutoramento não-publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Shapiro, E. S., & Skinner, C. H. (1990). Principles of behavioral assessment. In C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Ed.), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personal behavior and context* (pp. 343-363). New York: The Guilford Press.
- Simões, M. (1996). Ética e deontologia da/na avaliação psicológica: Das intenções aos actos. In L. S. Almeida, S. Araújo, M. M. Gonçalves, C. Machado & M. R. Simões (Org.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (Vol.6, pp.617-624). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Simões, M. (1998). Avaliação psicológica e diagnóstico na perturbação da hiperactividade com défice de atenção (I): Entrevistas. *Psychologica*, 19, 43-82.
- Simões, M. R. (1994). Notas da arquitectura da avaliação psicológica. *Psychologica*, 55, 7-44.
- Simões, M. R. (2000). *Investigações no âmbito da aferição nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Simões, M. R. (2005). Potencialidades e limites do uso de instrumentos no processo de avaliação psicológica. *Psicologia, Educação e Cultura*, 9 (2), 237-264.

Sonuga-Barke, E. J. S., Thompson, M., Abikoff, H., Klein, R., & Miller, L. (2006). Nonpharmacological interventions for preschoolers with ADHD: The case for specialized parent training. *Infants & Young Children*, 19 (2), 142-153.

Tavares, M. (2000). A entrevista clínica. In J. A. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico* (5ª Ed., pp.45-56). Porto Alegre: Artmed Editora.

Tavares, M. (2000). A entrevista estruturada para o DSM-IV. In J. A. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico* (5ª Ed., pp. 75-87). Porto Alegre: Artmed Editora.

Taylor, E., Chadwick, O., Heptinstall, E., & Danckaerts, M. (1996). Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (9), 1213-1226.

Taylor, E., Schachar, R., Thorley, G., & Wieselberg, M. (1986). Conduct disorder and hyperactivity I: Separation of Hyperactivity and antisocial conduct in British child psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 146, 760-777.

Tuma, J. M. & Elbert, J. C. (1990). Critical issues and current practice in personality assessment of children. In C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Eds.), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personal behavior and context* (pp. 3-29). New York: The Guilford Press.

Vieira, C. M. C. (2003). *Educação e desenvolvimento do género: Os trilhos percorridos na família*. Dissertação de Doutoramento não-publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5 (6), 715-730.

Webster-Stratton, C. (2003). *Aggression in young children perspective: Services proven to be effective in reducing aggression*. Acedido em 27 de Novembro de 2009, do Incredible Years Web site: http://www.incredibleyears.com/Library/items/aggression-young-children-services-proven_rev-05.pdf.

Wiersman, W., & Jurs, S. G. (1985). *Educational measurement and testing*. Massachusetts: Allyn and Bacon, Inc.

Wilkins, J., & Matson, J. L. (2009). History of treatment in children with developmental disabilities and psychopathology. In J. L. Matson, F. Andrasik, & M. L. Matson (Eds.), *Treating childhood psychopathology and developmental disabilities* (pp. 3-28). Los Angeles: Springer.

Anexos

Anexo 1. Hiperactividade e Perturbação de Conduta

Anexo 2. Pedido de recolha de amostra à direcção do Centro de Saúde

Anexo 3. Consentimento informado

Anexo 4. Frequência de respostas aos itens – PACS

- a. Subescala Hiperactividade
- b. Subescala Perturbação de Conduta

Anexo 5. Caracterização da amostra clínica e estudos psicométricos

- a. Caracterização sociodemográfica
- b. Consistência interna nas subescalas Hiperactividade e Perturbação de Conduta
- c. Correlações item-total subescala Hiperactividade
- d. Correlações item-total subescala Perturbação de Conduta

Anexos

Anexo 1. Hiperactividade e Perturbação de Conduta

Segundo a DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª edição) a **Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção** é caracterizada por níveis inapropriados de inatensão, impulsividade e hiperactividade, mais frequentes e severos do que tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento (Critérios A). O diagnóstico é realizado comumente por volta dos 7 anos, sendo que os sintomas devem persistir durante alguns anos apesar de as crianças apresentarem fortes indícios nos anos pré-escolares (Critério B). Os sintomas devem estar presentes em pelo menos dois contextos (por ex., casa, escola ou trabalho) (Critério C), e deve existir evidências claras de interferência no funcionamento social, académico ou ocupacional apropriado em termos evolutivos (Critério D). A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não é melhor explicada por um outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou Transtorno da Personalidade) (Critério E). A DSM-IV especifica ainda 3 subtipos de PHDA, conforme a predominância dos sintomas de hiperactividade e/ou desatenção e tendo em conta o padrão dominante nos últimos 6 meses, sendo eles: predominantemente hiperactivo-impulsivo, predominantemente desatento e tipo combinado.

Em relação à **Perturbação de Conduta/Comportamento**, a DSM-IV caracteriza-a por um padrão repetitivo e persistente, em que são violados os direitos básicos dos outros ou importantes regras ou normas sociais para a idade (Critério A). Estes comportamentos agrupam-se em quatro categorias: 1) Agressão a pessoas ou animais; 2) Destruição da propriedade; 3) Falsificação ou roubo; 4) Violação grave das regras; sendo que três ou mais comportamentos específicos destas categorias devem estar presentes nos últimos 12 meses, com a presença de pelo menos um deles nos últimos 6 meses. A Perturbação do Comportamento causa prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, académico ou ocupacional (Critério B). O Transtorno da Conduta pode ser diagnosticado em indivíduos com

mais de 18 anos, mas apenas se os critérios para Transtorno da Personalidade Anti-Social não são satisfeitos (Critério C). Segundo a DSM-IV, também esta Perturbação subdivide-se em dois tipos, respectivamente: Início na 2ª infância (a PC aparece antes dos 10 anos) e Início na adolescência (a PC aparece aos 12 anos ou mais).

Na ausência de tratamento adequado e precoce, o prognóstico para crianças com Hiperactividade e/ou Perturbação de Conduta é pobre, ou seja, estes distúrbios são factores de risco para problemas posteriores na adolescência e na idade adulta. Com efeito, estas crianças têm um muito maior risco de experienciarem problemas adicionais nos domínios educativos (insucesso e/ou abandono escolar), pessoais e sociais (exclusão social, relações limitadas e insatisfatórias, empregos débeis), e têm também maior risco de desenvolverem problemas de abuso de substâncias, delinquência juvenil, comportamentos anti-sociais e agressivos e dificuldades interpessoais e ocupacionais (devido a comportamentos impulsivos e desajustados socialmente) que tendem a persistir enquanto adultos (Daley & Thompson, 2007; Daley, Jones, Hutchings & Thompson, 2009; “Initial”, 2009; Jones, Daley, Hutchings, Bywater & Eames, 2007; Scott et. al, 2001; Sonuga-Barke, Thompson, Abikoff, Klein, & Miller, 2006; Stratton, 1998; Taylor et al., 1996; Wilkins & Matson, 2009).

Anexo 2. Pedido de recolha de amostra à direcção do Centro de Saúde

Exm^a. Senhora Directora do Agrupamento de
Centros de Saúde Coimbra Sul

Na qualidade de alunas finalistas do Mestrado Integrado em Psicologia (sub-especialização em Sistémica, Saúde e Família), da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob a supervisão da Prof. Doutora Maria João Seabra Santos, vimos por este meio solicitar a sua colaboração no sentido de permitir a recolha de dados no Centro de Saúde Fernão de Magalhães, instituição na qual estamos a realizar o nosso estágio curricular.

O que pretendemos com o nosso estudo é: 1) investigar de que forma o modo como os pais lidam com os seus filhos e se sentem nos seus papéis de pais está relacionado com o comportamento das crianças; 2) aprofundar o conhecimento relativo à validade de alguns instrumentos de avaliação psicológica no nosso país. A metodologia de investigação consistirá na aplicação de questionários, respondidos pelos pais, e de uma entrevista semi-estruturada que mede problemas de comportamento em crianças em idade pré-escolar. Todos os materiais serão aplicados pelas alunas estagiárias no referido Centro de Saúde a pais de crianças sem qualquer diagnóstico. Contudo, se se verificar, após a avaliação, que as crianças apresentam algum tipo de risco para distúrbios de comportamento, as famílias serão então devidamente encaminhadas, se assim o desejarem, para programas específicos de intervenção.

Por fim, gostaríamos de salientar que todos os dados recolhidos serão tratados com absoluta confidencialidade e utilizados única e exclusivamente para fins de investigação, e que aos pais será solicitado o consentimento informado.

Para qualquer esclarecimento adicional, poderá contactar-nos através dos e-mails seabramj@fpce.uc.pt ou natalia_antunes_21@hotmail.com, ou através do telemóvel 917395643 ou do telefone 239851456 (Faculdade).

Atenciosamente, com os melhores cumprimentos
Coimbra, 01 de Novembro de 2009

As Mestrandas:

Natália Henriques Antunes e Célia Guimarães da Silva

Anexo 3. Consentimento informado

Caro Pai/ Mãe/ Encarregado de Educação:

Na qualidade de alunas do Mestrado Integrado em Psicologia (área de Sistémica, Saúde e Família) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, estamos a desenvolver um trabalho de investigação sob a orientação da Professora Doutora Maria João Seabra Santos, relativo ao comportamento de crianças em idade pré-escolar e à forma como os pais lidam com os seus filhos e como se sentem no seu papel de pais.

É neste sentido que vimos solicitar a vossa colaboração, através do preenchimento de questionários e da resposta a uma entrevista. Asseguramos que os dados recolhidos se destinam somente a esta investigação e serão tratados com absoluta confidencialidade.

Para qualquer esclarecimento adicional, poderão contactar-nos através dos e-mails seabramj@fpce.uc.pt ou natalia_antunes_21@hotmail.com, ou através do telemóvel 917395643 ou do telefone 239851456 (Faculdade).

Desde já, gratas pela vossa colaboração. Com os melhores cumprimentos, subscrevemo-nos atenciosamente.

Coimbra, 1 de Novembro de 2009,

Natália Henriques Antunes e Célia Guimarães da Silva

Eu.....,
mãe/pai de
declaro estar informado quanto aos objectivos da investigação sobre o comportamento de crianças em idade pré-escolar e a forma como os pais lidam com os seus filhos e consentir que os dados recolhidos sejam usados no âmbito da referida investigação.

Coimbra,.....

Assinatura:

Anexo 4. Frequência de respostas aos itens – PACS

Frequência de respostas nos itens da subescala de Hiperactividade

	N	%
1.1 Dificuldades relativas ao sono		
Nenhuma dificuldade – 0	35	88
Dificuldade ligeira – 1	3	8
Dificuldade moderada – 2	1	3
Dificuldade grave – 3	1	3
Situação não observada – 9	0	0
1.2 Frequência das dificuldades – sono		
Sem dificuldades – 0	36	90
1 a 2 noites na semana – 1	2	5
3 a 4 noites na semana – 2	0	0
Mais de 5 noites – 3	2	5
Situação não observada – 9	0	0
2.1 Ver televisão		
Mais do que 20 minutos – 0	34	85
Mais do que 15, mas menos que 20 min – 1	4	10
Entre 6 a 15 min – 2	2	5
15 minutos ou menos – 3	0	0
Situação não observada – 9	0	0
2.2 Número de vezes que se levanta quando está a ver TV		
Fica sentado – 0	34	85
Uma vez em cada 15 minutos – 1	6	15
Uma vez de 5 em 5 minutos – 2	0	0
Mais de 1 vez por minuto, mas menos de 5 vezes – 3	0	0
Mais de 5 vezes por minuto – 4	0	0
Situação não observada – 9		
2.3 Tempo de duração da irrequietude – TV		
Nenhum – 0	31	78
Em menos de metade do tempo – 1	8	20
Mais de metade do tempo – 2	1	3
Continuamente – 3	0	0
Situação não observada – 9	0	0
3. 1 Tempo a brincar sozinho		
Mais de 30 min – 0	28	70
Entre 16 e 30 min – 1	6	15
Entre 6 e 15 min – 2	6	15
15 min ou menos – 3	0	0
Situação não observada – 9	0	0
3.2 Número de vezes que se levanta quando está a brincar sozinho		
Nenhuma vez – 0	34	85
Uma vez em 15 min – 1	3	8
Mais de uma vez em 15 min – 2	2	5
De 5 em 5 min ou menos – 3	1	3
Situação não observada – 9	0	0
3.3 Duração da irrequietude		

Nunca - 0	33	83
Menos de metade do tempo - 1	6	15
Mais de metade do tempo - 2	1	3
Continuamente - 3	0	0
Situação não observada - 9	0	0
4.1 Tempo a brincar com outras crianças		
Mais de 30 min - 0	37	93
Entre 16 a 30 min - 1	2	5
Entre 6 e 15 min - 2	1	3
São mais de 5 minutos - 3	0	0
Situação não observada - 9	0	0
4.2 De quanto em quanto tempo sai da brincadeira		
Nenhuma vez - 0	38	95
Cerca de 1 vez de 15 em 15 min - 1	2	5
Mais de 1 vez em 15min, mas menos de 1 em 5min - 2	0	0
De 5 em 5 min - 3	0	0
Situação não observada - 9	1	3
5. Número de vezes que se levanta quando está à mesa		
Nenhuma - 0	27	68
Uma vez - 1	4	10
Entre 2 e 5 - 2	5	13
Mais de 5 - 3	4	10
Situação não observada - 9	0	0
6. De quanto em quanto tempo foge quando vai às compras		
Não foge - 0	33	83
Foge de 5 em 5 minutos - 1	7	18
Foge cada 2 a 5 minutos - 2	0	0
Permanece sem fugir menos de 2 min - 3	0	0
Situação não observada - 9	0	0

Frequência de respostas nos itens da subescala de Perturbação de Conduta

	<i>N</i>	<i>%</i>
1.1 Dificuldade em ir para a cama		
Sem dificuldade – 0	30	75
Resistência ligeira – 1	8	20
Resistência acentuada – 2	1	3
Forte resistência – 3	1	3
Situação não observada – 9	0	0
1.2 Frequência da dificuldade em ir para a cama		
Nunca – 0	30	75
1 a 2 dias da semana – 1	3	8
3 a 6 dias da semana – 2	1	3
Todos os dias da semana – 3	6	15
Situação não observada – 9	0	0
2.1 Gravidade das birras		
Nenhuma – 0	28	70
Ligeira – 1	9	23
Moderadamente grave – 2	3	8
Grave – 3	0	0
Situação não observada – 9	0	0
2.2 Frequência das birras		
Nenhuma ou menos de uma por semana – 0	29	73
1 a 2 vezes por semana – 1	4	10
3 a 6 vezes por semana – 2	5	13
Todos os dias – 3	2	5
Mais de 1 vez por dia – 4	0	0
Situação não observada – 9	0	0
3.1 Desrespeitar, responder mal		
Sem episódios – 0	33	83
Atrevido – 1	6	15
Desrespeitador – 2	1	3
Mal-educado ou ofensivo – 3	0	0
Situação não observada - 9	0	0
3.2 Frequência de desrespeitar		
Nenhuma vez - 0	34	85
1 a 2 dias por semana – 1	2	5
3 a 6 dias por semana – 2	4	10
Todos os dias – 3	0	0
Mais de uma vez por dia – 4	0	0
Situação não observada - 9	0	0
4.1 Recusa a atender a pedidos		
Sem resistência – 0	22	55
Resistência ligeira – 1	11	28
Resistência acentuada – 2	6	15
Forte resistência dando origem a birra – 3	1	3
Situação não observada – 9	0	0
4.2 Frequência da recusa a atender a pedidos		
Nunca é desobediente - 0	21	53
1 a 2 dias por semana – 1	8	20
3 a 6 dias por semana – 2	4	10

Todos os dias – 3	7	18
Mais de 1 vez por dia – 4	0	0
Situação não observada – 9	0	0
5.1 Comportamentos destrutivos		
Sem comportamento destrutivo – 0	37	93
Destruiu os seus objectos mas nunca fora de casa – 1	1	3
Destruiu coisas em casa ou causou pequenos estragos fora de casa – 2	2	5
Comportamento deliberadamente destrutivo também fora de casa – 3	0	0
Situação não observada - 9	0	0
5.2 Frequência de comportamentos destrutivos		
Não aconteceu - 0	39	98
1 a 2 dias por semana – 1	1	3
3 a 6 dias por semana – 2	0	0
Todos os dias – 3	0	0
Situação não observada – 9	0	0
6.1 Agressividade		
Nenhuma agressividade - 0	37	93
Agressividade mínima – 1	1	3
Agressividade moderada – 2	2	5
Agressividade grave – 3	0	0
Situação não observada - 9	0	0
6.2 Frequência da agressividade		
Não aconteceu - 0	38	95
1 a 2 dias por semana – 1	2	5
3 a 6 dias por semana – 2	0	0
Todos os dias – 3	0	0
Mais de 1 vez por dia - 4	0	0
Situação não observada - 9	0	0
7.1 Exagerar ou inventar histórias		
Não exagera nem conta histórias inventadas – 0	31	78
Exagera ou conta histórias inventadas – 1	4	10
Mente para se desculpar mas não persiste – 2	5	13
Mentiras graves – 3	0	0
Situação não observada - 9	0	0
7.2 Frequência de exagerar, inventar, mentir		
Não aconteceu - 0	31	78
1 a 2 dias por semana – 1	7	18
3 a 6 dias por semana – 2	1	3
Todos os dias – 3	1	3
Mais de uma vez por dia – 4	0	0
Situação não observada - 9	0	0
8.1 Tirar coisas que não lhe pertencem		
Não aconteceu – 0	40	100
Tirou pequenas coisas ou peq. quantias de dinheiro – 1	0	0
Tirou coisas valiosas da família – 2	0	0
Tirou grandes quantias de dinheiro ou roubou em lojas -3	0	0
Situação não observada - 9	0	0

8.2 Frequência de tirar coisas que não lhe pertencem

Não aconteceu – 0	40	100
1 a 2 dias por semana – 1	0	0
3 a 6 dias por semana – 2	0	0
Todos os dias – 3	0	0
Mais de uma vez por dia – 4	0	0
Situação não observada – 9	0	0

Anexo 5. Amostra clínica: caracterização da amostra, consistência interna das subescalas e poder discriminativo dos itens

Caracterização sociodemográfica da amostra clínica

	<i>N</i>	%
Género		
Masculino	34	72
Feminino	13	28
Idade		
3anos	10	21
4anos	18	38
5anos	19	40
NSE		
Baixo	8	17
Médio	20	43
Elevado	19	40
Escolaridade Mãe		
Até ao 2º Ciclo	1	2
3º Ciclo	9	20
Secundário	17	35
Ensino Superior	19	39
Escolaridade Pai		
1º Ciclo	5	10
2º Ciclo	4	8
3º Ciclo	7	14
Secundário	13	27
Ensino Superior	15	30

Consistência interna das Subescalas Hiperactividade e Perturbação de Conduta

	<i>N</i> itens	Alfa de Cronbach
Subescala Hiperactividade	12	.76
Subescala Perturbação Conduta	16	.84

Características dos itens da subescala Hiperactividade: correlações item-total

Número do item	Correlação item-total corrigido	Alfa de Cronbach retirado o item
1.1	.44	.74
1.2	.10	.78
2.1	.40	.74
2.2	.34	.74
2.3	.36	.74
3.1	.46	.74
3.2	.42	.74
3.3	.56	.72
4.1	.52	.72
4.2	.61	.71
5	.48	.73
6	.15	.77

Características dos itens da subescala Perturbação de Conduta: correlações item-total ($n=47$)

Número do item	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach retirado o item
1.1	.50	.83
1.2	.29	.85
2.1	.49	.83
2.2	.51	.83
3.1	.46	.84
3.2	.53	.83
4.1	.29	.84
4.2	.61	.83
5.1	.51	.83
5.2	.42	.84
6.1	.53	.83
6.2	.51	.83
7.1	.51	.83
7.2	.36	.84
8.1	.40	.84
8.2	.52	.83