

II PARTE

DISTÚRPIO HIPERACTIVO DE DÉFICE DE
ATENÇÃO: ESTUDO EMPÍRICO

Objectivos e Metodologia Geral

Como tivemos oportunidade de salientar ao longo dos capítulos anteriores, quer a caracterização, quer a etiologia, quer o tipo de intervenção mais adequada no DHDA, têm sido alvo de larga controvérsia. Ou, como afirmam Lahey, Pelham, Schaughency, Atkins, Murphy, Hynd, Russo, Hartdagen, e Lorys-Vernon (1988) *"No term in the history of childhood psychopathology has been subject to as many conceptualizations, redefinitions, and renamings as the disorder referred to nontechnically as hyperactivity....little has remained constant in our understanding of this disorder, except for the belief that children manifest such a disorder and that we have never defined it adequately"*¹ (p. 330).

O número e diversidade de formação das pessoas interessadas em estudar o DHDA tem também seguramente contribuído para a utilização de conceitos, de perspectivas e até de linguagens por vezes difíceis de conciliar. Por outro lado, as dificuldades traduzem também a juventude e imaturidade das disciplinas que mais de perto se ocupam dos problemas de desenvolvimento da infância, nomeadamente da psicopatologia do desenvolvimento. De alguma forma é possível afirmar que esta disciplina em geral e o estudo do DHDA em particular, se encontram ainda numa "fase precoce de desenvolvimento" o qual, todavia, "se processa a bom ritmo". Como também já tivemos oportunidade de salientar anteriormente, poderemos utilizar para o estudo do DHDA a analogia a que Silver (1990) recorre para caracterizar o estado da investigação dos pro-

¹ "Nenhum termo na história da psicopatologia da infância foi sujeito a tantas conceptualizações, redefinições e renomeações como o distúrbio conhecido não-tecnicamente como hiperactividade... quase nada se manteve

blemas de comportamento e de aprendizagem da infância "pós-disfunção cerebral mínima": no campo do DHDA os investigadores procedem de alguma forma como "o cego que estuda o elefante". Assim, alguns deles abordam o problema numa perspectiva médica, investigando factores etiológicos (cf. Alessi, Hottois, & Coates, 1993), alterações cerebrais (Grodzinsky, & Diamond, 1992; Hynd, Semrud-Clikeman, Lorys, Novey, Eliopoulos, & Lyytinen, 1991; Klorkman, 1991) ou efeitos da medicação (Abramowitz, Eckstrand, O'Leary, & Dulcan, 1992; Forness et al., 1992; Whalen & Henker, 1991), etc.; outros abordam os aspectos psicológicos, sociais e comportamentais do DHDA, na suas mais diversas facetas (cf. Biederman, et al., 1991; Moffitt, 1990; Sergeant, 1988; Stoltzenberg, & Cherkes-Julkowski, 1991); outros procuram desenvolver uma perspectiva psicoeducacional do DHDA (DuPaul & Stoner, 1984); outros ainda dedicaram-se à construção ao estudo e ao desenvolvimento de uma panóplia de instrumentos de avaliação do DHDA (cf. Achenbach & Edelbrock, 1983; Brown, 1985; Connors, 1969, 1985; Gordon, 1983; Klorkman, 1991; Vaessen, 1991) representando uma grande diversidade de constructos e reflectindo com clareza que o campo continua em busca de uma unidade que parece ainda distante.

Dados estes factos, tudo indica que, de momento, é razoável que a investigação vá progredindo lenta mas metodicamente no sentido de avaliar o melhor possível as hipóteses ainda em aberto no que diz respeito ao DHDA. Na avaliação da atenção em crianças DHDA, por exemplo, continua a ser necessária uma atitude quase "cirúrgica", de avaliação de aspectos parcelares e muito particulares da atenção, dado o carácter multidimensional do constructo. Na prática, isto resulta numa grande dificuldade em estabelecer tendências de

constante na nossa compreensão deste distúrbio, excepto a crença de que as crianças o manifestam e de que nunca o definimos adequadamente".

investigação e em se ser verdadeiramente conclusivo, uma vez que em muitos casos os constructos estudados não são os mesmos ou são aspectos particulares desses constructos. Consequentemente é normal que os próprios instrumentos de avaliação variem, bem como os contextos e condições em que são aplicados.

O trabalho experimental que levámos a cabo teve em conta estes pressupostos. No actual estado de desenvolvimento da investigação sobre o DHDA, parece-nos fundamental (como dissemos anteriormente) testar hipóteses parcelares em aberto, replicar estudos até se obter consensos mínimos, redefinir hipóteses a partir da evidência empírica acumulada.

Creemos que existem modelos teóricos com interessantes potencialidades explicativas do comportamento perturbador das crianças hiperactivas nas salas de aula, como é o caso do "modelo motivacional" ou do "modelo do défice regulatório". Tais modelos, porém, implicam uma profunda reconceptualização do DHDA e colidem com alguns dos pressupostos fundamentais relativos a esse défice. Em particular, retiram à desatenção qualquer papel específico na "configuração" do distúrbio o que, mau grado o crescente número de trabalhos indiciando a inexistência de défices específicos de atenção no DHDA, é ainda encarado com cepticismo. Deste modo, para que esses modelos possam interessar os investigadores e por consequência desenvolver-se (o "modelo motivacional" constitui um caso flagrante de necessidade de sofisticação teórica), é indispensável que haja trabalhos em quantidade e qualidade que forneçam uma base empírica aos seus pressupostos teóricos e que, em simultâneo, demonstrem que alguns dos pressupostos fundamentais de outros modelos são de duvidosa validade.

Entendemos que neste momento a investigação se encontra numa encruzilhada relativamente aos "défices de atenção" do

DHDA, tal como entendemos que a insistência no valor discriminativo da desatenção em crianças DHDA tem inibido o estudo de outros processos porventura bem mais discriminativos.

O nosso trabalho experimental foi concebido precisamente a partir da ideia de que, para já, os novos modelos conceptuais do DHDA necessitam de evidência empírica suficiente que suporte alguns dos seus inovadores (ou "heréticos" (Barkley, 1990) pressupostos. Do nosso ponto de vista, o mais inovador refere-se precisamente à desvalorização do papel da atenção na "configuração" do distúrbio. Assim, a ideia fundamental que procurámos explorar é a de que a "desatenção", sobretudo no que diz respeito ao seu aspecto "vigilância" (ou "manutenção prolongada da atenção"), não constitui um critério discriminativo válido de crianças DHDA relativamente a outros grupos de crianças cujas problemáticas têm também forte impacto nas salas de aula. Referimo-nos, em particular, aos grupos de crianças (a) com Problemas de Aprendizagem e (b) com Comportamentos Desafiadores e de Oposição. Para além disso, em função de alguns trabalhos que têm vindo a ser publicados, explorámos ainda a hipótese de, mesmo relativamente a crianças normais, a desatenção ser pouco interessante enquanto critério discriminativo de DHDA. Esta(s) hipótese(s) pode(m) ser enunciada(s), em sub-pontos, do seguinte modo:

- 1 - Alunos com (a) Problemas de Aprendizagem, com (b) Distúrbio de Oposição com, (c) Problemas de Aprendizagem e de Comportamento (Comórbidos), (d) Normais ou com (e) Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção, apresentam realizações diferenciais em provas (de tipo "laboratorial") que exigem "manutenção prolongada da atenção

2 - Os alunos DHDA, quando comparados (nestas mesmas tarefas) com os restantes alunos com problemas, não evidenciam qualquer défice específico e podem mesmo obter resultados superiores aos alunos com problemas de aprendizagem.

3 - Os alunos "normais" apresentam realizações significativamente superiores ao conjunto dos restantes alunos.

Partindo-se de um grupo de 887 crianças, frequentando escolas públicas do Distrito do Porto, foram seleccionados 188 alunos, os quais foram incluídas em grupos de crianças com (1) **Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção** (DHDA), (2) **Normais**, (3) com **Problemas de Aprendizagem** (PA) e (4) com **Distúrbio de Oposição** (DO). Estes grupos são considerados "puros", já que não apresentam outro tipo de problemas associados (ou simplesmente não apresentam problemas como é o caso óbvio dos "normais"). Formou-se ainda um grupo (5) **"Comórbido"**, constituído por crianças com problemas de comportamento e de aprendizagem.

Estes grupos, tendo em vista o objectivo fundamental deste estudo, foram posteriormente comparados em termos de desempenho num conjunto de "tarefas de realização contínua" (Keogh & Margolis, 1976; Rosvold et al., 1956), cuja descrição será pormenorizada noutro ponto deste trabalho.

A inclusão de grupos de crianças PA e DO prende-se com o facto, sobejamente evidenciado ao longo deste trabalho (ver "Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção e Distúrbio de

Oposição" e "Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção e Problemas de Aprendizagem Escolar"), de se tratar de categorias que com frequência se sobrepõem (quando não se confundem) com o DHDA. A não inclusão de um grupo com Distúrbio de Conduta (DC), deve-se antes de mais ao facto de este grupo, apesar da sua considerável sobreposição com o DHDA, apresentar menos problemas em termos de diagnóstico diferencial, uma vez que o seu padrão desenvolvimental é relativamente específico e porque as crianças DC têm uma muito maior probabilidade que as crianças DHDA e DO de apresentar uma história familiar de delinquência, personalidade anti-social (psicopatia) ou abuso de álcool e drogas (Tremblay et al., 1991). A noção de DC e DHDA enquanto distúrbios sobreponíveis mas distintos, parece pois ser relativamente aceite (Hinshaw, 1987; Routh & Daugherty, 1992). Por outro lado, na fase de pré-experimentação das escalas de despiste de problemas de comportamento, em que se havia incluído uma escala específica para Distúrbio de Conduta, nas 293 crianças testadas, frequentando os 3 e 4º anos de escolaridade, não aparecia nenhuma diagnosticável com DC. Para além disso, as professoras que preencheram as escalas manifestaram generalizadamente a convicção de que seria extremamente difícil encontrar crianças em idade de escolaridade primária que preenchessem os requisitos mínimos para DC exigidos na escala, embora admitissem que um ou outro dos seus alunos pudesse, anos mais tarde, vir a exhibir tais comportamentos. Na verdade, em alguns estudos, a idade média de diagnóstico de DC é referida como sendo entre 11-13 anos para os rapazes e entre 13-15 para as raparigas (Kazdin, 1987), sendo a maior parte dos comportamentos referidos nas escalas associados com a adolescência. No entanto é vulgar que formas incipientes de alguns

desses comportamentos sejam perceptíveis desde muito cedo em algumas crianças (Barkley, 1990).

Conjugados todos estes dados, optou-se por não incluir o grupo DC, embora se reconheça o interesse, em estudos deste tipo com pré-adolescentes e adolescentes, incluir esse grupo.

Uma vez clarificado o objectivo essencial desta investigação, é necessário acrescentar que ao longo das diferentes fases de estruturação do trabalho se foram cumprindo outros objectivos que concorreram para a consecução do objectivo essencial anteriormente enunciado. A sua enumeração (que apresentamos de seguida) não corresponde à ordem de importância mas sim à sua sequência temporal:

- 1 - Adaptação e desenvolvimento de escalas para despiste e identificação de crianças DHDA e de crianças DO.
- 2 - Constituição dos grupos integrantes do estudo e determinação das probabilidades condicionadas de presença (ou ausência) de um distúrbio dada a presença (ou ausência) de outro, bem como a determinação do valor de inclusão ou exclusão de sintomas específicos desses distúrbios.
- 3 - Construção das provas de avaliação da atenção.

Os resultados deste trabalho serão apresentados em três fases:

. Na primeira fase (correspondente ao capítulo 5) apresentaremos as características psicométricas de instrumentos utilizados na selecção dos grupos de crianças que viriam a integrar a nossa amostra.

. Na segunda fase (capítulo 6) serão indicados os procedimentos adoptados na selecção dos grupos que integraram o estudo, bem como resultados referentes a taxas de incidência, níveis de co-morbilidade e poder preditivo mútuo dos tipos de distúrbio considerados neste trabalho (a partir dos índices de sensibilidade, especificidade, poder preditivo positivo e poder preditivo negativo).

. Na terceira fase (capítulo 7) que constitui o culminar de todo o processo anterior, (a) apresentaremos um conjunto de provas de atenção que desenvolvemos com o objectivo de comparar os desempenhos dos diferentes grupos integrantes da amostra e (b) os resultados nela obtidos por esses grupos.

CAPÍTULO 5

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DAS ESCALAS

Os complexos problemas teóricos de diagnóstico do DHDA, do DO (Distúrbio de Oposição) e dos PA (Problemas de Aprendizagem), colocam as mais sérias dificuldades ao estudo comparado destes problemas de desenvolvimento da infância e adolescência. Ao longo da parte prática deste trabalho iremos dando conta dessas dificuldades e dos diversos níveis em que elas emergem.

Esta primeira parte, dedicada à apresentação das características psicométricas de instrumentos utilizados no estudo, reflecte desde logo algumas das referidas dificuldades, bem como algumas das opções fundamentais quanto aos instrumentos utilizados e respectivos utilizadores.

A - O Contexto e os "Informantes"

Como deixámos claro desde o início deste trabalho, estamos particularmente interessados nas manifestações comportamentais do DHDA em sala de aula, pelo que foi esse o contexto a partir do qual se constituíram as amostras do estudo.

A questão dos "informantes" é crítica na área dos problemas de comportamento e de aprendizagem da infância, sobretudo porque as crianças "não se queixam" desse tipo de problemas

(Kazdin, 1989; Lewis, 1990; Weiner, 1982). Deste modo, são normalmente os pais ou os professores a apresentar "as queixas", as quais chegam aos clínicos ou aos investigadores "filtradas" por "percepções" estranhas ao sujeito que experiencia o problema.

Embora tradicionalmente os pais sejam encarados como a principal fonte de informação relativamente aos problemas de comportamento da infância, o recurso a fontes paralelas de informação, nomeadamente os **professores**, tem vindo a conhecer um notável incremento (Abikoff et al. 1993; Hart et al., 1994). O desenvolvimento de entrevistas estruturadas e a construção de "rating scales" preenchíveis pelos professores tem permitido avanços consideráveis no diagnóstico dos referidos problemas, constituindo a base - muitas vezes a forma exclusiva - de determinação de níveis de prevalência dos distúrbios em populações específicas.

A questão das fontes de informação nos problemas de desenvolvimento da infância está longe de ser pacífica (Fonseca, 1992). O recurso aos adultos que mais lidam com as crianças, constituindo uma inevitabilidade, representa um problema em termos da fidelidade "inter-observadores" na observação dos problemas. Tem-se verificado que as correlações entre as observações das diferentes fontes de informação (professores, pais e as próprias crianças) são normalmente baixas (Achenbach, McConaugh, & Howell, 1987; Fonseca, 1992; Reich, Herjanic, Welner, & Gandhi, 1982; Weissman, Wickmaratne, Warner, John, Prusoff, Merikangas, & Gammon 1987), embora os níveis de concordância se revelem mais elevados para os problemas de conduta ou informações factuais específicas do que para sentimentos subjectivos de ansiedade, alterações do humor ou problemas de conduta dissimulados (Edelbrock et al. 1986; Herjanic & Reich, 1982; Kovacs, 1983). Este facto colo-

ca os profissionais perante o dilema de (a) aceitar como válidas todas as fontes de informação, combinando os dados recolhidos ou (b) aceitar como válidas as fontes consideradas credíveis:

.a aceitação de todas as fontes de informação - apesar dos desfasamentos - é uma solução plausível dado que as discrepâncias podem afinal reflectir perspectivas diferentes mas ainda assim válidas dos problemas em questão. Significa isto que quer o contexto quer o adulto que lida com a criança (e que a observa) podem influenciar o comportamento, conferindo-lhe cambiantes não-observados, ou apenas tenuemente observados noutra contexto (Achenbach et al., 1987; Cohen, Velez, Kohn, Schwab-Stone, & Johnson, 1987; Edelbrock et al., 1986). Assim sendo, todas as informações poderão ser tidas em conta, assumindo mesmo alguns autores que um determinado sintoma deverá ser considerado presente desde que observado por qualquer uma das fontes de informação.

.uma outra possibilidade é considerar que determinadas fontes de informação são mais válidas do que outras. Numa revisão sobre as práticas diagnósticas de 105 investigadores e clínicos, Loeber, Green, e Lahey, (1990), concluem que as decisões são tomadas a partir de ponderações diferenciadas da "fidelidade de observação" dos informantes. Nessa revisão **os professores são considerados os melhores informantes relativamente aos défices de atenção e à hiperactividade**, enquanto as próprias crianças são consideradas apenas "ligeiramente úteis". No caso do distúrbio de oposição os professores e as mães são considerados os melhores informantes, sendo ainda estas últimas privilegiadas no diagnóstico de distúrbios de conduta. Neste último caso, porém, embora os professores detectem menos sintomas do que os pais, as suas indicações correlacionam-se mais fortemente com os níveis de gravidade

do problema, o que sugere que embora os professores não detectem tantos sintomas, são informantes muito válidos relativamente àqueles que referenciam (Hart et al., 1994).

Finalmente - e como seria de esperar - os professores são de longe considerados os melhores informantes quanto aos problemas de aprendizagem (Loeber et al., 1989).

Em função dos dados disponíveis na literatura especializada relativamente ao tipo de questões suscitadas pelo diagnóstico de problemas de comportamento e aprendizagem da infância, do conhecimento que os professores possuem dos padrões de desenvolvimento (Agronin, Holahan, Shaywitz, & Shaywitz, 1992; Milich & Landau 1988; Pelham, Evans, Gnany, & Greenslade, 1992; Vaessen, 1991), do tempo que passam com os alunos e ainda do contexto em que entendemos situar o nosso estudo, utilizámos precisamente **os professores como** "informantes privilegiados" no despiste dos grupos específicos de crianças da amostra.

B - Os Instrumentos de Medida

O contexto de sala de aula e os informantes que privilegiámos neste nosso estudo, condicionaram fortemente o tipo de instrumentos de medida utilizados no despiste dos problemas de comportamento e de aprendizagem. Assim, como teremos oportunidade de pormenorizar adiante, recorreu-se a "escalas de avaliação de comportamento" preenchidas pelos professores ("Teacher Behavior Rating Scales"), que, segundo Barkley (1990), são de longe o procedimento mais comum no despiste destes problemas. Este autor, resume em oito pontos as vantagens da utilização destas escalas: (1) permite recolher informação através de informantes que têm grande experiência em lidar com crianças; (2) permite recolher dados de ocorrência muito rara, que dificilmente seriam verificáveis por um

observador externo que, por definição, permanecerá de forma muito limitada numa sala de aula; (3) são baratas e exigem pouco tempo para preenchimento; (4) podem ter dados normativos, permitindo a comparação de níveis assinalados de problemas; (5) apresentam uma variedade de formas focalizadas em dimensões diversificadas da psicopatologia da infância; (6) incorporam a opinião de pessoas significativas, que são responsáveis por uma parte importante da vida das crianças e, em última análise, por quaisquer estratégias reeducativas que para essas crianças se deva desenvolver; (7) "filtram" as flutuações situacionais do comportamento e centram-se em características estáveis e duráveis das crianças; e (8) a partir de quantificações, permitem inferir distinções qualitativas no comportamento das crianças, dificilmente apreensíveis através de métodos de observação directa.

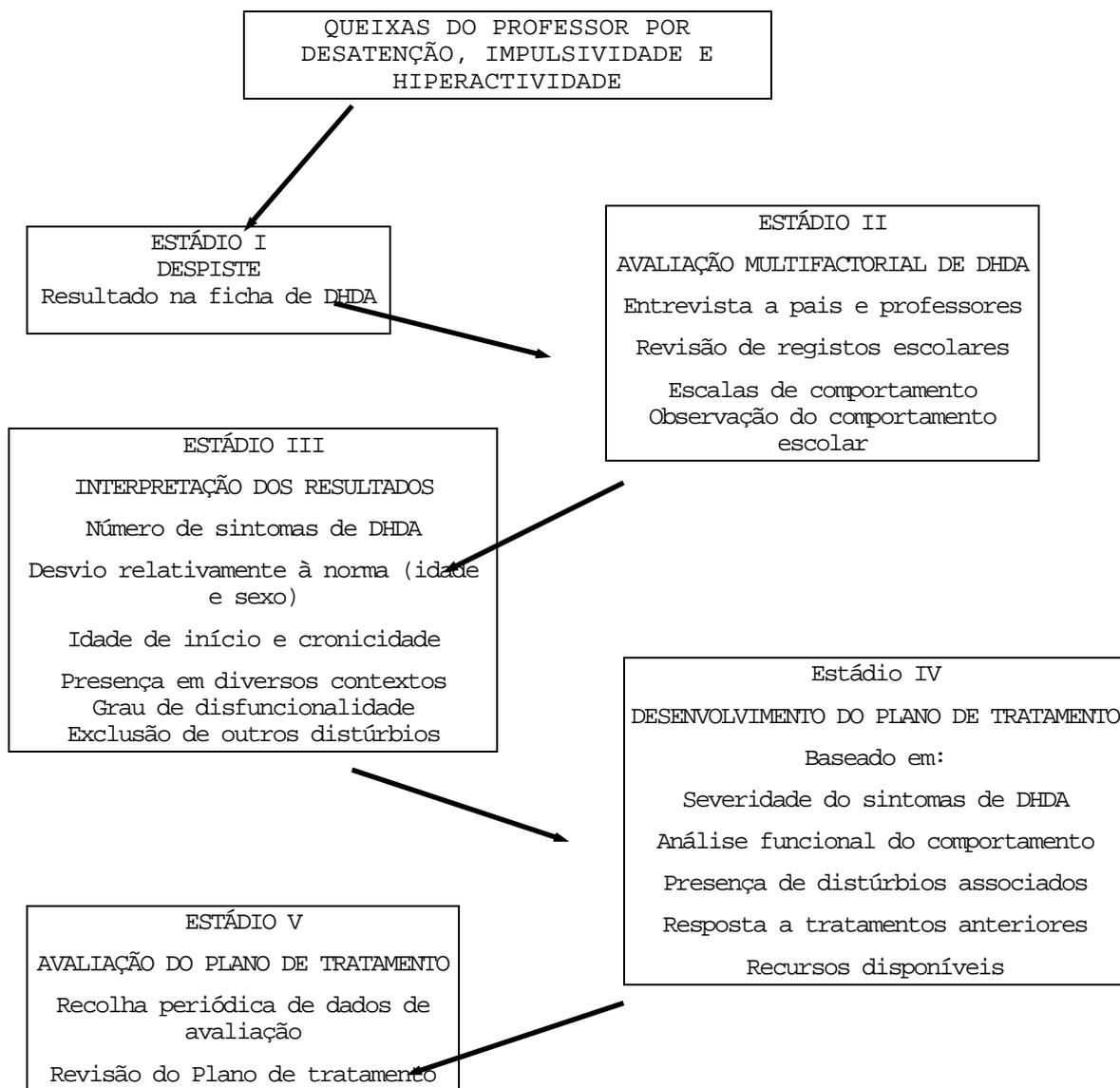
Com a enumeração deste conjunto de vantagens da utilização de escalas de avaliação junto de professores não se pretende - muito longe disso - conferir a estas escalas um poder diagnóstico que, isoladamente, de facto não possuem. Por um lado, não se pretende escamotear que a validade destas escalas é fortemente ameaçada pela subjectividade de quem as preenche (Atkins & Pelham, 1991); por outro lado, elas constituem apenas um primeiro passo em todo o processo de diagnóstico. No entanto, é necessário acrescentar que para procedimentos de despiste e constituição de grupos para investigação a partir do contexto escolar, o seu valor é incontornável (Lahey, McBurnett, Piacenti, Hartgaden, Walker, Frick, & Hynd, 1987). Nos estudos mais relevantes sobre o "DHDA em contexto escolar" (pouco numerosos aliás) estas escalas são por isso mesmo consideradas não só indispensáveis, como um dos primeiros (senão mesmo o primeiro) meios de o professor, estruturadamente, testar a sua percepção dos problemas de

comportamento do aluno. DuPaul e Stoner (1994) apresentam um esquema de avaliação do DHDA na escola que é a este respeito particularmente elucidativo.

Como é visível no esquema 5.1., os autores privilegiam a utilização das escalas de avaliação para professores que aliás consideram como "o método mais eficaz" de despiste do DHDA em sala de aula (DuPaul & Stoner, 1994). No entanto é igualmente visível que elas constituem uma fase de todo o processo e não o processo por inteiro.

Em todo o caso, aquilo que gostaríamos de salientar é que as razões enunciadas por Barkley (1990) para a utilização deste tipo de escalas como forma de despiste de crianças com problemas de comportamento, parece ser suficiente para que os investigadores a elas recorram maciçamente. Essas razões também se nos aplicam (umas mais do que outras naturalmente) e justificam a sua utilização neste estudo.

Figura 5.1. - Cinco estádios de avaliação do DHDA em contexto escolar



Adaptado de DuPaul e Stoner (1994)

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO DISTÚRBO HIPERACTIVO DE DÉFICE DE ATENÇÃO: ESTUDO PSICOMÉTRICO

A escala de avaliação utilizada no nosso estudo constitui uma adaptação da "*Groningen Behavior Observation Scale*" (Versão para Professores) (Vaessen, 1991), a qual, por sua vez, constitui uma versão aproximada da escala do DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). A diferença fundamental entre estas duas escalas não reside nem no número de itens nem nos conteúdos desses itens mas sim no facto de as respostas aos itens na escala americana assumirem uma forma dicotómica (sim/não) e na holandesa apresentarem um formato em quatro pontos (raramente; poucas vezes; bastantes vezes; frequentemente), semelhante ao utilizado por diversos autores (cf. Halperin, Wolf, Palcualvaca, & Newcorn, 1988; Milich et al., 1987; Pelham, Evans, Gnany, & Greenslade, 1992).

As escalas desenvolvidas para despiste do DHDA têm, de uma forma geral, procurado reflectir os constructos centrais do distúrbio (desatenção/impulsividade/hiperactividade). Uma vez que estes constructos foram amplamente discutidos nos capítulos anteriores, dispensámo-nos de os apresentar de novo enquanto racional teórico da escala. Contudo, é necessário salientar que estudos factoriais realizados sobre este tipo de escalas, não têm permitido diferenciar o factor "hiperactividade" do factor "impulsividade/desinibição comportamental" (Achenbach & Edelbrock, 1983; Barkley, 1990; Milich & Kramer, 1985), verificando-se que as crianças impulsivas são hiperactivas e vice-versa. Daí que, como referimos no primeiro capítulo deste trabalho, seja possível considerar a existência de um factor de "desinibição comportamental", unindo as dimensões hiperactividade e impulsividade. De resto, como refere Barkley (1990), esta desinibição comportamental será

precisamente o factor que melhor diferencia este grupo de crianças de outras crianças com problemas. Esta ideia é corroborada pelo facto de, na escala do DSM-III-R, cujos itens estão ordenados por ordem decrescente de capacidade de discriminação, serem os itens representativos da impulsividade e hiperactividade os primeiros da lista.

MÉTODOS

Sujeitos e Procedimento

Os sujeitos (N=293) utilizados para estudo das propriedades psicométricas da versão traduzida da GBO, são alunos do ensino regular, frequentando os 3º e 4º anos de escolas públicas do 1º Ciclo do Ensino Básico e tendo idades compreendidas entre os 7 e os 13 anos.

Quadro 5.1. Número (e percentagens) de crianças em cada grupo etário

	<u>Idade</u>						
	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	<u>11</u>	<u>12</u>	<u>13</u>	<u>Total</u>
Rapazes	35	65	36	6	7	5	143
Raparigas	31	70	33	4	1	0	139
Total	66	135	69	10	8	5	293

A GBO, de que usámos uma versão adaptada no nosso trabalho, é uma escala com 15 itens, cobrindo comportamentos relacionados com os níveis excessivos de actividade motora, desatenção, impulsividade, descentração das tarefas, falar em

excesso, etc. Os professores cotaram cada aluno nos 15 itens, utilizando uma (já referida) escala de quatro pontos. Na linha do procedimento de Milich e colaboradores (1987) e Waldman e Lilienfeld (1991), a cotação em quatro pontos foi transformada numa cotação dicotômica, sendo os níveis 1 e 2 (raramente/poucas vezes) representativos da "ausência" do sintoma e os níveis 3 e 4 (muitas vezes/frequentemente) da sua "presença". Conseqüentemente, considera-se que o indivíduo apresenta um dado sintoma se nele for cotado com nota 3 ou 4.

O preenchimento da escala foi realizado numa altura do ano (terceiro período) (ou do percurso escolar do aluno [3º e 4º anos]) em que existia um conhecimento mútuo (professor/aluno) suficiente. Das 8 professores que colaboraram no estudo, só uma possuía menos de 5 anos de experiência, tendo todas as outras mais de 10 anos de ensino. O "ponto de corte" ou seja, o nível a partir do qual se considera que o indivíduo apresenta o distúrbio, é, para esta escala, de 8 itens.

Resultados

Fidelidade

Consistência Interna

A fidelidade da escala foi estudada a partir da determinação do índice alpha de Cronbach. Os resultados são apresentados no quadro 5.2..

Quadro 5.2. - Consistência Interna da Escala

Item	Correlação item-total	Alpha s/ item
VAR1	.09	.94
VAR2	.33	.94
VAR3	.69	.93
VAR4	.76	.93
VAR5	.76	.93
VAR6	.67	.93
VAR7	.69	.93
VAR8	.73	.93
VAR9	.83	.93
VAR10	.78	.93
VAR12	.76	.93
VAR13	.77	.93
VAR14	.54	.93
VAR15	.81	.93
VAR16	.78	.93
VAR11	.70	.93

Alpha escala global=.94

Teste-Reteste

A fidelidade da escala foi ainda avaliada pelo método de teste-reteste. O intervalo entre as duas administrações do teste foi de 4 meses, tendo-se verificado uma correlação de **.89** entre os resultados globais. Este resultado parece traduzir, por um lado, as já referidas boas propriedades psicométricas do instrumento e, por outro, que no intervalo de tempo considerado, os comportamentos dos alunos ou a percepção que os professores deles têm não se terão alterado significa-

tivamente. Embora o intervalo de tempo entre as duas administrações não tenha sido muito alargado, estes resultados pode-

rão ainda indiciar a propalada estabilidade e reprodutibilidade dos problemas de comportamento da infância.

Análise e discussão dos resultados da fidelidade

A consistência interna da escala atinge o nível de **.94**, o qual pode ser considerado elevado (Nunally, 1978). De resto, como verificámos anteriormente, as correlações itens-total faziam supor isso mesmo. Tudo indica pois que se trata de uma escala com uma grande homogeneidade. Eventualmente poderia decidir-se pela retirada do item 1 da escala, dado a sua baixa saturação factorial e a baixa correlação com o resultado global na escala. No entanto, o facto de o item representar um comportamento tipicamente impulsivo e de a sua retirada não afectar decisivamente a consistência interna da escala global, levou-nos a conservá-lo na lista. Poderá tratar-se de um problema de tradução ou de um problema de interpretação por parte dos professores que preencheram a escala. No entanto nenhum desses professores(as) referiu especiais dificuldades na utilização da escala, pelo que são pouco claras as razões do comportamento atípico deste item.

O grau de homogeneidade da escala não é surpreendente dado que, como salientámos anteriormente, os estudos factoriais sobre as escalas desenvolvidas para avaliação do DHDA (apesar do objectivo expresso de avaliar 3 factores: (a impulsividade, a hiperatividade e a desatenção) normalmente só evidenciam um ou dois factores (Barkley, 1990, Pelham et al., 1992; Vaessen, 1991). No caso na "*Escala de Groningen*", que adaptámos e utilizámos no nosso estudo, os autores referenciam-na precisamente como uma escala unifactorial e com elevado grau de homogeneidade, facto que os nossos resultados confirmam para a versão portuguesa.

Validade de constructo

A validade de constructo da escala foi estudada a partir da análise das componentes principais, seguida de uma rotação "Quartimax" e de uma rotação "Oblimin" (Nunally, 1978), uma vez que haveria a possibilidade da emergência de um ou dois factores. Na verdade, como dissemos anteriormente, em alguns estudos sobre a validade de constructo destas escalas tem sido referenciada a existência de dois factores. Contudo, na versão holandesa da GBO, Vaessen (1991) refere a existência de apenas um factor.

Os quadros que se seguem dão conta dos resultados encontrados no estudo da validade de constructo da escala¹.

Quadro 5.3. - Análise das componentes principais

Factor	Eigenvalue	Pct de Var	Pct Acum
1	8.68420	57.9	57.9
2	1.06358	7.1	65.0
3	.98581	6.6	71.7

¹ A apresentação dos resultados está em conformidade com as recomendações de Pedhazur e Schmelkin, 1991). Estes autores chamam a atenção para o facto de esta apresentação, no caso da Análise Factorial, dever ser particularmente rigorosa, uma vez que os resultados são fortemente afectados pelas decisões que o investigador vai tomando ao longo do processo (ex. método de extracção dos factores, número de factores a reter, método de rotação).

Quadro 5.4. -Rotação Quartimax - Matriz factorial

ITENS	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1. Começa imediatamente a tarefa sem que tenha ainda um ideia completa sobre o que deve fazer	.24	.02	.87
2. À medida que o tempo passa, vai-se tornando cada vez mais impaciente	.64	.13	.28
3. Tem que se lhe chamar a atenção por falar de mais	.77	-.38	-.06
4. Enquanto trabalha faz muitos movimentos que nada têm a ver com a tarefa (i. e. mexe-se muito)	.77	.02	-.24
5. Desiste facilmente das tarefas sem as concluir	.63	.46	.04
6. Faz comentários irrelevantes enquanto trabalha	.65	-.19	.08
7. Quer continuar a falar enquanto a professora pretende explicar aos alunos a tarefa que têm que realizar	.77	-.27	-.03
8. À mínima oportunidade interrompe aquilo que se está a fazer	.79	.03	.09
9. Quando está a trabalhar sozinho tem dificuldades em permanecer sentado	.73	.32	-.22
10. No decorrer da tarefa evidencia uma impaciência crescente	.64	.26	.18
11. Sempre que possível aproveita para falar	.78	-.32	.05
12. É incapaz de se manter na mesma tarefa por períodos de tempo prolongados (tarefas de duração superior a 10/15 minutos)	.74	.39	-.11
13. Pega nos materiais dos outros sem pedir autorização	.53	.50	.08
14. É mais virado para a brincadeira do que para o trabalho escolar	.77	-.02	.17
15. É irrequieto (dificilmente fica sentado no lugar, mexe nas coisas, agita pés e/ou mãos, etc.)	.77	-.04	-.13

Quadro 5.5. - Rotação Quartimax - Matriz Factorial

(ordenação decrescente de saturação)

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
VAR00008	.79	.03	.08
VAR00011	.77	-.32	.05
VAR00004	.77	.01	-.24
VAR00003	.77	-.38	-.05
VAR00015	.77	-.03	-.12
VAR00014	.76	-.02	.17

Quadro 5.5. (cont.)

VAR00007	.76	-.26	-.03
VAR00012	.74	.39	-.11
VAR00009	.73	.32	-.21
VAR00006	.64	-.19	.08
VAR00002	.64	.13	.28
VAR00010	.63	.25	.18
VAR00005	.62	.46	.04
VAR00013	.53	.50	.08
VAR00001	.23	.02	.87

Quadro 5.6. - Rotação Oblimin - Matriz de padrão

ITENS	SATURAÇÕES FACTORIAIS	
	Factor 1	Factor 2
1. Começa imediatamente a tarefa sem que tenha ainda um ideia completa sobre o que deve fazer	-.06	.53
2. À medida que o tempo passa, vai-se tomando cada vez mais impaciente	.48	-.34
3. Tem que se lhe chamar a atenção por falar de mais	.95	-.12
4. Enquanto trabalha faz muitos movimentos que nada têm a ver com a tarefa (i. e. mexe-se muito)	.65	.23
5. Desiste facilmente das tarefas sem as concluir	.16	.71
6. Faz comentários irrelevantes enquanto trabalha	.86	-.10
7. Quer continuar a falar enquanto a professora pretende explicar aos alunos a tarefa que têm que realizar	.94	-.14
8. À mínima oportunidade interrompe aquilo que se está a fazer	.59	.37
9. Quando está a trabalhar sozinho tem dificuldades em permanecer sentado	.44	.51
10. No decorrer da tarefa evidencia uma impaciência crescente	.35	.50
11. Sempre que possível aproveita para falar	.85	-.00
12. É incapaz de se manter na mesma tarefa por períodos de tempo prolongados (tarefas de duração superior a 10/15 minutos)	.44	.51
13. Pega nos materiais dos outros sem pedir autorização	-.06	.81
14. É mais virado para a brincadeira do que para o trabalho escolar	.60	.34
15. É inquieto (dificilmente fica sentado no lugar, mexe nas coisas, agita pés e/ou mãos, etc.)	.65	.25

Quadro 5.7. - Rotação Oblimin
Matriz de padrão

(ordenação decrescente)

	Factor 1	Factor 2
VAR03	.94	-.11
VAR07	.94	-.14
VAR06	.86	-.09
VAR11	.84	.00
VAR15	.65	.25
VAR04	.65	.22
VAR14	.60	.33
VAR08	.59	.37
VAR02	.48	.33
VAR13	-.05	.81
VAR05	.16	.70
VAR01	-.06	.53
VAR12	.43	.50
VAR09	.44	.50
VAR10	.35	.49

Análise e discussão dos resultados da validade de constructo

A questão central na análise da validade de constructo desta escala é a determinação do tipo e número de factores que ela supostamente representa. Tudo indica que na versão que traduzimos para língua portuguesa, apenas um factor aparece representado. Nos pontos que se seguem faremos notar os índices que apontam neste sentido, deixando para o fim a interpretação psicológica desse factor.

.A análise das componentes principais da escala evidencia que só dois factores apresentam "eigenvalues" superiores a 1.0 e um terceiro com valor muito próximo de 1. Contudo, a diferença mais significativa verifica-se entre o primeiro e o segundo factor (primeiro factor com "eigenvalue"=8.68 e o segundo com um eigenvalue=1.06), explicando o primeiro factor cerca de 58% da variância dos resultados e o segundo apenas cerca de 7%. Este dado, só por si, indicia a unifactorialidade da escala, sendo qualquer factor, além do primeiro, eventualmente negligenciável na explicação da variação dos resultados. As saturações dos itens no primeiro factor apontam nesse mesmo sentido, embora seja sabido que o método de extracção da variância na Análise das Componentes Principais favorece as saturações elevadas no primeiro factor.

- .O passo seguinte do processo de análise dos dados, apresentado no quadro 5.5. (Rotação Quartimax - Matriz Factorial - ordenação decrescente de saturação) dá conta dos resultados obtidos após uma rotação ortogonal Quartimax. A utilização deste tipo de rotação de eixos resulta do facto de a versão holandesa da escala ter sido desenvolvida no sentido de reflectir um único factor (Vaessen, 1991). Após a rotação, verifica-se que efectivamente todos os itens da escala saturam significativamente (considerando .40 como valor de referência para "significância" (Pedhazur & Schmelkin, 1991]) no primeiro factor, com excepção do item 1 que satura no terceiro. Contudo, um hipotético terceiro factor, representado por este único item, parece largamente negligenciável. O mesmo se poderá dizer do segundo factor, representado nesta matriz por apenas dois itens, os quais, ainda assim, apresentam saturações superiores no primeiro factor.
- .A rotação "Oblimin", apresentada nos quadros 5.6. e 5.7. (Rotação Oblimin - Matriz de Padrão) constitui uma tentativa de obter uma representação mais clara dos resultados, partindo do princípio (implícito neste tipo de rotação) que (a haver dois factores e não apenas um) os factores estão correlacionados, como de resto tem sido referido na literatura especializada (cf. Milich & Kramer, 1985). De facto os dois hipotéticos factores apresentam uma correlação de .57, justificando-se pois uma rotação "Oblimin". Contudo, os resultados obtidos com essa rotação não parecem clarificar a estrutura da escala. O número de itens saturados no segundo factor é muito pequeno pelo que só muito duvidosamente se poderá falar num segundo factor, até porque, dos eventuais 6

itens representativos do factor, dois são também significativamente saturados no primeiro factor e um outro apresenta uma saturação próxima do nível de significância. Assim, só três itens poderiam representar inequivocamente o factor, o que lhe conferiria uma grande instabilidade resultante de factores aleatórios.

Uma vez realçados os pontos que nos parecem apontar para a unidimensionalidade da versão traduzida da GBO, torna-se necessário esclarecer o conteúdo psicológico do factor que enforma a escala. Na versão holandesa, os autores elaboraram um conjunto de itens representativos de níveis "excessivos de actividade", "desatenção", "impulsividade", "mudança rápida de tarefas" e "conversação em excesso e de forma inadequada". Este conjunto de comportamentos, de acordo com diversos estudos factoriais sobre a escala, representa um factor que os autores denominam "*off-task - lack of task orientation*" (Vaessen, 1991, p. 289) ("fora da tarefa - falta de orientação para a tarefa").

Dado que o contexto de sala de aula é particularmente exigente no que respeita à "orientação para a tarefa", a elaboração dos itens desta escala com base no constructo "fora da tarefa", poderia reflectir com clareza, no entender dos seus autores, um conjunto representativo dos problemas comportamentais e académicos das crianças hiper activas.

Embora seja evidente que uma boa parte dos itens reflecte a falta de orientação para as tarefas e as rápidas e inopinadas mudanças de tarefa, cremos ser possível considerar, por referência aos constructos psicológicos caracterizadores do DHDA, que o factor subjacente à maioria dos comportamentos enunciados nesses itens é o de "impulsividade/desinibição comportamental". No segundo capítulo deste trabalho discuti-

mos pormenorizadamente este constructo, pelo que nos dispensamos de voltar à sua descrição. No entanto, gostaríamos de realçar que a versão escolar da GBO traduz, sem grande margem para dúvidas, o objectivo essencial de "despistar incapacidades de controlo pessoal em resposta a exigências da situação". Esta incapacidade reflecte-se nos problemas de inibição de certos comportamentos em situações sociais, nas dificuldades no adiamento da gratificação ou na deficiente adesão a regras e instruções. Daqui decorre a noção de que, para muitas destas crianças, o valor de atracção das tarefas escolares é baixo, motivando o seu envolvimento em tarefas "concorrentes" de valor "social" (neste caso "escolar") nulo. Precisamente, o fracasso na inibição de comportamentos inapropriados tem recebido na literatura a denominação de "impulsividade" ou "desinibição comportamental" (Barkley, 1990).

Em resumo, uma solução unifactorial parece ser a que melhor se adequa aos dados encontrados, em conformidade, aliás, com a versão holandesa da escala. Do ponto de vista psicológico o factor subjacente à estrutura da escala poderá ser denominado "Impulsividade" ou "Desinibição Comportamental", o que é aliás coerente com as concepções mais recentes e credíveis sobre o DHDA, de acordo com as quais o que caracteriza este distúrbio é precisamente a desinibição comportamental e os défices ao nível da auto-regulação de comportamentos e não a desatenção. Assim, do ponto de vista da validade de constructo, a escala não só se pode considerar "válida", como se afigura ainda coerente com as actuais tendências da literatura especializada.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO DISTÚRBO DE OPOSIÇÃO: ESTUDO PSICOMÉTRICO

A escala que utilizámos para despistar alunos com Distúrbio de Oposição constitui uma tradução da "checklist" do DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) para diagnóstico desse distúrbio. Contudo, introduziu-se uma alteração no sistema de cotação, já que a escala original é dicotómica, requerendo respostas tipo sim/não relativamente aos comportamentos descritos nos diferentes itens. Na versão traduzida utilizámos, tal como para a escala de despiste do DHDA, um sistema de cotação em quatro níveis (raramente/poucas vezes/muitas vezes/frequentemente).

O conjunto de comportamentos descritos nos 9 itens nesta escala relaciona-se directamente com um padrão sistemático de oposição às figuras de autoridade e de actos provocatórios para com essas figuras ou com os pares. Embora já tenhamos discutidos as dimensões essenciais do distúrbio de oposição no capítulo anterior, relembramos que este padrão comportamental não deve ser assimilado à "não-colaboração", a qual pode, em muitas circunstâncias, assumir um carácter de "resistência passiva" a ordens, sugestões, orientações ou realização de tarefas. Aqui trata-se de uma "resistência activa", em que as provocações ostensivas - ainda que não se manifestem com todas as pessoas e em todas as circunstâncias (podendo mesmo ser bastante "selectivas")- ocorrem a níveis muito superiores ao normal (Barkley, 1990).

O "ponto de corte" para esta escala é de 5 itens, havendo supostamente um factor ou dimensão fundamental a saturar o conjunto de itens. Essa dimensão pode ser denominada "factor

de oposição" remetendo, como dissemos anteriormente, para um padrão recorrente e sistemático de recusa da autoridade.

MÉTODO

Sujeitos e Procedimento

Resultados

Os sujeitos são os mesmos que foram utilizados para estudo das propriedades psicométricas da GBO, pelo que se dispensa a sua apresentação. O procedimento é, pelas razões enunciadas, igualmente idêntico para as duas escalas.

Fidelidade

Consistência Interna

Tal como para a GBO, a fidelidade da escala foi estudada a partir da determinação do índice alpha de Cronbach. Os resultados são apresentados no quadro 5.8..

Quadro 5.8. - Consistência Interna da Escala

Item	Correlação item-total	Alpha sem o item
VAR1	.63	.85
VAR2	.72	.84
VAR3	.66	.85
VAR4	.76	.84
VAR5	.45	.87
VAR6	.79	.83
VAR7	.60	.85
VAR8	.42	.87
VAR9	.49	.86

Alpha Escala Global: .87

Teste-Reteste

A fidelidade da escala foi avaliada, tal como para a GBO, pelo método de teste-reteste e em condições semelhantes. A correlação entre os resultados da 1º e da 2º administrações do teste é de **.87**, valor muito próximo do obtido na GBO. O facto de as escalas representarem constructos psicológicos muito próximos e terem sido preen-

chidas pelas mesma professores contribui certamente para esta proximidade de resultados e para a estabilidade da percepção dos comportamentos dos alunos. Em todo o caso, parece também evidenciar que a provável pouca flutuação dos comportamentos no tempo (e no contexto em que se verificam) é fielmente reflectida por este instrumento.

Análise e discussão dos resultados da fidelidade

Os resultados indicam que a escala apresenta uma consistência interna satisfatória com um Alpha de .87. Todos os itens apresentam correlações relativamente elevadas com o total da escala, o que significa que todos eles contribuem para a explicação do resultado global. Por outro lado, em função destes resultados, não se justifica a retirada de qualquer dos itens, dado que, a fazê-lo, não haveria qualquer alteração significativa da consistência interna da escala.

Parece pois lícito concluir que a escala é bastante homogênea e que o conjunto de comportamentos nela descritos se referirá a um "padrão comportamental" consistente e identificável em função da regularidade e concomitância das suas manifestações essenciais.

Validade de constructo

A validade de constructo da escala foi estudada a partir da análise das componentes principais, seguida de uma rotação "Quartimax", uma vez que era esperada a emergência de apenas um factor. Os quadros que se seguem dão conta dos resultados encontrados no estudo da validade de constructo da escala.

Quadro 5.9. - Matriz de Correlações

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
VAR1	1.00								
VAR2	.61	1.00							
VAR3	.42	.55	1.00						
VAR4	.61	.64	.56	1.00					
VAR5	.22	.28	.51	.42	1.00				
VAR6	.68	.70	.50	.72	.38	1.00			
VAR7	.42	.53	.42	.50	.23	.59	1.00		
VAR8	.25	.32	.30	.39	.10	.40	.65	1.00	
VAR9	.34	.41	.41	.38	.37	.43	.26	.13	1.00

Quadro 5.10. - Análise das componentes principais

Variável/ Item	Factor	Eigenvalue	Pct de Var	Pct Acum
VAR1	1	4.63304	51.5	51.5
VAR2	2	1.19219	13.2	64.7

Quadro 5.11. - Rotação Quartimax - Matriz Factorial

ITEMS	SATURAÇÕES FACTORIAIS	
	Factor 1	Factor 2
1. Perde a paciência	.72	.17
2. Discute com os adultos	.79	.19
3. Não aceita e não colabora com os pedidos e regras dos adultos	.77	-.09
4. Faz coisas que aborrecem os outros	.83	.15
5. Não se responsabiliza pelos seus próprios erros	.63	-.42
6. É irritável ou aborrece-se com os outros	.84	.22
7. Zanga-se e é ressentido	.61	.61
8. É rancoroso ou vingativo	.39	.75
9. Pragueja ou usa linguagem obscena	.64	-.30

Quadro 5.12. - Rotação Quartimax - Matriz factorial

(ordenação decrescente de saturação)

	Factor 1	Factor 2
VAR6	.84	.22
VAR4	.82	.15
VAR2	.79	.18
VAR3	.76	-.09
VAR1	.72	.16
VAR9	.64	-.30
VAR5	.63	-.42
VAR8	.39	.75
VAR7	.60	.61

Análise e discussão dos resultados da validade de constructo

Os dados encontrados permitem discutir a suposta unifactorialidade desta escala dado que, como se pode constatar na leitura dos quadros de resultados, são extraíveis dois facto-

res com "eigenvalues" superiores a 1.0. O primeiro factor explicaria cerca de 52% da variância e o segundo cerca de 13%. No entanto, esta constatação, por si só, poderá não ser suficiente para demonstrar a existência de dois factores. Na verdade, as saturações factoriais da matriz, antes e após a

rotação, indicam que os dados se adaptam melhor a uma estrutura unifactorial do que a uma estrutura bifactorial. Em particular, a estrutura após a rotação "Quartimax" é bastante clara, havendo apenas dúvidas quanto à representação do item 8 o qual, ainda assim, apesar de fortemente saturado num eventual segundo factor, apresenta mesmo assim uma saturação de .39 no factor principal.

Do ponto de vista da interpretabilidade psicológica, a representação de um único factor, também se nos afigura bastante mais clara. De facto, nem parece sustentável a existência de um factor com um único item (como poderia eventualmente aventar-se a partir das saturações factoriais anteriormente referidas) nem seria fácil definir um constructo independente do constructo "oposição activa" para explicar esse item. Inclusivamente, o facto de o item saturar igualmente no primeiro factor (ainda que muito moderadamente), permite concluir que também ele reflecte, de alguma forma, o constructo "oposição activa e desafio". Assim, a interpretação "psicológica" do(s) constructo(s) subjacentes aos itens, parece corroborar a leitura "estatística" dos mesmos, pelo que se nos afigura razoável concluir que esta escala reflecte fundamentalmente um factor de "oposição activa e desafio", caracterizado, em termos comportamentais, pelas dificuldades interpersonais, pela rejeição da autoridade, pela utilização de uma linguagem agressiva e pela recusa activa em colaborar com os outros.

Em resumo, as duas escalas estudadas para despiste de Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção e de Distúrbio de Oposição, parecem possuir propriedades psicométricas aceitáveis e evidenciam qualidades importantes para o despiste des-

te tipo de problemas no contexto da sala de aula ou noutro tipo de contextos em que as dificuldades se manifestam. O facto de os itens terem uma cuidada formulação comportamental contribui certamente para o seu sucesso nos contextos em que são utilizadas e junto de profissionais diversos, incluindo psicólogos educacionais, professores e, no caso das versões "familiares", junto dos próprios pais.

CAPÍTULO 6

SELECÇÃO DOS GRUPOS INTEGRANTES DA AMOSTRA

Estudo Prévio: Relações entre os Distúrbios

A selecção de grupos específicos, nomeadamente dos que apresentam determinadas características "clínicas", nem sempre é simples, estando mesmo sujeita a forte controvérsia. Embora no espírito dos investigadores esteja constantemente presente a ideia da "representatividade" das amostras face à população de que são extraídas, a verdade é que, de acordo com alguns autores, a generalizada ausência de informação acerca da "população", torna irresolúvel a questão da "representatividade" (Pedhazur & Schmelkin, 1991; Stuart, 1968). Stuart afirma mesmo que não existem amostras "representativas", "fiéis", "justas" ou "aceitáveis". Tais adjectivações dizem estritamente respeito ao processo de amostragem que produz a amostra. Assim, uma amostra só pode ser julgada face ao processo que a produziu (Stuart, 1968).

Na investigação educacional e sócio-comportamental a **amostragem não-probabilística** é a regra e não a excepção. Este termo refere-se quer a "amostras de conveniência" (ou "acidentais", "voluntárias", etc.) em que de facto a noção de

"selecção da amostra" acaba por constituir um eufemismo, quer a métodos de selecção mais intencionais (cf. amostragem por quotas) em que o investigador normalmente utiliza critérios ou procedimentos específicos para obtenção da amostra. Em todo o caso, o problema essencial com as amostragens não probabilísticas reside na impossibilidade de estimar os erros de amostragem pelo que as inferências para a população ficam largamente prejudicadas (Pedhazur & Schmelkin, 1991).

A síntese da investigação sobre avaliação e identificação de alunos com "Distúrbio de Défice de Atenção" realizada por McKinney et al. (1993a) é absolutamente esclarecedora quanto ao esmagador recurso dos investigadores a "amostragens não probabilísticas de conveniência", sem qualquer referência a critérios de inclusão ou exclusão dos alunos nas amostras. Em muitos estudos, inclusivamente, os sujeitos integram os grupos simplesmente porque os autores "assim o entendem" (McKinney et al. 1993a).

Fletcher e colaboradores (1992) e Morris e Fletcher (1988), consideram que o desenvolvimento de uma estratégia de amostragem adequada é particularmente pertinente no caso do DHDA devido ao elevado grau de co-morbilidade com outro tipo de distúrbios. Contudo, não deixam igualmente de salientar que a estratégia de amostragem não tem que ser "completamente randomizada", desde que os critérios de inclusão e de exclusão dos sujeitos estejam claramente definidos.

Em estudos do tipo daquele que levámos a cabo é frequente, em países com largas tradições de despiste e avaliação de crianças com problemas de comportamento e/ou de aprendizagem, recorrer-se a grupos de crianças "cl clinicamente referenciadas". Trata-se de crianças para as quais, devido aos problemas que apresentam na escola ou em casa, foi pedido apoio "clínico" ou "educacional" específico, pelo que possuem nor-

malmente um diagnóstico psicológico ou psico-pedagógico detalhado. Em Portugal, a possibilidade de constituição de amostras a partir deste método é praticamente nula. Eventualmente, a referenciação de crianças para apoio através dos serviços de educação especial poderia servir de ponto de partida. Porém, os pedidos de apoio são accionados a partir da noção - demasiado abrangente - de "necessidades educativas específicas" (Decreto-Lei nº 319/91), sem que se particularize o tipo de "necessidades". A denominação "Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção" é inclusivamente desconhecida da esmagadora maioria dos educadores, pelo que é altamente improvável que alguma criança com problemas escolares apareça referenciada como tal. Mesmo os casos de "Dificuldades de Aprendizagem" aparecem com frequência sob a denominação geral de "necessidades educativas específicas". Assim, a possibilidade de constituição "célere" de amostras a partir de diagnósticos já estabelecidos é praticamente impensável.

De todos os problemas enunciados, porventura terá sido a impossibilidade de recorrer a uma amostra "clínica" aquele que nos obrigou ao dispêndio de maiores esforços suplementares. O facto de o número de indivíduos em idade escolar apresentando o tipo de problemas em estudo ser baixo (independentemente de se poder afirmar que as taxas de incidência são elevadas), implicou que, para obtermos o número desejado de indivíduos com problemas, tivéssemos que partir de um conjunto muito alargado de crianças frequentando as classes de ensino regular. Este facto, embora implicando um considerável dispêndio de recursos, permitiu avançar para a fase final deste estudo com alguma segurança relativamente à diferenciação dos grupos de crianças. É do desenvolvimento deste processo que passamos a dar conta em seguida.

O facto de termos retirado os sujeitos que integram o nosso estudo de um grande grupo "não clínico" e de todo o processo (incluindo o desenvolvimento dos instrumentos de medida) de despiste e identificação desse grupo ter sido moroso teve, apesar de tudo, vantagens de valor não despreciando. A maior dessas vantagens terá sido, certamente, a possibilidade de entender com maior profundidade algumas das questões teóricas e práticas acerca do despiste, diagnóstico e contornos do DHDA, que temos vindo a levantar ao longo deste trabalho. Por outro lado, foi possível aprofundar, ao nível da população com que trabalhámos, as relações do DHDA com outro tipo de problemas de comportamento em contexto de sala de aula, bem como com os problemas de aprendizagem escolar. Deste modo foram analisados os níveis de incidência dos diferentes problemas, as suas complexas interrelações, as taxas de co-ocorrência e a eficiência diagnóstica mútua, o que permitiu, no mínimo, entender a veemência com que diversos autores chamam a atenção para a extraordinária influência que as amostras podem ter nos resultados obtidos, limitando fortemente as comparações entre os estudos (cf. Cantwell & Baker, 1992; Fletcher et al., 1992; Hinshaw, 1992; McKinney et al. 1993a; Morris & Fletcher, 1988; Pelham, Evans, Gnany, & Greenslade, 1992).

Apresentamos pois de seguida os resultados de todo este processo, até à selecção do grupo "final" constituinte da amostra.

Taxas de Incidência dos Distúrbios

Os resultados incluídos nesta secção dizem respeito à totalidade dos sujeitos que participaram nas diversas fases do nosso estudo, num total de 1098 (mil e noventa e oito) alunos dos 3º e 4º anos de escolaridade de escolaridade, de três zonas diferenciadas do Distrito do Porto e com idades compreendidas entre os 8 e os 14 anos. (1) Um primeiro grupo de sujeitos (N=293) representa uma escola de características urbanas da cidade da Maia, numa zona relativamente degradada e objecto de vários projecto de intervenção prioritária, em função dos seus inúmeros problemas sociais; (2) um segundo grupo (N=403) integra alunos de diversas escolas do Concelho de Amarante, representando um misto de características urbanas e rurais (sendo as primeiras as da cidade propriamente dita e as segundas as de zonas rurais limítrofes); (3) um terceiro grupo (N= 402), inclui alunos da escola de Caxinas, Concelho de Vila do Conde, os quais, no geral, apresentam as características de uma população de zona piscatória, embora actualmente este tipo de zonas seja muito mais vulnerável à influência da urbanidade do que há 20/30 atrás.

Os resultados apresentados - acentuêmo-lo - dizem respeito apenas ao grupo de crianças que testámos, não podendo naturalmente ser generalizados à população escolar frequentando os 3º e 4º anos de escolaridade. Contudo, julgamos interessante comparar os números que encontramos com aqueles que são usualmente referenciados na literatura especializada para populações de características idênticas à que estudámos.

Dado que os números referenciados pelos diversos autores apresentam variações muito significativas, utilizaremos como referência os valores apresentados por Barkley (1990), os quais assentam num extensa e credível revisão da literatura.

O Quadro 6.1. permite comparar as taxas de incidência encontradas no nosso estudo com os valores esperados (a partir de Barkley, 1990). No caso do DHDA o valor verificado é significativamente superior ao esperado ($\chi^2(1, N=1098)=26.29$, residual estandardizado = 37.05, $p <.0000$), o mesmo acontecendo, embora de forma muito menos vincada, relativamente a DO ($\chi^2(1, N=1098)=6.15$, residual estandardizado = 14.03, $p <.01$). Somente no caso dos PA, tomando como valor esperado o máximo de 30%, os resultados encontrados não diferem significativamente dos estimados ($\chi^2(1, N=1098)=1.29$, residual estandardizado = 17.5, $p <.2548$).

Quadro 6.1. - Taxas de incidência: Valores esperados/valores encontrados

N = 1098	<u>DHDA</u>	<u>PA</u>	<u>DO</u>
valores esperados (Barkley, 1990)	3-5%	10-30%	1-3%
valores encontrados	8% (N=92)	32% (N=347)	4%(N=47)

A análise grupo a grupo destes resultados - como pode verificar-se no quadro 6.2. - permite concluir que o Grupo 1 contribui largamente para a elevação das taxas de incidência dos distúrbios. Exceptue-se contudo o DO, cujos níveis de incidência são idênticos (e bastante mais próximas do esperado) para os três grupos, embora nos grupos 1 e 3 a discrepância relativamente ao esperado atinja, ainda assim, níveis de significância estatística (Grupo 1: $\chi^2(1, N=293)=4.52$, residual estandardizado = 6.21, $p <.03$; Grupo 2: $\chi^2(1, N=403)=.0007$, residual estandardizado = -.09, $p <.9790$); Grupo 3: $\chi^2(1, N=402)=5.33$, residual estandardizado = 7.91, $p <.02$).

Quadro 6.2. - Valores encontrados (por grupos)

<u>DHDA</u>			<u>DO</u>			<u>PA</u>		
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
18%	5%	5%	5%	3%	5%	52%	36%	12%
(N=54)	(N=19)	(N=20)	(N=15)	(N=12)	(N=20)	(N=152)	(N=146)	(N=49)

Nota: Grupo 1 - Maia; Grupo 2 - Amarante; Grupo 3 - Caxinas.

Estes resultados poderão de alguma forma desafiar algumas explicações etiológicas de tipo "neurológico" do DHDA, já que, pelo menos para as crianças do nosso estudo, algumas variáveis sociológicas, educacionais e de ecologia familiar (Greenberg et al., 1993) parecem ter um valor explicativo bastante mais acentuado que as variáveis neurológicas. É pouco provável que défices ao nível da estrutura cerebral ou dos neurotransmissores possam explicar as diferenças que encontramos nos três grupos, sendo mesmo claro que as variações de incidência correspondem aos tipos de populações estudadas. Poderá naturalmente argumentar-se, como de resto é norma na literatura especializada, que os casos em que as explicações neurológicas se revelam eficientes são diagnosticados com outros critérios. Ou ainda, que um tipo de explicação não afasta necessariamente a validade da outra.

De facto, é possível supor, utilizando a linguagem de Pennington (1991), a existência de "fenótipos idênticos" que no entanto correspondem a "genótipos diferentes". Isto é, embora as manifestações comportamentais possam ser idênticas, a etiologia pode ser diferente, o que, em princípio, poderá determinar intervenções diferentes. Deste modo, é teoricamente possível que no Grupo 1 do nosso estudo, por exemplo, haja indivíduos despistados como DHDA cujos problemas têm origens

distintas e até mesmo que, num muito pequeno número de crianças, diferentes causas possam subjazer os mesmos problemas.

Independentemente das respostas que venham a ser encontradas para as questões "fenotípicas" e "genotípicas" (Pennington, 1991) do DHDA é seguramente do maior interesse destriçar a ponderação diferencial dos factores desencadeadores ou potenciadores do DHDA. Disso dependerá, pelo menos em parte, quer a melhor compreensão deste distúrbio, quer a eficácia das intervenções. No caso dos alunos que avaliámos, o factor "nível sócio-económico" parece desempenhar um papel relevante tanto nos níveis de incidência de problemas de comportamento como nos de problemas de aprendizagem escolar. Esta conclusão em si mesma não é surpreendente. O que de alguma forma pode surpreender é que essas diferenças surjam tão claramente marcadas pela origem social dos alunos. Contudo os trabalhos de Barkley (1990) e anteriormente os trabalhos de O'Leary, Vivian, e Nisi (1985), Ross e Ross (1982) e Trites (1979) evidenciam precisamente que o estatuto sócio-económico e a zona de residência - apesar de não muito sistematicamente investigados - influenciam as flutuações de incidência do DHDA e problemas associados (DO e PA), sendo as zonas pobres as mais afectadas. Por outro lado, há também referências a taxas de prevalência superiores nas zonas urbanas (7.0% contra 4.6% nas zonas rurais) (Szatmari et al. 1989). As razões para estas flutuações, de acordo com estes autores, prendem-se com o acúmulo de défices (desde a gravidez, cuidados primários de saúde, instabilidade financeira e familiar, etc.) típicos das situações de pobreza, as quais possuem, além do mais, um assinalável morbidade reprodutiva.

Em resumo, embora não possamos sobrevalorizar (e muito menos generalizar) os resultados aqui apresentados, dado que se trata de uma "amostra de conveniência", as taxas de DHDA (sobretudo esta) e de DO, são significativamente superiores ao esperado. O mesmo não acontece no caso dos PA. Contudo, nunca é de mais insistir que este tipo de resultados é sempre dificilmente comparável com quaisquer outros, dada a já clássica diferença de critérios diagnósticos deste tipo de estudos (Cantwell & Baker, 1992), o que, apesar de tudo, não deve obstar nem inibir a publicação de resultados (Bender, 1995).

Eficiência diagnóstica mútua de Hiperactivo de Défice de atenção, Distúrbio de Oposição e Problemas de Aprendizagem

Como temos vindo a referir com insistência ao longo deste trabalho, as questões diagnósticas na área dos problemas de desenvolvimento da infância são complexas e controversas. Variações nas definições adoptadas, nos processos diagnósticos, no tipo de população estudada, na comorbilidade, nas taxas de incidência dos problemas, etc., provocam fundadas dúvidas não só quanto à validade de muitas categorias diagnósticas mas também quanto à eficiência dos procedimentos de diagnóstico diferencial. Em particular, a distinção entre distúrbio de oposição e distúrbio de défice de atenção afigura-se difícil (Ferguson & Rapoport, 1984) ou de questionável validade (Quay, et al., 1987). Por sua vez, estes dois tipos de distúrbios ou, de forma mais geral, os "distúrbios exteriorizados de comportamento", apresentam nos contextos de sala de aula uma forte sobreposição com os problemas de aprendizagem o que implica a realização de diagnósticos "pri-

mários" e "secundários" com importantes repercussões ao nível da intervenção.

Como referimos no capítulo anterior, têm sido encetados esforços variados no sentido de minimizar as probabilidades de erro diagnóstico, nomeadamente através da determinação da eficiência dos sintomas no diagnóstico e diagnóstico diferencial de distúrbios de desenvolvimento. A utilização dos índices "sensibilidade", "especificidade", "poder preditivo positivo" e "poder preditivo negativo" é particularmente útil para responder a este desafio (Milich et al., 1987; Waldman & Lilienfeld, 1991). Os dois últimos, nomeadamente, reflectem as modificações na eficácia diagnóstica resultantes de modificações dos níveis de penetrância do distúrbio em amostras diferentes.

Em trabalhos do tipo do nosso, em que a constituição de grupos parte necessariamente do estabelecimento de critérios diagnósticos precisos, em que não é possível recorrer a "amostras clínicas" e em que frequentemente se está sujeito à boa vontade dos professores e alunos "disponíveis" (implicando frequentemente a recolha de dados não "onde se deve" mas "onde se pode") o experimentador corre o risco efectivo de lidar com grupos cujas taxas de incidência dos distúrbios em estudo variam consideravelmente.

A utilização dos índices anteriormente referidos minimiza consideravelmente os riscos referidos e permite até relativizar determinado tipo de manifestações comportamentais em contexto de sala. Na verdade, foi-nos possível constatar que em algumas salas de aula as taxas de incidência de problemas de comportamento ultrapassavam largamente tudo o que seria de esperar. Não se poderia contudo inferir daí que estávamos perante um qualquer "perigoso grupo de pré-delinquentes" mas sim que as competências de gestão e organização de sala de

aula por parte de uma ou outra professora eram francamente débeis. Este é precisamente um dos casos em que os "sintomas" acabam por evidenciar um pobre "poder preditivo positivo" e "poder preditivo negativo", ainda que apresentem uma sensibilidade e especificidade extremamente elevadas relativamente aos problemas de comportamento.

Ao longo do nosso trabalho - que teve diversas fases durante as quais recorreremos a amostras diversificadas - foram recolhidos sistematicamente os índices anteriormente referidos, o que nos permitiu perceber de forma muito mais nítida quer os efeitos da flutuação das taxas de incidência dos distúrbios, quer os níveis e tipo de interrelacionamento do Distúrbio de Défice de Atenção, do Distúrbio de Oposição e dos Problemas de Aprendizagem. Na apresentação dos resultados desta secção seguiremos um procedimento semelhante ao adoptado por Milich et al. (1987) e Waldman e Lilienfeld (1991).

Método

Sujeitos

Esta fase do nosso trabalho integra todos os sujeitos que participaram nas diversas fases do mesmo (incluindo aqueles que foram utilizados para o estudo das propriedades psicométricas da escalas de despiste de Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção e de Distúrbio de Oposição), num total de 1098 (mil e noventa e oito) alunos dos 3º e 4º anos de escolaridade de escolaridade, de três zonas diferenciadas do Distrito do Porto e com idades compreendidas entre os 8 e os 14 anos.

Os resultados serão apresentados separadamente para estes três grupos de sujeitos, uma vez que temos por objectivo evi-

denciar as variações dos índices em função dos níveis de base dos distúrbios nos diversos grupos. O Poder Preditivo Positivo e o Poder Preditivo Negativo, em particular, podem variar marcadamente com o tipo de amostra, influenciando de forma mais ou menos acentuada a probabilidade de erros na realização de diagnósticos experimentais de distúrbios específicos (Waldman & Lilienfeld, 1991). Utilizaremos o termo *diagnóstico experimental* para designar a classificação dos alunos nos grupos DHDA e DO com base nos critérios do DSM-III-R e no grupo PA com base nas notas atribuídas pelas professoras e pelos resultados na prova de leitura.

Uma ressalva essencial deve ser realizada antes da apresentação dos resultados: no que diz respeito aos Problemas de Aprendizagem apresentaremos apenas dados relativos ao Poder Preditivo Positivo e Poder Preditivo Negativo e não à Sensibilidade e Especificidade dado que estes dois últimos índices são calculados, nos trabalhos de Milich et al. (1987) e Waldman e Lilienfeld (1991), a partir de "sintomas" despistados em escalas ("checklists") específicas. Não tendo sido este o método por nós adoptado para despiste de Problemas de Aprendizagem, o seu cálculo torna-se inviável. Assim, apenas no que diz respeito às relações DHDA/DO é possível apresentar a totalidade dos índices.

Procedimento

Para todos os sujeitos foi pedido às respectivas professoras que preenchessem as escalas de despiste de DHDA e DO e atribuíram-lhes notas (numa escala de 1 a 5) relativamente ao rendimento nas áreas de Língua Portuguesa e Matemática (das quais se extraiu uma média). Os alunos realizaram ainda uma prova de leitura (Rebelo, 1993). Os pormenores relativos a estas escalas, bem como os critérios de determinação dos diferentes "distúrbios" foram já explicitados noutro ponto deste capítulo, pelo que nos dispensamos de os voltar a enunciar.

Apresentação e discussão dos resultados

No Quadro 6.3. são apresentados os dados relativos aos indivíduos que, nos diversos grupos, preenchem os critérios para diagnóstico experimental de DHDA, DO e PA. Estes indicadores constituem os "níveis de base" ("base rates") destas problemáticas nesta amostra.

Quadro 6.3. - Distribuição de tipos de problemas na amostra

Grupo 1 (N=293)		Grupo 2 (N=403)		Grupo 3 (N=402)	
DHDA	18%(n=54)	DHDA	5%(n=19)	DHDA	5%(n=20)
DO	5%(n=15)	DO	3%(n=12)	DO	5%(n=20)
PA	52%(n=152)	PA	36%(n=146)	PA	12%(n=49)
S/ PRO.	25%(n=72)	S/ PRO.	56%(n=220)	S/ PRO.	78%(n=313)

Nota: S/PRO=Sem problemas. Resultados arredondados à unidade.

Estes números evidenciam claramente que a população do Grupo 1 apresenta algumas características particulares, nomeadamente no que diz respeito à presença de problemas de aprendizagem e de problemas de comportamento. O facto (já

anteriormente referido) de se tratar de uma escola de um bairro camarário com sérios problemas sociais, parece reflectir-se na presença acentuada de problemas de comportamento e de aprendizagem. Esta presença é significativamente superior ao esperado para a população em geral.

Nos outros dois grupos a taxa de DHDA é igual (5%) e situa-se dentro dos parâmetros estimados para a população escolar. Curiosamente a taxa de DO é idêntica para os três grupos e superior ao que é usualmente referenciado (menos de 1%). Este facto pode significar que, contrariamente ao DHDA, os professores tendem a identificar com uma certa consistência o DO. A possibilidade de o percepcionarem como um padrão comportamental e desenvolvimental grave, pode evitar as "sobre" e as "sub identificações", estabilizando por isso as taxas de incidência, independentemente do meio social de origem das crianças.

As variações de incidência verificadas para o DHDA (18% máximo/5% mínimo) são largamente ultrapassadas pelas variações das PA (52% máximo/12% mínimo), o que, podendo traduzir variações "reais" das taxas de incidência (hipótese que não pode obviamente ser colocada de parte) traduz também, certamente, o facto bem real de os critérios de classificação das PA serem dificilmente definíveis e de as suas fronteiras, relativamente a outro tipo de problemáticas da sala de aula, não serem facilmente balizáveis.

A associação, conjugação e até potenciação mútua dos problemas de desenvolvimento com incidência no contexto escolar, estão evidenciadas no quadro 6.4., no qual são apresentadas as probabilidades de realização de diagnóstico experimental de um determinado problema (ou distúrbio) em função da presença de um outro problema (isto é, o Poder Preditivo Positi-

vo (PPP) de um distúrbio dado o facto de se apresentar um outro distúrbio).

Quadro 6.4. - Poder Preditivo Positivo (PPP) e Poder Preditivo Negativo dos diversos tipos de distúrbio

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3		GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
PPP de DO dado DHDA	.26	.21	.35	PPN de DO dada ausência de DHDA	.99	.98	.96
PPP de PA dado DHDA	.74	.58	.45	PPN de PA dada ausência de DHDA	.53	.47	.90
PPP de DHDA dado DO	.93	.33	.35	PPN de DHDA dada ausência de DO	.86	.96	.96
PPP de PA dado DO	.80	.83	.35	PPN de PA dada ausência de DO	.50	.47	.89
PPP de DHDA dado PA	.26	.08	.18	PPN de DHDA dada ausência de PA	.90	.97	.96
PPP de DO dado PA	.08	.07	.14	PPN de DO dada ausência de PA	.98	.96	.96

Nota: PPP=Poder Preditivo Positivo. PPN=Poder Preditivo Negativo
Grupo 1 - Maia. Grupo 2 - Amarante. Grupo 3 - Caxinas

Estes resultados parecem evidenciar, antes de mais, a estreita relação entre os diferentes tipos de problemas de comportamento e entre estes e o problemas de aprendizagem escolar. Tais resultados confirmam, ainda que em graus variados, as inúmeras investigações que têm sido publicadas nesta área (cf. Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990; Cantwell & Baker, 1992; Frick et al., 1991; Hinshaw, 1987; Lahey et al., 1988; Lambert & Sandoval, 1980; McGee, Milich et al., 1987; Schachar, 1991; Werry et al., 1987; Williams & Silva, 1984). Contudo, não deixa de ser interessante analisar os diferentes níveis de PPP e de PPN dos diversos distúrbios em função dos outros distúrbios. Assim, verifica-se que, de uma forma geral, para os diferentes grupos, a presença de DO é mais preditiva da presença de DHDA ou PA do que a presença de qualquer destes dois últimos relativamente aos outros.

Isto, por um lado, pode revelar-se consentâneo com o modelo de desenvolvimento de problemas de conduta da infância, de Edelbrock (1989), de acordo com o qual os comportamentos de oposição podem evoluir de formas comportamentais mais "benignas" (incluindo hiperactividade, impulsividade, agressividade) para comportamentos desafiadores e de oposição e, posteriormente, para formas mais graves de condutas anti-sociais. Este modelo, que constitui uma formulação "gradativa" dos problemas exteriorizados de comportamento da infância e adolescência, é de alguma forma "confirmado" por estes dados, já que é bem claro, para este grupo, que o facto de se apresentar um DO é bastante mais prenunciador de um DHDA do que o contrário (.93 contra .25 no Grupo 1; .33 contra .21 no Grupo 2; e .35 contra .35 no Grupo 3). Os valores referenciados por Waldman e Lilienfeld (1991) - num trabalho em que é utilizada a mesma metodologia - são de .67 e .50. Mantem-se a hierarquia embora os resultados apareçam bastante menos extremados do que no nosso primeiro grupo de estudo.

A relação entre problemas de comportamento e problemas de aprendizagem, neste grupo, revela-se igualmente interessante, sobretudo no que diz respeito às hipotéticas relações causais entre estes dois tipos de problemas (tema que abordámos no 2º capítulo). Assim, verifica-se que os alunos com problemas de comportamento têm uma probabilidade muito superior (.59 em média para DHDA nos três grupos e .80 em média para DO nos três grupos) de apresentar problemas de aprendizagem do que o contrário (média de .17 para DHDA e de .09 para DO). Este facto poderá ter diversas explicações: (1) em primeiro lugar, como decorre quer da literatura especializada quer da evidência empírica, as crianças com problemas de aprendizagem, apesar da tendência para apresentarem problemas exteriorizados de comportamento, distribuem-se por um "contínuo comportamen-

tal" que vai da normalidade aos diversos tipos de problemáticas comportamentais (Cantwell & Baker, 1992). Nestas últimas deve incluir-se a categoria dos "problemas interiorizados", englobando a ansiedade, a depressão, as alterações do humor, as fobias escolares, etc. É pois provável que nos grupos que temos vindo a referenciar haja crianças em situações diversas e com uma distribuição eventualmente "harmoniosa" de problemáticas comportamentais. (2) Em segundo lugar, os alunos que nestes grupos apresentam problemas de comportamento tendem a ser mais velhos, estão sujeitos a retenções sucessivas, e manifestam uma oposição declarada à escola e ao sistema escolar. Nestas condições a associação entre problemas de comportamento e de aprendizagem surge como lógica e quase inevitável. É pois bem possível que algumas das crianças mais novas que actualmente não têm problemas de comportamento, possam no futuro - no caso de virem a ser sucessivamente retidas - vir a reproduzir o trajecto escolar e de desenvolvimento dos seus colegas mais velhos com problemas de comportamento. Se neste momento (nestes grupos) a probabilidade de um aluno PA apresentar DHDA é moderada (.17 em média para os três grupos) e de apresentar DO é baixa (.09), não é de desprezar a hipótese de, com o passar dos anos e com as repetências, os números para estes mesmos alunos virem a piorar sensivelmente.

Estes dados evidenciam o grave problema que constituem as retenções sucessivas na ausência de qualquer programa alternativo, situação que o novo decreto de avaliação ainda não conseguiu totalmente resolver, dado que, em muitas escolas, continua a não ser aplicado. Os alunos assim retidos no 1º Ciclo - aos quais muitas vezes sobra em energia o que falta em motivação - acabam por atingir os 12, 13 e 14 anos, realizando sucessivamente tarefas sem qualquer valor de atracção em função dos seus interesses e capacidades. Nestas circuns-

tâncias o seu potencial perturbador tem todas as probabilidades de se manifestar, o que é evidenciado pelos números que temos vindo a apresentar. Por outro lado, tudo indica que para estes alunos a reprovação não conduz de forma alguma à reaprendizagem das matérias, pelo que terão valor enquanto constatação de uma situação mas não têm ligação directa à "recuperação de atrasos ou défices educativos".

É ainda interessante salientar que, de uma forma geral, a ausência de DHDA ou de DO parece ser um bom prognosticador da ausência dos outros tipos de problemas. Tal facto constitui, antes de mais, um bom indicador do grau de associação problemas de comportamento/ problemas de aprendizagem e do grau de associação dos problemas de comportamento entre si. Por outro lado, reforça a ideia de que essa associação aparece num grau muito superior ao esperado pelo mero acaso. Sem que seja possível estabelecer relações causais seguras entre estes problemas, tudo indica que existe um poder de potenciação mútuo que limita seriamente a eficácia dos processos de intervenção, os quais, sendo pouco auspiciosos no caso de problemas isolados, são verdadeiramente desanimadores no caso de problemas comórbidos (Cantwell & Baker, 1992; Hinshaw, 1992a).

A análise dos quadros de PPN (Poder Preditivo Negativo) torna claro que a ausência de qualquer dos problemas considerados é fortemente preditiva da ausência dos outros tipos de problemas. Por outras palavras, a ausência de qualquer desses problemas constitui um bom critério de exclusão dos outros problemas. Em particular, o PPN médio de DO em função de DHDA é muito elevado (média de .98 para os três grupos), bem como o PPN médio de PA em função de DO (.97) e em função de DHDA (.94). Ligeiramente mais baixo, ainda que muito elevado é o PPN de DHDA em função de DO (.92). Estes dados indicam (1) que existe uma considerável sobreposição entre os dois tipos

de problemas de comportamento considerados (DHDA e DO) e, sobretudo, que ausência de um praticamente garante a ausência do outro; (2) que a ausência de problemas de aprendizagem é um excelente critério de exclusão de problemas de comportamento. Tal facto, não apontando propriamente para a existência de muitos alunos PA com problemas de comportamento, indica que, "retirados" os alunos PA, o grupo dos alunos com problemas de comportamento também "desaparece". Tal significa que os alunos com aprendizagens normais tendem a apresentar comportamentos adaptados.

Bastante mais moderado é o PPN médio de PA em função dos Problemas de Comportamento (.63 em função de DHDA e .62 em função de DO), significando tal facto que a ausência de Problemas de Comportamento não constitui mais do que um critério moderado de exclusão de problemas de aprendizagem. E seria ainda mais moderado não fora a fraca presença de PA no terceiro grupo, que acaba por fazer subir substancialmente este PPN médio, o qual é bastante mais baixo nos outros dois grupos¹. Daqui se pode inferir que a inexistência de problemas de comportamento não é condição segura de inexistência de problemas de aprendizagem, sendo que um número elevado de alunos com insucesso escolar tem comportamentos normais ou então apresenta outro tipo de problemas (nomeadamente problemas emocionais) não considerados neste estudo.

Em resumo, esta primeira análise global dos dados permite concluir que o valor de qualquer dos distúrbios ou tipo de problema considerados enquanto critério de inclusão ou de exclusão de outro distúrbio ou tipo de problema, varia com a amostra considerada. Contudo, existem algumas comunalidades para os três grupos em estudo: (1) os problemas de comportamento estudados (DHDA e DO) estão fortemente

¹ Esta constatação comprova, a nosso ver, o interesse do método de determinação de probabilidades condicionadas em função das amostras.

relacionados, funcionando o DO como um importante critério de inclusão e de exclusão de DHDA e este último como um excelente critério de exclusão de DO mas apenas moderado factor de inclusão do mesmo; (2) os PA são fracos critérios de inclusão de Problemas de Comportamento, embora excelentes critérios de exclusão; (3) os Problemas de Comportamento são moderadamente bons factores de inclusão e de exclusão de Problemas de Aprendizagem mas não chegam a ser critérios suficientemente seguros quer de inclusão quer de exclusão.

Tal como Milich et al. (1987) e Waldman e Lilienfeld (1991) estudámos ainda a sensibilidade e especificidade dos sintomas para diagnóstico experimental dos distúrbios. Dado que o procedimento utilizado por esses autores para apresentação desses índices implica a utilização de escalas com listas de sintomas, só nos é possível - em função da forma como recolhemos os dados - apresentar elementos relativos ao Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção e ao Distúrbio de Oposição mas não aos Problemas de Aprendizagem. Uma vez mais os resultados são apresentados grupo a grupo, permitindo verificar a influência que os níveis de incidência dos sintomas e dos distúrbios produzem nos diversos índices. Contudo, não deixaremos também de chamar sistematicamente a atenção para as comunalidades intergrupais e para os resultados médios do conjunto dos indivíduos.

O quadro 6.5. especifica, para cada um dos grupos em estudo, as relações entre o DHDA e o DO, não só ao nível do grau de associação dos distúrbios enquanto tal mas também ao nível do relacionamento cruzado dos sintomas e dos distúrbios.

Quadro 6.5. - Probabilidades Condicionadas e Níveis de Base de Sintomas de DHDA e DO

SINTOMA	DHDA									
	DHDA					DO				
	<u>NB</u>	<u>SEN</u>	<u>ESP</u>	<u>PPP</u>	<u>PPN</u>	<u>SEN</u>	<u>ESP</u>	<u>PPP</u>	<u>PPN</u>	
Começa imediatamente a tarefa	0,18	0,34	0,85	0,28	0,88	0,40	0,83	0,07	0,79	
Vai-se tomando cada vez mais impaciente	0,22	0,82	0,89	0,56	0,97	0,87	0,82	0,13	0,78	
Fala de mais	0,35	0,95	0,75	0,40	0,99	1,00	0,68	0,09	0,65	
Mexe-se muito	0,21	0,86	0,91	0,62	0,97	0,87	0,83	0,14	0,79	
Desiste facilmente	0,21	0,75	0,89	0,54	0,95	0,93	0,83	0,14	0,79	
Faz comentários irrelevantes	0,12	0,55	0,96	0,71	0,92	0,87	0,92	0,23	0,88	
Continua a falar enquanto o professor explica	0,19	0,80	0,92	0,63	0,96	0,80	0,84	0,13	0,80	
Interrompe as tarefas facilmente	0,32	0,95	0,79	0,45	0,99	0,93	0,71	0,09	0,68	
Dificuldade em permanecer sentado	0,16	0,82	0,95	0,75	0,97	0,73	0,87	0,15	0,82	
Impaciência crescente	0,20	0,80	0,90	0,59	0,96	0,87	0,83	0,14	0,79	
Sempre que possível aproveita para falar	0,43	1,00	0,67	0,35	1,00	1,00	0,60	0,08	0,57	
Incapaz de se manter muito tempo na tarefa	0,18	0,82	0,93	0,68	0,97	0,93	0,86	0,17	0,82	
Pega nos materiais alheios s/ autorização	0,09	0,45	0,98	0,77	0,91	0,47	0,93	0,17	0,89	
Brinca mais do que trabalha	0,31	0,93	0,80	0,45	0,99	0,93	0,72	0,10	0,69	
É irrequieto	0,24	0,84	0,87	0,54	0,97	0,87	0,80	0,13	0,76	
MÉDIA	0,23	0,78	0,87	0,55	0,96	0,83	0,81	0,13	0,77	
SINTOMA	DO									
	DO					DHDA				
	<u>NB</u>	<u>SEN</u>	<u>ESP</u>	<u>PPP</u>	<u>PPN</u>	<u>SEN</u>	<u>ESP</u>	<u>PPP</u>	<u>PPN</u>	
Perde a paciência	0,12	0,93	0,98	0,85	0,90	0,53	0,87	0,53	0,91	
Discute com os adultos	0,07	0,93	0,98	0,75	0,86	0,27	0,92	0,75	0,86	
Não aceita, não colabora	0,09	0,87	0,97	0,77	0,87	0,36	0,90	0,58	0,88	
Aborrece os outros	0,12	0,93	0,97	0,83	0,90	0,53	0,86	0,51	0,91	
Não se responsabiliza	0,20	0,53	0,85	0,38	0,86	0,40	0,77	0,19	0,87	
É irritável, aborrece-se com os outros	0,11	0,93	0,97	0,76	0,89	0,45	0,87	0,55	0,90	
Zanga-se, é ressentido	0,05	0,67	0,98	0,69	0,84	0,20	0,94	0,81	0,85	
Rancoroso ou vingativo	0,01	0,13	1,00	1,00	0,82	0,04	0,99	1,00	0,83	
Pragueja, usa linguagem obscena	0,10	0,47	0,93	0,45	0,84	0,24	0,88	0,31	0,85	
MÉDIA	0,10	0,71	0,96	0,72	0,87	0,34	0,89	0,58	0,87	

Nota. DHDA = Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção. DO = Distúrbio de Oposição. NB = Nível de Base (sujeitos com o sintoma sobre (a dividir por) o número total de sujeitos). SEN = Sensibilidade (sujeitos com o distúrbio que tem o sintoma sobre sujeitos com o distúrbio). ESP = Especificidade (sujeitos sem o distúrbio que não têm o sintoma sobre sujeitos sem o distúrbio). PPP = Poder Preditivo Positivo (sujeitos com o sintoma que têm o distúrbio sobre sujeitos com o sintoma). PPN = Poder Preditivo Negativo (sujeitos sem o sintoma que não têm o distúrbio sobre sujeitos sem o sintoma).

Quadro 6.5. (cont.)

GRUPO 2	DHDA									
	<u>DHDA</u>					<u>DO</u>				
	<u>NB</u>	<u>SEN</u>	<u>ESP</u>	<u>PPP</u>	<u>PPN</u>	<u>SEN</u>	<u>ESP</u>	<u>PPP</u>	<u>PPN</u>	
SINTOMA										
Começa imediatamente a tarefa	0,09	0,57	0,89	0,19	0,99	0,07	0,9	0,02	0,97	
Vai-se tomando cada vez mais impaciente	0,09	0,64	0,93	0,22	0,99	0,36	0,92	0,10	0,98	
Fala de mais	0,19	0,93	0,84	0,15	1,00	0,64	0,83	0,08	0,99	
Mexe-se muito	0,10	0,93	0,93	0,28	1,00	0,43	0,91	0,11	0,98	
Desiste facilmente	0,07	0,50	0,95	0,22	0,98	0,36	0,94	0,16	0,98	
Faz comentários irrelevantes	0,03	0,64	0,99	0,60	0,99	0,21	0,97	0,20	0,98	
Continua a falar enquanto o professor explica	0,06	0,57	0,96	0,31	0,99	0,14	0,95	0,08	0,97	
Interrompe as tarefas facilmente	0,09	0,79	0,94	0,28	0,99	0,36	0,92	0,13	0,98	
Dificuldade em permanecer sentado	0,08	0,86	0,94	0,32	1,00	0,36	0,93	0,11	0,98	
Impaciência crescente	0,08	0,86	0,95	0,33	1,00	0,50	0,93	0,14	0,98	
Sempre que possível aproveita para falar	0,22	0,93	0,80	0,13	1,00	0,57	0,79	0,07	0,98	
Incapaz de se manter muito tempo na tarefa	0,06	0,43	0,95	0,21	0,98	0,29	0,94	0,10	0,98	
Pega nos materiais alheios s/ autorização	0,02	0,36	0,99	0,56	0,98	0,07	0,98	0,11	0,97	
Brinca mais do que trabalha	0,15	0,86	0,87	0,17	1,00	0,64	0,86	0,13	0,99	
É irrequieto	0,14	0,79	0,88	0,17	0,99	0,57	0,87	0,11	0,98	
MÉDIA	0,10	0,71	0,92	0,27	0,99	0,37	0,91	0,11	0,98	

GRUPO 2	DHDA									
	<u>DHDA</u>					<u>DO</u>				
	<u>NB</u>	<u>SEN</u>	<u>ESP</u>	<u>PPP</u>	<u>PPN</u>	<u>SEN</u>	<u>ESP</u>	<u>PPP</u>	<u>PPN</u>	
SINTOMA										
Perde a paciência	0,07	0,86	0,95	0,3	0,97	0,47	0,92	0,36	1,00	
Discute com os adultos	0,04	0,29	0,97	0,31	0,96	0,21	0,94	0,25	0,98	
Não aceita, não colabora	0,40	0,71	0,6	0,05	0,96	0,42	0,58	0,05	0,99	
Aborrece os outros	0,08	0,71	0,94	0,24	0,97	0,47	0,91	0,27	0,99	
Não se responsabiliza	0,67	0,86	0,34	0,06	0,98	0,84	0,32	0,04	0,99	
É irritável, aborrece-se com os outros	0,08	1,00	0,94	0,23	0,97	0,37	0,92	0,40	1,00	
Zanga-se, é ressentido	0,05	0,79	0,96	0,21	0,96	0,26	0,94	0,46	0,99	
Rancoroso ou vingativo	0,03	0,36	0,98	0,17	0,96	0,11	0,95	0,42	0,98	
Pragueja, usa linguagem obscena	0,02	0,36	0,99	0,29	0,96	0,11	0,96	0,71	0,98	
MÉDIA	0,16	0,66	0,85	0,21	0,97	0,36	0,83	0,33	0,99	

Quadro 6.5. (cont.)

		<u>DHDA</u>									
		<u>DHDA</u>					<u>DO</u>				
<i>GRUPO 3</i>											
<u>SINTOMA</u>		<u>NB</u>	<u>SEN</u>	<u>ESP</u>	<u>PPP</u>	<u>PPN</u>	<u>SEN</u>	<u>ESP</u>	<u>PPP</u>	<u>PPN</u>	
Começa imediatamente a tarefa		0,13	0,40	0,88	0,16	0,97	0,44	0,88	0,14	0,97	
Vai-se tornando cada vez mais impaciente		0,11	0,60	0,92	0,31	0,98	0,50	0,91	0,21	0,98	
Fala de mais		0,20	0,70	0,82	0,19	0,99	0,75	0,82	0,16	0,99	
Mexe-se muito		0,11	0,05	0,92	0,36	0,99	0,50	0,90	0,19	0,98	
Desiste facilmente		0,12	0,55	0,90	0,24	0,98	0,31	0,89	0,11	0,97	
Faz comentários irrelevantes		0,04	0,35	0,97	0,47	0,97	0,38	0,97	0,40	0,97	
Continua a falar enquanto o professor explica		0,07	0,45	0,95	0,36	0,98	0,44	0,95	0,28	0,97	
Interrompe as tarefas facilmente		0,11	0,70	0,92	0,35	0,99	0,56	0,91	0,23	0,98	
Dificuldade em permanecer sentado		0,05	0,55	0,97	0,58	0,98	0,50	0,97	0,42	0,98	
Impaciência crescente		0,09	0,75	0,94	0,45	0,99	0,44	0,93	0,21	0,97	
Sempre que possível aproveita para falar		0,21	0,70	0,82	0,18	0,99	0,69	0,82	0,14	0,98	
Incapaz de se manter muito tempo na tarefa		0,09	0,70	0,93	0,40	0,99	0,44	0,92	0,20	0,97	
Pega nos materiais alheios s/ autorização		0,02	0,30	0,99	0,75	0,97	0,38	0,99	0,75	0,97	
Brinca mais do que trabalha		0,15	0,60	0,87	0,21	0,98	0,56	0,87	0,16	0,98	
É irrequieto		0,12	0,65	0,91	0,30	0,99	0,56	0,90	0,20	0,98	
MÉDIA		0,11	0,54	0,91	0,35	0,98	0,50	0,91	0,25	0,98	
		<u>DO</u>									
		<u>DO</u>					<u>DHDA</u>				
<u>SINTOMA</u>		<u>NB</u>	<u>SEN</u>	<u>ESP</u>	<u>PPP</u>	<u>PPN</u>	<u>SEN</u>	<u>ESP</u>	<u>PPP</u>	<u>PPN</u>	
Perde a paciência		0,10	0,60	0,93	0,25	0,98	0,60	0,93	0,33	0,98	
Discute com os adultos		0,03	0,40	0,99	0,55	0,96	0,30	0,99	0,55	0,97	
Não aceita, não colabora		0,16	0,73	0,87	0,18	0,98	0,70	0,88	0,23	1,00	
Aborrece os outros		0,05	0,53	0,97	0,44	0,97	0,45	0,98	0,50	0,97	
Não se responsabiliza		0,20	0,80	0,83	0,16	0,99	0,80	0,86	0,21	1,01	
É irritável, aborrece-se com os outros		0,07	0,53	0,95	0,32	0,97	0,40	0,97	0,32	0,98	
Zanga-se, é ressentido		0,07	0,40	0,94	0,23	0,96	0,30	0,96	0,23	0,97	
Rancoroso ou vingativo		0,03	0,33	0,98	0,42	0,96	0,25	0,99	0,42	0,97	
Pragueja, usa linguagem obscena		0,02	0,27	0,99	0,50	0,96	0,20	1,00	0,50	0,96	
MÉDIA		0,08	0,51	0,94	0,34	0,97	0,44	0,95	0,37	0,98	

O PPP médio dos sintomas de DHDA para o diagnóstico experimental de DHDA é de .55, .27 e .35 para o primeiro, segundo e terceiro grupos, respectivamente, (média aproximada de .39 para os três grupos) (.70 no estudo de Waldman & Lilienfeld),

curiosamente idêntico ao PPP médio dos sintomas de DO para diagnóstico experimental de DHDA (.58, .33 e .37, respectivamente, com uma média aproximada de .43 para os três grupos)(.64 em Waldman & Lilienfeld). Deste modo, para estes grupos, os sintomas de DO são diagnosticadores "suficientes", revelando-se a escala de despiste de DO tão eficiente quanto a de DHDA no despiste deste último distúrbio. Este facto confirma não só uma relação estreita como uma provável "continuidade desenvolvimental" entre os dois tipos de distúrbios, pelo menos para um determinado número de sujeitos (particularmente os que apresentam DHDA e DO associados). Eventualmente os factores de risco actuaentes no caso destas últimas crianças terão um potencial perturbador superior motivando um trajecto desenvolvimental mais negativo, o qual poderá evoluir de formas mais ou menos incipientes de DHDA até à exibição de comportamentos anti-sociais, com comportamentos de oposição, negativismo e agressividade associados (Edelbrock, 1989). O PPP de DHDA para despiste de DO parece igualmente confirmar este trajecto desenvolvimental, dado que é bastante inferior ao PPP de DO relativamente a DHDA (.16 de média para os três grupos, contra os .46 referidos anteriormente) (.44 - .80 em Waldman & Lillienfeld). O DHDA, pelo menos nos casos em que este trajecto se cumpre, surge assim como uma condição "benigna" relativamente ao padrão comportamental mais perturbador do DO.

Um aspecto que merece particular realce é o de o PPP de DHDA e de DO relativamente a si próprios, variarem claramente em função dos níveis de base dos sintomas, verificando-se que a probabilidade de diagnosticar erradamente, nestes grupos, é tanto maior quanto menores são as taxas de incidência dos sintomas e dos distúrbios. Assim, se nos Grupos 2 e 3 o PPP dos sintomas destes distúrbios é bastante baixo, o mesmo não

se verifica no Grupo 1, no qual os PPP atingem valores relativamente elevados.

Um comportamento oposto revela o PPN nos diferentes grupos. De facto, verifica-se que ele é tanto menor quanto maior é a taxa de incidência dos sintomas e dos distúrbios. Em todo o caso, é bastante elevado para todos os grupos, o que significa que os sintomas de ambas as escalas são excelentes factores de exclusão de qualquer dos distúrbios.

Tal como no trabalho de Waldman e Lilienfeld, verificámos que para os três grupos a especificidade média é maior do que a sensibilidade média para o conjunto de sintomas (com diferenças oscilando entre os 10 e os 40 pontos). Quando analisadas a sensibilidade e especificidade cruzadas, esta diferença é ainda muito maior. Tal facto parece indicar que as escalas identificam uma proporção moderada de indivíduos DHDA (sensibilidade média de .67 para os três grupos) e de DO (sensibilidade média de .63 para os três grupos) mas que são fortemente específicas desses distúrbios (especificidade média de .90 para DHDA e de .92 para DO).

Examinámos ainda a utilidade diferencial dos sintomas como critérios de inclusão e de exclusão, questão particularmente importante no que diz respeito ao DHDA, dada a controvérsia em torno da multidimensionalidade do distúrbio e dos constructos que melhor o caracterizam. Como se pode verificar através do quadro 6.5., todos os sintomas apresentam elevados NPP, o que significa que constituem excelentes factores de exclusão. Já no que diz respeito ao PPP, verifica-se que existem variações consideráveis de grupo para grupo. No entanto, os sintomas "pega nos materiais alheios sem autorização", (PPP médio para os três grupos de .69) "faz comentários irrelevantes" (.59), "dificuldade em permanecer sentado" (.55), "impaciência crescente" (.46) e "mexe-se muito" (.42)

são os que possuem maior valor preditivo quanto à presença do distúrbio. Estes valores conferem a estes sintomas um poder preditivo apenas moderado, apesar de em dois dos grupos o sintoma "pega nos materiais alheios sem autorização" atingir um PPP de .77 e .75 e num deles o sintoma "faz comentários irrelevantes atingir .71 e a "dificuldade em permanecer sentado" atingir os .75. De resto, os dois primeiros são ainda aqueles que têm um maior poder preditivo relativamente à presença de DO, possivelmente porque configuram comportamentos que poderão ser interpretados (pelo menos em certas circunstâncias) como provocatórios ou até mesmo anti-sociais.

É curioso verificar que estes sintomas não são sequer os que ocorrem com maior frequência mas que parecem ter, para os professores, um elevado potencial perturbador, pelo que são identificados como claramente indesejáveis. Por outro lado têm uma sensibilidade média relativamente baixa mas são altamente específicos do distúrbio. Finalmente - e ainda mais importante para a tese que temos vindo a sustentar ao longo deste trabalho - não são sintomas directamente identificados com a "desatenção" mas sim com a hiperactividade e a impulsividade ou, na formulação mais recente de Barkley (1994), com a "auto-regulação comportamental". De facto, tudo indica que os professores, quer enquanto utilizadores de escalas de des-piste de problemas de comportamento, quer enquanto gestores do espaço de sala de aula, tendem a assimilar os problemas de comportamento à irrequietude hipercinética e a comportamentos "fora da tarefa", nomeadamente aqueles em que o aluno sai do lugar e se movimenta pela sala com objectivos não directamente relacionados com a tarefa. O tipo de comportamentos indicadores de "desatenção" (seja na sua faceta de "selecção", de "alerta", de "manutenção", etc.) não parecem indicadores fidedignos do constructo, provavelmente devido à sua multidi-

mensionalidade e à variedade e diversidade de tarefas (desde as laboratoriais às de contexto de sala de aula) que supostamente o medem (Ostrom & Jenson, 1988).

É ainda curioso verificar que os sintomas "fala de mais" e "sempre que possível aproveita para falar" (itens de natureza obviamente idêntica), apesar de serem aqueles cujo nível de base é, em média, o mais elevado (.25 e .29 respectivamente), são igualmente dos que possuem PPP mais baixos (.25 e .22). Isto provavelmente significa que os professores, apesar de reconhecerem frequentemente este comportamento como inadequado, dificilmente o associarão a um "distúrbio comportamental". É de resto frequente ouvir os professores queixarem-se com "resignação" de que "os alunos não se calam", "falam de mais" ou "falam quando não devem", sem que isso signifique de forma alguma que os consideram "perturbados".

No que diz respeito ao DO, verifica-se uma grande diferença intergrupar do PPP dos sintomas. No segundo grupo, em que a taxa de incidência dos sintomas é baixa, o PPP de todos os sintomas é muito baixo, com particular destaque para os sintomas "não aceita, não colabora" e "não se responsabiliza". Contudo, estes mesmos sintomas apresentam PPNs muito elevados o que significa que a sua ausência é fortemente preditiva da ausência do distúrbio. No terceiro grupo o PPP dos sintomas é moderadamente baixo embora os sintomas "não aceita, não colabora" e "não se responsabiliza", mantenham PPPs muito baixos (e PPN muito altos). No primeiro grupo, os sintomas, sem terem níveis de incidência mais elevados que nos outros grupos (em média são até mais baixos que os do terceiro grupo e muito idênticos aos do primeiro), revelam no entanto PPPs incomparavelmente superiores, sendo alguns deles fortemente Preditivos da presença do distúrbio (cf.: "perde a paciência"- PPP de .85; "discute com os adultos"-.75; "não

aceita, não colabora"- .77; "aborrece os outros"-.83; é irritável, aborrece-se com os outros-.76; "rancoroso ou vingativo-1.00). Apenas "não se responsabiliza" mantém um PPP baixo. Aliás, o comportamento deste sintoma nos três grupos não lhe confere qualquer valor preditivo relativamente à presença do distúrbio.

No conjunto, apesar das variações intergrupais, os sintomas de DO revelam PPPs relativamente homogêneos (com exceção do sintoma "não se responsabiliza"). Por outro lado, todos os sintomas se revelam altamente específicos do distúrbio e moderadamente sensíveis ao mesmo.

A análise dos quadro 6.5. permite ainda verificar que os sintomas de DO são, em média, tão bons preditores de DHDA, como os sintomas de DHDA para o seu próprio diagnóstico experimental. "Rancoroso e vingativo", "pragueja e usa linguagem obscena" e "discute com os adultos" e "zanga-se e é ressentido" são em média bons critérios de inclusão e excelentes factores de exclusão de DHDA. Inversamente, nenhum dos sintomas de DHDA se revela bom critério de inclusão de DO (tal como se verifica, aliás, no estudo de Waldman & Lilienfeld).

Síntese das relações entre os distúrbios

Como conclusão geral do estudo da interrelação do DHDA, do DO e dos PA através dos índices sensibilidade, especificidade, poder preditivo positivo e poder preditivo negativo, poderemos afirmar que, nas amostras estudadas, a co-ocorrência destes problemas é significativa. Contudo, essa sobreposição não significa que estes problemas não sejam relativamente independentes. A relação mais complexa e aquela em que os problemas de diagnóstico diferencial mais claramente se evidenciam, é a do DHDA com o DO. Na verdade, nestas amostras o diagnóstico de uma situação de DO implica com frequência um diagnóstico concomitante de DHDA, embora o contrário seja muito menos frequente. Os sintomas de DO revelam-se pois bons preditores de DHDA (e tanto melhores quanto maiores forem os níveis de base dos sintomas). Já os sintomas de DHDA não só são fracos preditores de DO como são fracos preditores de DHDA, o que levanta dúvidas quanto à especificidade deste distúrbio e mesmo quanto à sua validade enquanto quadro sindromático (Barkley, 1990). Ao realçar este aspecto não pretendemos "negar a existência" dos comportamentos perturbadores que recebem na literatura a designação de DHDA mas levantar dúvidas quanto à sua correspondência a um padrão comportamental, cognitivo e desenvolvimental específico. Sendo inequívoco que em contexto de sala de aula (e não só) ocorrem com alguma frequência comportamentos enquadráveis na categoria DHDA, não é menos certo que esses comportamentos são encontrados em situações que recebem outro tipo de diagnósticos (como é o caso do DO), pelo que a sua "especificidade sindromática" é no mínimo questionável.

Já no que diz respeito às relações do DHDA e do DO com os PA, os resultados parecem indicar com maior clareza que se

trata de entidades independentes, representando os primeiros (DHDA e DO) padrões basicamente identificáveis pelas suas facetas "comportamentais" (hiperactividade, impulsividade, desafio, negativismo, oposição) e o terceiro por um rendimento escolar significativamente inferior ao esperado em função da idade. Os resultados encontrados mostram, por outro lado, que o facto de um aluno um DO é fortemente preditivo de PA. No caso do DHDA esta associação é menos nítida mas ainda assim frequente, o que já não acontece no sentido inverso. Este facto evidencia a independência destas entidades, mau grado a sua frequente associação em contexto de sala de aula e demonstra que uma parte considerável de alunos com problemas de aprendizagem ou apresenta comportamentos normais ou apresenta outro tipo de problemas associados. Já os alunos com problemas de comportamento, até porque tendem a ser mais velhos, parecem desenvolver ao longo do tempo um padrão comportamental dificilmente compatível quer com os comportamentos socialmente exigíveis numa sala de aula, quer com os imperativos curriculares.

É de crer que os problemas de diagnóstico diferencial sejam particularmente evidentes entre o DHDA e o DO, apesar do considerável número de alunos que apresenta igualmente problemas de aprendizagem. Provavelmente uma das questões mais pertinentes que se coloca a quem pretende discernir entre estas condições é a de "hierarquizar" os problemas de uma forma lógica, e decidir se as diferenças (caso existam) são fundamentalmente quantitativas ou qualitativas. Esta questão é complexa dado que os problemas de desenvolvimento da infância não se apresentam com um formato "acabado" ou como entidades "encapsuladas" (Lewis, 1990) assistindo-se com frequência à sobreposição de sintomas que teoricamente pertencem a quadros diferenciados (Weiner, 1982). Eventualmente

uma forma de diminuir os riscos de erro diagnóstico passa pela adopção de uma perspectiva dimensional dos problemas de desenvolvimento da infância, em detrimento de uma abordagem categorial. Como já abordámos esta questão noutro ponto deste trabalho, não pretendemos retomá-la aqui. Contudo é de realçar que os complexos problemas de diagnóstico diferencial de problemáticas do desenvolvimento infantil passam, pelo menos em parte, pela resolução desta e de outras questões "pré-vias".

É ainda de crer - no que ao DHDA diz respeito - que a eficácia do diagnóstico diferencial passará igualmente pelo conhecimento da etiologia, curso desenvolvimental e resposta diferencial aos tratamentos. Em todo o caso, no que ao despiste e identificação diz respeito, as escalas desenvolvidas para o contexto de sala de aula têm um valor dificilmente questionável, como tem sido salientado por diversos autores, não só porque os professores são eficazes na comparação do comportamento individual com o do "comportamento-padrão" mas também porque os alunos passam uma parte significativa do seu dia na escola, sendo esta um dos seus mais importantes contextos de vida (Atkins & Pelham, 1992; Barkley, 1990; DuPaul & Stoner, 1994; Ross & Pelham, 1978).

Constituição dos grupos

O faseamento deste trabalho e o estudo empírico do grau e tipo de associação entre problemas exteriorizados de comportamento e problemas de aprendizagem escolar a partir de uma grande amostra "não-clínica" de "base escolar", tornou evidente quanto pode ser difícil, num país como Portugal (em que verdadeiramente não existem "amostras clínicas" deste tipo e em que os hábitos diagnósticos de problemas da infância são quase nulos), constituir grupos de indivíduos com determinado tipo de problemáticas. Por um lado, porque algumas destas problemáticas (nomeadamente o DHDA e o DO) têm baixas taxas de incidência na população em geral; por outro, porque o seu grau de associação e co-ocorrência dificulta em extremo a constituição de "tipos puros" de distúrbios; e ainda porque os tipos comportamentais "puros", em contexto escolar (isto é, sem que apresentem problemas de aprendizagem associados), são particularmente raros. Daí que tivéssemos considerado que a formação dos grupos integrantes da fase final deste trabalho constituiu um "processo" mais do que um momento relativamente fugaz da investigação e optássemos por reservar uma parte importante do trabalho à apresentação desse processo. Cremos que a pouca experiência existente no nosso país em trabalhos deste género justifica que não nos limitemos a apresentar sumariamente as características da amostra que participou na última fase do trabalho. Parece-nos mesmo da máxima conveniência dar conta de todo o processo, evidenciando as suas principais dificuldades e levantando sistematicamente as questões teóricas e práticas que ele nos parece suscitar.

Método

Sujeitos

As crianças que integraram a fase final deste estudo (a da comparação do desempenho de grupos específicos em provas de manutenção prolongada da atenção) foram seleccionadas a partir de um conjunto 887 crianças frequentando os 3 e 4º anos de escolas públicas da rede pública e privada do Distrito do Porto. As características essenciais do grupo de 887 crianças são apresentadas nos quadros 6.6. e 6.7..

Quadro 6.6.- Características da amostra

<u>Idade</u>					<u>Nível Sócio-Económico</u>		
min.	max.	média	<u>sexo</u>		min.	max.	médio
			rapazes	raparigas			
8	14	9.5	9.4	9.3	1	5	3.2

Quadro 6.7.- Resultados médios da amostra nos instrumentos diagnósticos

<u>nº médio de sin-</u> <u>tomas DHDA</u>	<u>nº médio de sin-</u> <u>tomas DO</u>	<u>média de notas</u> <u>escolares</u>	<u>média de notas em</u> <u>leitura</u>
4	2	3.2	22

Nota. nº = número. DHDA = Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção. DO = Distúrbio de Oposição

Procedimento

Todos os sujeitos da amostra foram avaliados nas escalas de despiste de DHDA e de DO, em rendimento escolar, nível de leitura e em nível socio-económico. Todas as provas utilizadas são de preenchimento e/ou utilização pelo professor, excepto a determinação do nível socio-económico, a qual é a realizada a partir da profissão dos pais dos alunos.

Resultados

A constituição do grupo DHDA

A constituição deste grupo foi realizada, como tivemos já oportunidade de enunciar, a partir dos resultados obtidos na versão traduzida da escala GBO. Assim, um aluno seria considerado como apresentando DHDA e integraria o grupo desde que preenchesse 8 ou mais itens da escala. Contudo, deste grupo e de todos os outros integrantes da fase final deste trabalho foram excluídos alunos com mais de 11 anos ou mais do que uma retenção, no sentido de não tornar a amostra heterogénea em termos de idade. Para além disso, os professores revelam grandes dificuldades em avaliar os alunos mais velhos (ou com muitas retenções) em função do currículo respeitante ao seu nível etário. Fazem-no normalmente por referência ao ano que frequentam, o que adultera as comparações. Assim, é possível que indivíduos com 14 anos e 6(!) retenções sejam considerados "normais" em termos de aprendizagem. Estes indivíduos, por outro lado, deverão (ou deveriam) estar referenciados

para apoio especializado, condição que definimos, à partida, como de exclusão relativamente à nossa amostra.

É de acentuar que as escalas do tipo da GBO não permitem a realização de "diagnósticos" de distúrbios, na verdadeira acepção da palavra mas constituem elementos preciosos de despiste desses mesmos distúrbios, até porque normalmente possuem uma boa validade de constructo relativamente ao DHDA ou distúrbios do mesmo tipo (como é o caso do DO). Daí serem sistematicamente utilizadas para a realização de "diagnósticos" de distúrbios exteriorizados de comportamento (cf. Atkins, Pelham, & Litch, 1985; August & Garfinkel, 1989; Milich et al., 1987; Offord, Boyle, Szatmari, Rae-Grant, Links, Cadman, Byles, Crawford, Blum, Byrne, Thomas, & Woodward, 1987; Waldman & Lilienfeld, 1991). Cremos, em função das propriedades psicométricas da versão portuguesa da GBO, e do reconhecido valor deste tipo de escalas na discriminação de problemas de comportamento da infância, que este procedimento se revela satisfatório para os objectivos que nesta fase pretendíamos atingir.

No quadro 6.8. são apresentadas as características essenciais do grupo DHDA, nas variáveis que permitem discriminá-lo dos outros grupos integrantes da amostra deste estudo. Os resultados são apresentados em termos das médias de cada grupo nas dimensões consideradas.

Estes números, só por si, revelam, para além dos aspectos óbvios, outros menos óbvios e com grande interesse teórico e prático. Assim, no que diz respeito à idade os grupos são naturalmente idênticos, uma vez que a amostra inclui apenas alunos com idades compreendidas entre os 8 e os 11 anos. Os níveis socio-económicos também não parecem oscilar significativamente, embora o grupo com problemas de aprendizagem esteja pelo menos um nível abaixo dos restantes grupos, como, de

alguma forma, seria de esperar, pelo menos tendo em conta as referências sistemáticas ao facto realizadas por alguns autores (cf. Hinshaw, 1992). Óbvio é o facto de os grupos DHDA e COMÓRBIDO apresentarem muitos sintomas de DHDA, dado que é por essa mesma razão que integram esses grupos. O igualmente elevado número de sintomas DHDA no grupo DO confirma a frequente sobreposição destes dois tipos de distúrbios (Barkley, 1990) e justifica o seu agrupamento na categoria mais geral dos "Distúrbios Exteriorizados de Comportamento" nas edições III-R e IV do DSM (APA, 1987, 1994).

Quadro 6.8. - Características do grupo DHDA

	<u>IDADE</u>	<u>NSE</u>	<u>SINTOMAS DE DHDA</u>	<u>SINTOMAS DE DO</u>	<u>NOTAS ESCOLARES</u>	<u>LEITU- RA</u>
GRUPOS						
DHDA* (N=17)	9.1	3.2	11	3	3.2	23.8
DO** (N=11)	10	3.0	7	7	3.1	23.6
COMÓR*** (N=26)	9.5	3.0	11	5	1.7	16.2
PA**** (N=72)	9.4	4.1	1	1	1.9	20.0
NORMAIS (N=64)	9.2	3.2	1	1	3.3	23.9

Nota. *Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção; **Distúrbio de Oposição; ***Comórbido (Problemas de Comportamento + Problemas de Aprendizagem); ****Problemas de Aprendizagem

NSE - Nível Sócio-Económico, determinado pela escala adaptada de Warner (DREN, 1991), a partir da conjugação da profissão dos pais (ou educadores) do aluno.

É ainda de realçar a reduzida presença de sintomas DHDA no grupo dos Problemas de Aprendizagem. A explicação para tal reside, antes de mais, no facto de as crianças com problemas simultâneos de aprendizagem e comportamento terem sido integradas no grupo "COMÓRBIDO". Por outro lado, não indica necessariamente que estas crianças com problemas de aprendizagem são "normais" em termos de comportamento, podendo mesmo especular-se até que ponto muitas delas não reagirão de forma "apática" e "não-responsiva" à sua situação escolar desfavore-

rável ou até se não apresentarão "problemas interiorizados" associados aos problemas de aprendizagem. Em todo o caso, o seu prognóstico em termos académicos e comportamentais será sempre mais favorável do que o grupo comórbido (McKinney, 1989). Esta última ideia é sustentada, na nossa amostra, pelo facto de o grupo "COMÓRBIDO" ser aquele que apresenta piores resultados escolares, na opinião dos professores e aquele que apresenta piores resultados (de forma muito clara) na prova de leitura. Curiosamente, a este nível, verifica-se que os grupos DHDA e DO obtêm resultados escolares e de leitura praticamente iguais ao grupo das crianças NORMAIS mas claramente superiores aos dos grupos PA e COMÓRBIDO.

É ainda de realçar que o grupo DHDA apresenta menos sintomas DO do que o grupo DO sintomas DHDA. Este facto não é de estranhar dado que o Distúrbio de Oposição representa uma condição mais severa, em termos comportamentais, sendo mesmo hipotetizado por alguns autores uma continuidade desenvolvimental entre o DHDA e o DO, podendo este último substituir-se ao primeiro nos casos em que os problemas de comportamento persistem com a idade (Frick, Lahey, Loeber, Stouthamer-Loeber, Christ, & Hanson, 1992; Waldman & Lillienfeld, 1992). O modelo de Edelbrock (1989) referenciado noutra parte deste trabalho é a este respeito particularmente elucidativo.

Por fim, deve acentuar-se que no nosso grupo "não-clínico" o DHDA "puro" é uma condição rara e dificilmente diagnosticável, em particular pela sua sobreposição com outros problemas de comportamento e com problemas de aprendizagem.

A constituição do grupo DO

Este grupo foi constituído a partir dos resultados obtidos na escala de despiste de Distúrbio de Oposição, integrando-o todos os indivíduos que nela obtiveram resultados iguais ou superiores a 5, de acordo com as normas estabelecidas no DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). As suas características essenciais foram descritas no ponto anterior, pelo que nos dispensamos de as enunciar novamente. Saliente-se apenas que, na aparência, para os indivíduos DO incluídos nesta amostra, o seu comportamento não parece prejudicar decisivamente o rendimento académico, embora se possa colocar a hipótese de, noutras condições, ele se poder revelar superior. Em todo o caso, este facto chama a atenção para a não existência de uma relação causal directa e inequívoca entre problemas de comportamento e de aprendizagem, mau grado os seus elevados graus de co-morbilidade indicarem uma relação que está longe de se dever simplesmente ao acaso (Barkley, 1990; Cantwell & Baker, 1992; Hinshaw, 1992).

A constituição do grupo PA

Como tivemos ocasião de discutir anteriormente, as questões de definição e caracterização de Problemas de Aprendizagem são complexas, não tendo sido ainda possível obter um consenso relativamente aos critérios diagnósticos. Assim, (a) os critérios relativos aos "processos psicológicos", (b) os critérios de exclusão, (c) os critérios de discrepância ou (d) os critérios etiológicos, constituem métodos que revelam esforços tendentes à resolução do problema mas não ainda a "solução" do problema. A sua utilização releva mais de opções

práticas dos investigadores do que de critérios verdadeiramente científicos e reflecte a constante evolução do campo das dificuldades de aprendizagem (Bender, 1995). A descrença relativamente à "cientificidade" dos critérios de despiste e diagnóstico leva alguns autores a considerar que, ao contrário dos especialistas da área da medicina, os especialistas da área da educação raramente se informam acerca da evolução dos indivíduos para os quais realizaram previsões desenvolvimentais e para os quais avançaram prescrições educativas, pelo que aprendem muito pouco com a experiência (van Ijzendoorn, 1993). Assim, quer a figura do avaliador (nomeadamente a sua maior ou menor experiência) quer o método de avaliação podem revelar-se bem menos importantes para a eficácia do diagnóstico do que seria de supor (Wigton, Patil, e Hoellerich, 1986).

Em Portugal, o problema revela-se ainda mais complexo, dado que só nos últimos anos tem havido tentativas de elaboração de provas de realização escolar mas ainda assim com limitações sérias quer ao nível dos processos de cotação, de standardização ou de utilização de amostras não randomizadas (IIE, 1994; Rebelo, 1993; Silva, 1994).

Em função destas limitações, preferimos, mais uma vez, ter como "informantes" preferenciais os próprios professores, e como ponto de referência do rendimento dos alunos o currículo escolar, complementando este processo com a utilização de uma prova de leitura (Rebelo, 1993), um dos indicadores mais fiáveis do nível geral de desempenho escolar dos alunos (Bender, 1995). Utilizou-se pois um método de "discrepância" entre o rendimento esperado (em função da idade) e o rendimento efectivo do aluno. Considerámos, tal como Hinshaw (1992), que incluir o Quociente Intelectual como critério de "discrepância" (para além da idade), sub dimensiona o grupo

de crianças com problemas de aprendizagem, reduzindo-o às denominadas "dificuldades de aprendizagem específicas". Contudo, quer os números referenciados por Rutter e colaboradores (1970) quer os referenciados por Hinshaw (1992), evidenciam que um número muito significativo de crianças com problemas de progresso escolar apresentam quocientes intelectuais deprimidos (excluindo aqui naturalmente crianças com deficiência mental).

No nosso estudo optámos por utilizar o critério da discrepância face ao currículo como base de constituição do grupo de crianças com problemas de aprendizagem. Assim, foi pedido aos professores que classificassem os alunos numa escala de 1 a 5 nas áreas de Português e Matemática, considerando-se indiciador de "problemas de aprendizagem" a obtenção, por um aluno, de uma nota média igual ou inferior a 2 nas duas disciplinas. Alunos considerados deficientes mentais (com referência expressa para apoio especializado) foram excluídos da amostra.

Este método implica alguns riscos, nomeadamente o da possível "benevolência" dos professores na classificação dos alunos, do eventual "encobrimento" de alguns problemas que o professor pode supor serem da sua "responsabilidade" ou, no campo oposto, o da "severidade" no juízo académico de crianças com problemas de comportamento. Estes riscos, porém, podem ser largamente compensados pela experiência avaliativa dos professores e pelo seu conhecimento dos "padrões normais" de rendimento escolar e dos trajectos de aprendizagem dos alunos (Rapoport et al., 1986). Em todo o caso, o risco maior será certamente o de alunos com problemas de aprendizagem serem considerados como apresentando rendimento normal e não o contrário.

Tendo em conta os riscos referidos, procurou-se minimizá-los através da utilização da prova de leitura "Lê e Compreende" (Rebelo, 1993). Esta prova, apesar de, como refere o autor, não ter sido construída a partir de uma amostra representativa, constitui um referencial interessante para avaliação de crianças com problemas de aprendizagem e, sobretudo, tem um forte poder de identificação de crianças com e sem problemas de aprendizagem.

Partindo deste processo de despiste, optou-se por considerar como apresentando problemas de aprendizagem as crianças que apresentam conjugadamente um juízo académico negativo por parte da professora e resultados significativamente inferiores à média do grupo de referência (3º e 4º anos de escolaridade) na prova de leitura (Rebelo, 1993).

A constituição do grupo COMÓRBIDO

Este grupo foi constituído a partir das classificações obtidas nas diversas provas. Como referimos anteriormente, foram integrados neste grupo os alunos que apresentavam simultaneamente problemas de aprendizagem e de comportamento, o que significa ser classificado pela professora como tendo um rendimento escolar de nível inferior a 3, um resultado na prova de leitura significativamente inferior ao esperado para a idade e resultados significativamente superiores à média na escala de despiste de DHDA e/ou de DO.

Considerámos este grupo de grande interesse para este estudo dado ser aquele em que as características de hiperactividade, desatenção, impulsividade ou o défice autorregulatório se revelam verdadeiramente debilitantes para o indivíduo, ao contrário do grupo dos hiperactivos "puros" em

que muito duvidosamente tal se verificará (Biederman, Newcorn, & Sprich, 1991). Por outro lado, a associação, na infância, de Problemas de Comportamento Exteriorizados/Problemas de Aprendizagem é francamente mais preditiva da manutenção posterior dos défices do que a associação Problemas de Comportamento Interiorizados/Problemas de Aprendizagem (Abikoff & Klein, 1992; Hinshaw, 1992; Hinshaw, Lahey & Hart, 1993; McKinney, 1989). Deste modo é igualmente de supor - e essa é precisamente uma das hipóteses do nosso estudo - que este seja o grupo que apresenta piores resultados em provas que exigem a manutenção prolongada da atenção.

A constituição do grupo NORMAL

Este grupo, cujos elementos apresentam, em todas as provas, resultados "normais" para o esperado em função da idade, foi constituído de forma aleatória a partir do conjunto de crianças "normais" da amostra inicial de 887 crianças. As suas características essenciais, tal como as dos restantes grupos, estão assinaladas no quadro 6.8.

Probabilidades teóricas de inclusão dos alunos nos grupos, em função dos critérios adoptados

Tendo em vista um controlo mais eficaz da inclusão dos sujeitos nos grupos e a testagem dos próprios critérios adoptados, determinou-se, através de uma função discriminante, a probabilidade teórica de inclusão de cada um dos sujeitos nos grupos e confrontou-se essa probabilidade com os critérios efectivamente utilizados para determinação dos grupos de inclusão. De referir que a equação discriminante inclui as seguintes variáveis: (1) notas escolares, (2) resultados na prova de leitura, (3) resultados na escala de despiste de DHDA e (4) resultados obtidos na escala de despiste de DO. Os resultados são apresentados no quadro 6.9..

Quadro 6.9. - Previsão de eficácia da inclusão nos grupos, a partir dos critérios de selecção adoptados

<u>Grupo Actual</u>	<u>nº de casos</u>	<u>PREVISÃO DE GRUPO DE PERTENÇA</u>				
		<u>GRUPO 1</u>	<u>GRUPO 2</u>	<u>GRUPO 3</u>	<u>GRUPO 4</u>	<u>GRUPO 5</u>
GRUPO 1	72	70	1	0	0	1
PA		(97.2%)	(1.4%)			(1.4%)
GRUPO 2	17	0	17	0	0	0
DHDA			(100%)			
GRUPO 3	11	0	0	11	0	0
DO				(100%)		
GRUPO 4	26	0	1	1	24	0
COMÓRBIDO			(3.8%)	(3.8%)	(92.4%)	
Grupo 5	64	2	1	0	0	61
NORMAIS		(3.1%)	(1.6%)			(95.3%)

Nota. PA - Problemas de Aprendizagem. DHDA - Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção. DO - Distúrbio de Oposição. Comórbido - Problemas de Comportamento+Problemas de Aprendizagem. As duas primeiras colunas indicam os grupos em que os alunos foram integradas e respectivos n_s . As restantes colunas indicam os grupos prováveis de pertença em função dos desempenhos nas medidas utilizadas.

Como é visível, a inclusão nos grupos a partir dos critérios adoptados tem uma eficácia elevada, aproximando-se muito

significativamente da probabilidade teórica, dado que, em média é de cerca de 96.3%. Este valor pode ser considerado muito elevado e até não muito fácil de atingir (Lindeman, Merenda e Gold, 1980). O grupo em que o grau de concordância é mais baixo é o COMÓRBIDO, o que, de resto, não é sequer de estranhar, dado que constitui um agrupamento de alunos com problemas de aprendizagem e de comportamento, pelo que é natural que exista probabilidade teórica de incluir alguns desses alunos ou nos grupos que apresentam problemas de comportamento (como se verifica) ou no grupo com problemas de aprendizagem.

No geral, estes resultados aumentam a confiança nos sub-agrupamentos constituídos a partir dos critérios adoptados e parecem confirmar que as medidas utilizadas são satisfatoriamente discriminativas.