

Estudo epidemiológico dos transtornos hipercinéticos – Normas diagnósticas e validação do Questionário de Conners para Pais e Professores

Adriana de Andrade Gaião*
Genário Alves Barbosa**

Introdução

No campo da psicopatologia da infância e da adolescência, destacamos uma patologia eminentemente infantil que tem início aos 2 anos de idade e se prolonga por toda a fase pré-escolar, tendo valor clínico a partir dos 7 anos. Trata-se dos Transtornos Hipercinéticos (THs), que têm sido objeto de estudos por profissionais de diversas áreas, onde estes buscam encontrar explicações e até possíveis soluções para esse transtorno que prejudica o desenvolvimento normal da criança, dificultando sua aprendizagem e sociabilidade. Os THs são um dos transtornos que mais têm recebido denominações, possivelmente por possuírem uma etiologia multifatorial, dificultando assim normas precisas e fidedignas para o seu correto diagnóstico. Desde que Still, em 1902, descreveu pela primeira vez condutas hiperativas, denominando-as de defeito de conduta moral, ainda nos dias atuais não se tem uma nomenclatura exata para os Transtornos Hipercinéticos de acordo com a CID-10 ou Transtorno do Déficit da Atenção/Hiperatividade segundo o DSM-IV (Barbosa, 1995). Um dos grandes problemas dos THs diz respeito ao sintoma hiperatividade, onde muitas vezes os profissionais o confundem com uma síndrome própria, como o faz a escola americana. A presença do sintoma hiperatividade já a partir dos 2-3 anos torna-se uma tarefa difícil, **a priori**, de se distinguir entre crianças ativas e sociáveis das que vão paulatinamente desenvolvendo esta síndrome. É devido a estas dificuldades que até o presente momento este transtorno tem sido alvo de muitas controvérsias e críticas entre seus estudiosos.

Pino e Praxedes (1993) destacam que o grande problema dos estudos epidemiológicos sobre os THs reside no fato de que se trata de um transtorno onde os sintomas se centram, essencialmente, na conduta da criança e que os critérios para seu diagnóstico requerem informações sobre os diversos comportamentos da criança em casa, como também na escola ou em outros lugares que esta frequenta, isto é, comportamentos massivos (hiperatividade massiva, Taylor, 1991). Para que o clínico consiga essas informações, ele recorre a terceiros, como os professores e os pais da criança. No entanto, essas informações algumas vezes chegam até o clínico de forma inviesada, e algumas informações que são de grande importância para o diagnóstico são até sonegadas pelos próprios pais da criança, prejudicando assim o correto

RESUMO

Decorrente da necessidade de suprir a falta de trabalhos epidemiológicos sobre os Transtornos Hipercinéticos (THs) e pela própria escassez de pesquisas nessa área em nosso meio, este estudo tem como objetivo adaptar e validar fatorialmente o Questionário Abreviado de Conners, em suas duas formas, Pais e Professores, e detectar a prevalência dos THs. A amostra foi constituída por 979 crianças de escolas públicas de João Pessoa – PB, sendo 536 do sexo masculino e 443 do sexo feminino, com idade variando entre 7 e 14 anos. As aplicações dos questionários ocorreram durante os anos de 1993 a 1996. Os resultados indicaram a adequação de 37 dos 39 itens que constituem o instrumento original da forma para Professores e a confirmação de 35 dos 42 itens da forma para Pais. O percentual de variância do construto medido foi de 39,2%, o ponto de corte foi de 68 para meninas e 66 para meninos do Questionário para Professores, enquanto, para o Questionário para Pais, o índice de consistência interna foi de 0,79%, e o ponto de corte foi de 57, não havendo diferenças significativas entre sexo e idade. Portanto, conclui-se que os instrumentos, tanto para Professores como para Pais, são válidos como rastreadores da sintomatologia dos Transtornos Hipercinéticos (THs).

UNITERMOS

Epidemiologia, validação, Questionário Abreviado de Conners para Pais e Professores, Transtornos Hipercinéticos.

Pesquisa financiada pelo CNPq.

- * Psicóloga infantil. Mestranda em Desenvolvimento Humano - Faculdade de Medicina - UFPB.
- ** Doutor em Psiquiatria Infantil pela Universidade de Sevilha - Espanha. Professor adjunto da UFPB. Pesquisador 2B do CNPq.

diagnóstico do transtorno. Dentre os instrumentos utilizados na coleta dessas informações, destacamos o Questionário Abreviado de Conners para Professores (CTRS) e para Pais (CPRS), onde é medida quantitativamente a conduta infantil, sendo este considerado como o melhor instrumento de *screening* que se tem na atualidade (Barbosa, 1994; Taylor, 1991; Mandoki, Sumner e Mathews-Ferrari, 1991).

Uma das vantagens no uso de instrumentos standardizados para a avaliação, através de informações de professores, pais e/ou outras fontes, é que estes podem facilitar comparações culturais recíprocas, como também o advento de novos conhecimentos nas culturas onde os instrumentos são feitos para serem utilizados (Conners, 1997). Quando estes instrumentos são empregados em nosso meio, faz-se necessária e indispensável sua validação; caso contrário, seus resultados não serão fidedignos nem confiáveis, pois é através da validação que o instrumento torna-se apto no seu real emprego.

Estudos têm sido realizados no campo da epidemiologia dos THs, mas seus resultados têm demonstrado uma certa disparidade nas taxas de prevalência entre populações distintas e até dentro de uma mesma região. Acredita-se que essas divergências ocorram devido à falta de critérios metodológicos precisos, ou ainda pela falta de instrumentos standardizados que possibilitem normas diagnósticas adequadas para o diagnóstico do transtorno. É com esse objetivo, o de suprir esta necessidade, que o presente trabalho tem o intuito de validar e normatizar o Questionário de Conners para Professores e para Pais, no sentido de que possa ser utilizada na prática clínica como um instrumento útil e complementar no diagnóstico dos THs, como também em estudos epidemiológicos. Vários pesquisadores enfatizam a importância desses estudos; dentre eles salientam-se McClure e Gordon (1994), os quais acreditam que, com o emprego de instrumentos standardizados disponíveis à comunidade científica, pode-se juntar a sintomatologia clínica com a escolar, sendo esta de valor imprescindível para o diagnóstico desses transtornos. Embora admitindo-se que, em alguns casos, os professores como também os pais podem mascarar a veracidade das informações, através de pesquisas já realizadas, comprovou-se que eles ainda são os melhores informantes sobre as crianças, principalmente na área dos THs.

Método

Sujeitos

A amostra foi constituída de 979 escolares, com idade variando entre 7 e 14 anos, apresentando um

DP = 1,95, de ambos os sexos, sendo 54,75% do sexo masculino e 45,25% do sexo feminino. Todos devidamente matriculados em 13 escolas públicas da cidade de João Pessoa – PB. Os questionários foram respondidos por 53 professores pertencentes a diversas escolas estaduais e 979 pais responderam o questionário de seus filhos.

Instrumento

Conners elaborou o questionário em duas formas: uma para Professores e outra para Pais, na Austrália, em 1969 e revisado posteriormente em 1973.

As versões brasileiras do Questionário Abreviado de Conners para Professores e para Pais foram adaptadas por Barbosa e Gouveia no ano de 1993. Estas versões partiram da versão original inglesa de Conners, a qual já havia sido revisada por Goyette e Conners em 1978. Um psiquiatra bilíngüe fez a tradução e, em seguida, pediu-se a outro profissional, versado na língua inglesa, que os traduzisse do português para o inglês. Por fim, compararam-se as traduções para avaliar se o conteúdo semântico dos itens permanecia os mesmos nos dois idiomas, o que foi devidamente assegurado.

As escalas que estão sendo objeto de validação neste estudo são as formas abreviadas. Atualmente, elas são mais utilizadas por agruparem itens que se adequam, no presente momento, aos critérios diagnósticos dos THs.

A escala abreviada para professores consta de 39 itens. Cada pergunta descreve uma conduta característica da criança hiperativa, devendo o professor avaliá-la como se apresenta. Para cada item existem quatro opções de resposta: [0] = *Nunca*, [1] = *Às vezes*, [2] = *Freqüentemente* e [3] = *Sempre*. O total de pontos para esta escala é 117 pontos e ela deve ser aplicada a crianças de 7 a 14 anos. Já a escala para pais consta de 42 itens, os quais descrevem a conduta hiperativa da criança, na qual os pais devem avaliar como esta se apresenta. Possui as mesmas opções de respostas como as de professores. A soma total é de 126 pontos e deve ser aplicada à mesma faixa anterior, dos 7 aos 14 anos.

Procedimento

A aplicação do questionário aos professores foi realizada em escolas públicas de João Pessoa – PB. Nas escolas, antes de se distribuírem os questionários aos professores, fez-se uma reunião com todos os que iam participar da pesquisa, explicando não somente conceitos, critérios, diagnóstico e a problemática escolar, como também o correto preenchimento. Além disso, ofereceu-se o atendimento à criança no Setor de Psiquiatria Infantil do Hospital Universitário Lauro Wanderley, na segunda fase do estudo.

Já a aplicação do questionário aos pais foi realizada em escolas públicas de João Pessoa e não se registrou nenhum problema. Inicialmente, através de uma carta da direção da escola, levada pelos escolares, solicitava-se o comparecimento de um dos pais na instituição de ensino, com dia e hora previamente marcados, quando se procedeu à aplicação propriamente dita. Apesar da facilidade para compreender e responder o instrumento, os pesquisadores se colocaram à disposição daqueles pais que apresentaram dificuldade na compreensão das perguntas, ou daqueles que eram impossibilitados de ler e escrever, devido ao seu baixo nível escolar. Da mesma forma que se procedeu com os professores, também aos pais foi oferecido o atendimento à criança no Setor de Psiquiatria Infantil da Universidade Federal da Paraíba.

A aplicação dos questionários tanto para professores como para pais deu-se a partir de maio de 1993 até junho de 1996. Durante a aplicação, duas bolsistas do Programa Institucional de Bolsas para Iniciação Científica (PIBIC/CNPq/UFPB), do Setor de Psiquiatria Infantil, faziam supervisão em escolas selecionadas e, quando necessário, os pesquisadores dirigiam-se à escola para novos esclarecimentos. No tocante ao índice de perda de questionários, este foi praticamente inexistente, devido à elevada receptividade dos professores em participar da pesquisa, bem como da presença das bolsistas, enquanto, por parte dos pais, foi de 10%, pela dificuldade de alguns deles em responder como também pela presença do analfabetismo, sendo necessária, algumas vezes, a ida das bolsistas às casas destes informantes no sentido de obter informações de todos os escolares selecionados. Além do mais, para a criança poder participar da pesquisa eram necessárias as informações dos pais e dos professores.

Resultados

Os dados foram tabulados e analisados através do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS/PC for Windows - 6.0). Os procedimentos estatísticos utilizados foram análises descritivas, caracterizando assim os aspectos sociodemográficos da amostra com fins de elaboração de normas. Análises de natureza multivariada, com a finalidade de se avaliarem os aspectos de validade e de fidedignidade do instrumento.

Utilizando a opção *SPSS Factor*, foi efetuada uma análise dos componentes principais (PC) com o objetivo de estimar o número de dimensões, a presença de combinações lineares normalmente distribuídas e a fatorabilidade da matriz de correlação *R* entre os itens integrantes dos questionários (Tabachnick e Fidell,

1996). Os resultados do CTRS demonstraram boa adequação da amostra (*Teste de Kaiser-Meyer-Olkin* = 0,9236) e da fatorabilidade da matriz (*Teste de Esfericidade de Bartlett* = 13173,658 $p < 0,0001$). A análise dos componentes principais revelou a existência de 7 dimensões, explicando cerca de 54% de variância. Os 39 itens foram submetidos a uma análise dos fatores principais (PAF), com rotação ortogonal, uma vez que foram identificados conjuntos de variáveis independentes entre si, não ficando evidenciada a existência de correlações significativas entre os fatores extraídos. Emergiram 4 fatores, todos com *Eigenvalues* maiores que 1,0, explicando 39,2% da variância total. Em relação ao CPRS, os resultados da análise exploratória revelaram a existência de 10 dimensões, explicando 50,4% de variância do construto hiperatividade. Os 42 itens foram submetidos a uma análise dos fatores principais, com rotação ortogonal, devido à ausência de correlações significativas entre as dimensões encontradas. Emergiram 4 fatores, todos com *Eigenvalues* iguais ou maiores que 1,16, explicando 28,7% da variância total.

A **tabela 1** apresenta o número de itens e demais indicadores quantitativos de cada fator e dos questionários totais. Para melhor identificação, os itens foram escalonados segundo a magnitude de suas cargas fatoriais. No CTRS, aqueles com cargas menores que $\pm 0,35$ (itens de número 24 e 30) e, no CPRS, aqueles com cargas menores a $\pm 0,30$ (itens 10, 11, 13, 17, 18, 25 e 35) não foram considerados satisfatórios para a solução fatorial, sendo, assim, excluídos.

No CTRS a consistência interna dos fatores foi calculada através do subprograma *Reliability*, optando-se pelo uso do *Alpha de Cronbach* (Cronbach 1960; Norusis, 1992). Para os quatro fatores foram encontrados tais índices: primeiro fator (**Hiperatividade**) $\alpha = 0,91$; segundo (**Desatenção**) $\alpha = 0,80$; terceiro (**Passividade**) $\alpha = 0,73$; e para o quarto fator (**Conduta anti-social**) $\alpha = 0,60$. Já para o CPRS, os índices encontrados foram os seguintes: primeiro fator (**Hiperatividade**) $\alpha = 0,83$; segundo (**Medos/Somatizações**) $\alpha = 0,74$; terceiro (**Perseveração/Perfeccionismo**) $\alpha = 0,67$; e por último, o quarto fator (**Furtos/Conduta anti-social**) $\alpha = 0,62$. Os resultados indicam que os questionários apresentam características satisfatórias de confiabilidade, não só no que se refere aos fatores isoladamente, como também para os questionários totais, apresentando um *Alpha de Cronbach* da ordem de 0,84 para o CTRS e para o CPRS um *Alpha de Cronbach* igual a 0,79.

Nas **tabelas 2 e 3**, seguem descrições pormenorizadas dos fatores constituintes de cada questionário, apresentando, do ponto de vista clínico, os itens

TABELA 1

Cargas Fatoriais, *Eigenvalues*, Comunalidades (h^2), Percentuais de Variância, Covariância e Índice de Confiabilidade para cada Fator dos Questionários CTRS e CPRS [N = 979]

Questionário Abreviado de Conners para Professores					Questionário Abreviado de Conners para Pais					
CTRS					CPRS					
Ítems	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄	h ²	Ítems	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄
14	0,78				0,65	42	0,60			
06	0,76				0,60	21	0,58			
15	0,73				0,57	15	0,57			
13	0,72				0,54	14	0,56			
01	0,68				0,58	16	0,54			
21	0,66				0,47	37	0,53			
02	0,65				0,49	27	0,51			
29	0,63				0,43	38	0,50			
31	0,60				0,37	20	0,49			
12	0,58				0,46	26	0,46			
16	0,56				0,41	36	0,44			
18	0,55				0,42	22	0,38			
20	0,53				0,39	41	0,36			
32	0,53				0,36	02		0,62		
05	0,50				0,41	08		0,50		
17	0,49				0,26	04		0,49		
36	0,35				0,16	06		0,47		
07		0,69			0,59	03		0,47		
11		0,65			0,45	05		0,46		
10		- 0,54			0,39	07		0,43		
04		0,52			0,30	09		0,39		
03		0,50			0,27	01		0,37		
39		0,49			0,32	12		0,32		
34		- 0,48			0,32	32			0,55	
33		- 0,47			0,36	24			- 0,53	
08		0,42			0,26	19			0,49	
35		0,41			0,32	23			- 0,46	
09		0,35			0,22	33			0,39	
26		- 0,35			0,16	34			0,38	
37			0,65		0,46	39			0,35	
38			0,64		0,43	40			0,31	
28			0,60		0,42	30				0,75
25			- 0,52		0,28	29				0,74
27			0,45		0,27	31				0,45
22				0,46	0,39	28				0,41
23				0,44	0,33					
19				0,36	0,23					

Questionário Abreviado de Conners para Professores					Questionário Abreviado de Conners para Pais				
CTRS					CPRS				
	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄	
Eigenvalues	8,35	3,51	2,15	1,02	4,69	2,48	1,71	1,16	
% de variância	22,6	8,1	5,8	2,7	13,4	7,10	4,90	3,30	
Alpha de Cronbach	0,91	0,80	0,73	0,60	0,83	0,74	0,67	0,62	
% de covariância	57,65	20,66	14,79	6,88	46,68	27,34	17,10	11,50	

TABELA 2

Fatores constituintes do Questionário Abreviado de Conners para Professores - CTRS

Fator I - Hiperatividade

Item	Conteúdo
14	Perturba outras crianças.
06	É excitável e impulsivo.
15	Geralmente procura brigas.
13	Grita facilmente.
01	Mostra-se constantemente inquieto.
21	Possui temperamento explosivo.
02	Tagarela ou faz ruídos raros com a boca.
29	Interfere nas atividades de outras crianças.
31	Apresenta conduta desafiante.
12	Apresenta-se mal humorado e insuportável.
16	Muda de humor rapidamente.
18	É destruidor.
20	É mentiroso.
32	É descarado (sem vergonha).
05	É muito ativo.
17	Apresenta vivacidade (agudeza) em suas condutas.
36	É obstinado.

Fator II - Desatenção

Item	Conteúdo
07	Distrai-se com facilidade e tem dificuldade para se concentrar.
11	Parece estar "sonhando acordado" durante o dia (muita fantasia).
10	É excessivamente sério ou triste.
04	Apresenta dificuldades de coordenação motora.
03	Fica desanimado ante o estresse de uma prova.
39	Apresenta problema de assistência na classe.
34	É medroso.
33	É tímido.
08	As tarefas que começa, deixa sem terminá-las.
35	Demanda demasiada atenção do professor.
09	É excessivamente sensível.
26	Carece de mando e liderança.

Fator III - Passividade

Item	Conteúdo
37	Sempre disposto a agradecer.
38	Não é cooperativo.
28	Pode estar com outras crianças do mesmo sexo.
25	Não é capaz de respeitar as regras do jogo.
27	Não pode estar com outras crianças do mesmo sexo.

Fator IV - Conduta anti-social

Item	Conteúdo
22	Isola-se das demais crianças.
23	Parece ser rejeitado pelo grupo.
19	É capaz de realizar pequenos furtos.

que confluem uniformemente como indicadores de sintomas e/ou condutas importantes, inclusive para diagnóstico.

Normas para amostra

Na confecção de normas para a conduta hiperativa relacionada à população alvo do CTRS, foram computados os escores brutos atribuídos pelos professores à amostra estudada. Através dos Testes *t* de Student foram efetuados com o objetivo de avaliar a existência ou não de diferenças significativas entre a distribuição dos escores e as variáveis sexo e idade, sendo esta última dicotomizada em duas faixas etárias, a saber: 7 a 10 e 11 a 14 anos.

A escolha por um teste paramétrico foi devido aos escores apresentarem uma forte tendência a se distribuir normalmente, sinalizando com isso a possibilidade de utilização de um teste de maior poder em detectar diferenças significativas entre duas distribuições de escores. O nível de significância adotado foi o de $p < 0,05$. Os resultados indicaram diferença significativa apenas para a variável sexo ($t_{(979)} = 5,93$ $p < 0,001$), não observando o mesmo para a variável idade ($t_{(979)} = 0,10$ n.s.). Após constatado o impacto dos escores na variável sexo, tornou-se necessária a elaboração de normas diferenciadas para os dois grupos de crianças. Foram elaboradas três distribuições normativas: a Norma Bruta, a Norma Percentílica (P) e a Norma Reduzida-Transformada (T).

A Norma Bruta é resultante do somatório dos escores brutos atribuídos por cada um dos juízes. Para a Norma Percentílica pode-se entender a frequência percentual acumulada das notas brutas atribuídas pelos professores, enquanto a distribuição normativa T é resultante da transformação dos escores *z*, com média igual a 50 e um desvio padrão constante de 10 ($50 + 10^*z$). O Ponto de Corte (cut-off) adotado foi em termos de escores *z*, correspondendo a +2 Desvios Padrão.

Para a elaboração de normas para a conduta hiperativa do CPRS, foram computadas as classificações atribuídas pelos pais à amostra estudada, utilizando os mesmos procedimentos e testes empregados no CTRS. Os resultados revelaram ausência de diferença significativa, tanto para a variável sexo ($t_{(979)} = 1,09$ n.s.) quanto para a idade ($t_{(979)} = 0,06$ n.s.). Decorrente da ausência de impacto dos escores nas duas variáveis, permitirá a elaboração de normas gerais para a população alvo.

Objetivando aumentar as opções para o clínico, foram confeccionadas três distribuições normativas, já citadas acima. O Ponto de Corte adotado correspondeu a +2 Desvios Padrão da distribuição.

TABELA 3

Fatores constituintes do Questionário Abreviado de
Conners para Pais - CPRS**Fator I - Hiperatividade**

Item	Conteúdo
42	Seus atos dão a impressão de serem movidos por um motor.
21	Briga constantemente.
15	É valente (arrogante) e desrespeita os seus superiores (insolente).
14	Desafia e intimida os demais.
16	É descarado com os adultos.
37	Não pode ficar quieto.
27	Mente, culpando os demais dos seus erros.
38	Sobe em todas as partes.
20	É malicioso com os irmãos.
26	Desobedece às normas da escola.
36	Mostra-se nervoso e inquieto.
22	Critica muito outras crianças.
41	Se começa a fazer alguma coisa, repetitivamente, é impossível parar.

Fator II - Medos / Somatizações

Item	Conteúdo
02	Tem medo diante de novas situações.
08	Apresenta tremores.
04	Tem medo de estar sozinho.
06	Mostra-se tenso e rígido.
03	Tem medo de gente.
05	Preocupa-se com doenças e mortes.
07	Apresenta sacudidas ou espasmos musculares.
09	Sente dores de cabeça.
01	Desperta à noite.
12	Queixa-se de enfermidades e dores.

Fator III - Perseveração / Perfeccionismo

Item	Conteúdo
32	Pretende fazer tudo bem feito (perfeito).
24	Gosta de ir à escola.
19	Tem amigos.
23	Aprende na escola.
33	Necessita fazer sempre as coisas da mesma maneira.
34	Tem objetivos muito altos (sonhar alto).
39	Desperta muito cedo.
40	Não fica quieto durante as refeições.

Fator IV - Furtos / Conduta anti-social

Item	Conteúdo
30	Furta em lojas, em barracas e em outros lugares.
29	Realiza furtos na escola.
31	Tem problemas com a polícia.
28	Realiza furtos a seus pais.

Para o CTRS, o Ponto de Corte foi igual a 71 da Norma T e a prevalência de THs para o sexo feminino foi de 1,8%, isto é, 8 meninas, enquanto para o sexo masculino, o Ponto de Corte foi de 70, sendo a prevalência, de acordo com a mesma norma, de 4,1%, correspondendo a 22 meninos. O índice de prevalência de hiperatividade para a amostra total, ou seja, do CTRS, foi de 3%, sendo que desta 73% pertencem ao sexo masculino e 27% ao sexo feminino. Já para o CPRS, adotando-se um Ponto de Corte igual a 70 da Norma T, ou de 57 da Norma Bruta, temos a prevalência dos THs de 3% do total da amostra estudada. Implica dizer que, dos 979 alunos, 27 foram classificados acima do critério de +2 Desvios Padrão, sendo que, deste total, 17 (63%) pertencem ao sexo masculino e 10 (37%) ao sexo feminino.

Na tabela 4 seguem as três variedades de distribuições normativas para os questionários CTRS e CPRS.

Discussão

Para os instrumentos ora validados, o CTRS e o CPRS, podemos discutir os seguintes pontos. No CTRS foram encontrados dois Pontos de Corte, um para o sexo feminino, igual a 68 pontos, e outro para o sexo masculino, igual a 66 pontos. A menor pontuação para o sexo feminino foi de 16, enquanto a máxima foi de 80 pontos. Já para o sexo masculino, a menor pontuação foi de 14 e a máxima 89 pontos. Num estudo piloto com uma amostra menor, Barbosa (1994) encontrou um Ponto de Corte equivalente a 63 pontos para ambos os sexos. As crianças que obtiveram soma igual ou superior ao *cutoff* foram classificadas para a segunda fase do estudo (atendimento clínico). Pino e Praxedes (1993), em um trabalho epidemiológico com um universo de 1.796 crianças, encontraram 40 como *cutoff* para os meninos com menos de 10 anos e 42 para os maiores de 11 anos. No que se refere às meninas, o *cutoff* foi igual a 35. Os autores utilizaram como critério metodológico para este corte +1 Desvio Padrão, enquanto na presente investigação utilizamos 2 Desvio Padrão para evitar a presença de falsos-positivos, e por ser também a norma mais utilizada atualmente em estudos epidemiológicos e de validação.

Dentre os 37 itens dos 39 do CTRS que apresentaram carga fatorial adequada na presente validação, os três que indicaram maiores cargas e comunalidades fizeram parte do primeiro fator. São os itens: 14, 06 e 15 - vide tabela 2. Estes itens são os que descrevem condutas hiperativas e impulsivas das crianças, corroborando assim os critérios diagnósticos do DSM-IV. Estes critérios ainda incluem a impulsividade como

TABELA 4

Normas Diagnósticas dos Escores de THs dos Questionários Abreviados de Conners para Professores e para Pais [N_{total} = 979]

Normas Diagnósticas dos Escores de THs dos Questionários Abreviados de Conners

C T R S - Professores

C P R S - Pais

Feminino (N = 443)			Masculino (N = 536)					
Bruto	P	T	Bruto	P	T	Bruto	P	T
16	0	34	14	0	32	08	1,0	30
17	2	35	16	0	33	09	2,0	31
18	3	36	19	4	36	11	3,0	32
19	4	36	20	5	36	13	5,0	34
20	6	37	22	10	38	15	7,0	36
21	8	37	24	15	39	17	11,0	37
22	11	38	26	22	41	19	15,0	39
23	15	39	27	25	42	21	18,0	41
24	20	39	28	28	42	23	24,0	42
25	25	40	29	31	43	24	27,0	43
26	29	41	30	35	44	25	30,0	44
28	36	42	31	37	44	26	34,0	45
29	41	43	33	45	46	28	42,0	46
30	46	44	34	48	47	31	51,0	49
32	53	45	36	53	48	32	54,0	50
33	56	46	37	56	49	35	63,0	52
34	59	47	38	58	49	37	70,0	54
36	64	48	39	61	50	41	80,0	57
38	69	50	40	63	51	43	83,0	59
40	73	51	42	66	52	45	86,0	60
43	76	53	44	70	54	46	87,0	61
46	80	55	45	72	55	47	88,0	61
50	85	56	48	77	57	48	90,0	62
55	90	58	50	81	58	50	93,0	65
60	94	62	52	83	59	53	95,0	67
63	95	65	54	86	61	PC' 57	97,0	70
66	96	66	56	88	63	60	98,0	72
67	97	69	58	91	64	65	99,0	77
*PC 68	98	71	61	93	67	69	99,0	77
72	98	71	64	95	68	70	99,0	77
73	98	71	**PC 66	96	70	73	100,0	83
75	99	74	67	97	71			
78	99	75	70	98	73			
79	99	76	73	99	82			
80	99	80	89	99	87			

*PC = Ponto de Corte Feminino

**PC = Ponto de Corte Masculino

PC' = Ponto de Corte

um dos componentes dos THs, afóra a hiperatividade e o déficit de atenção. Um outro dado interessante é que esses itens apresentam cargas fatoriais e comunalidades maiores que o primeiro item do segundo fator que avalia o déficit de atenção. Isto reforça a teoria de Taylor (1991), que defende a síndrome hipercinética e não hiperativa, devendo a hiperatividade ser entendida como um sintoma e não uma síndrome. Em um trabalho idêntico realizado em Sevilha, Pino e Praxedes (1993), utilizando o mesmo questionário, o CTRS, encontraram os três seguintes itens com maiores cargas fatoriais: 07, 08 e 11. Comparando os dados dos investigadores anteriores com os da presente pesquisa, pode-se concluir que permanece a problemática dos sintomas dos THs, pois os três itens de maiores cargas fatoriais encontrados por eles pertencem ao segundo fator (desatenção) do presente estudo. Outra conclusão a que se pode chegar é que a tríade sintomatológica dos THs compreendendo o déficit da atenção, a hiperatividade e a impulsividade, quanto à nomenclatura Transtornos Hiperkinéticos, estão corretas.

Dentre os estudos dos THs tem-se feito pouca distinção entre os sexos, quando do estabelecimento de normas. McGee e Feehan (1991) recomendam que se façam mais estudos com normas específicas para cada sexo e seu respectivo diagnóstico, para que se possa, assim, identificar melhor as meninas que apresentam THs. Realmente trata-se de um transtorno mais freqüente em meninos; todas as normas e critérios diagnósticos utilizados e existentes são genéricos, contemplando mais o sexo masculino. Reider-Uysal (1990) comprovou, através de um estudo com 14 meninas e 25 meninos com síndrome hiperkinética, que a severidade da hiperatividade estaria relacionada com os eventos diários e que os meninos apresentavam maior impulsividade que as meninas. São vários os estudos em que se confirma a maior prevalência dos THs no sexo masculino em que pese, na atualidade, alguns investigadores não terem encontrado diferenças significativas entre os sexos. A nosso ver, esta é uma variável que tende a se generalizar e que devemos buscar explicações no campo da psicopatologia infantil para sua justificativa.

Em relação às normas, no atual estudo, não houve diferença significativa devido à idade, o que clinicamente significa um fator de predição, em termos de prognóstico, já que a instalação destes transtornos a partir dos 6 ou 7 anos constituir-se-á num risco. A prevenção seria valiosa e esta só poderá ocorrer quando se validarem instrumentos fiáveis e com normas precisas, e que haja um trabalho conjunto envolvendo psiquiatras, psicólogos, professores e pais.

Em um estudo piloto realizado por Barbosa (1994), utilizando uma amostra de respondentes igual a N = 180, a prevalência encontrada para os THs, medida com

o Questionário Abreviado de Conners para Professores, foi de 4%. A polêmica sobre a divergência nas taxas de prevalência continua. Mandoki, Summer e Mathews-Ferrari (1991) estimaram que 20% das crianças em escolas apresentam déficit de atenção e hiperatividade, e que esta última é o sintoma mais comum no campo da psicopatologia infantil. Richters e Arnold (1995) afirmaram que a prevalência da Síndrome de Déficit de Atenção/Hiperatividade (ADHD) nos Estados Unidos é de 3% a 9%, enquanto Johnston (1996), encontrou a prevalência em torno de 5% da população infantil estudada, muito abaixo de cifras anteriormente encontradas por pesquisadores daquele país. Já o estudo de Pino e Praxedes (1993), na Espanha, encontrou uma prevalência de 6%. Os novos dados mostram que já se começa, com critérios metodológicos mais rígidos, a se aproximar de taxas mais convergentes e precisas. Este também foi um dos objetivos do presente estudo, ou seja, detectar a prevalência destes transtornos em nosso meio, já que, na maioria das vezes, eles são citados na imprensa leiga sem nenhuma investigação para o fornecimento das reais taxas.

Graybill, Williams e Bodmer (1991) utilizaram o CTRS no intuito de avaliar o grau de agressividade das crianças estudadas e concluíram que o referido instrumento também se mostrou válido para quantificar a agressividade das crianças. Por outro lado, Zelko (1991), em um estudo com crianças portadoras de Déficit de Atenção, utilizou três distintos instrumentos, entre eles o CTRS, concluindo que este tem a grande vantagem de permitir a avaliação de mudanças e efeitos no processo de intervenção, afóra ser importante como instrumento de *screening*.

Quanto às avaliações feitas pelos professores, na validação feita por Taylor e Sandberg (1984), ficou evidenciada uma alta correlação entre as apreciações globais, por parte deles, o que leva à conclusão de que esses informantes são excelentes colaboradores em estudos epidemiológicos, onde se rastreia a população geral, motivo pelo qual o ponto de corte é bem maior que os de outros tipos de informantes, uma vez que os professores oferecem valiosas informações, pois estes têm a oportunidade de fazer comparações entre as crianças de um mesmo grupo, de sexos iguais ou distintos, dentro de uma mesma sala de aula (Barbosa, 1994).

Em relação ao CPRS, encontramos como Ponto de Corte 57, utilizando critério +2 DP. Nas respostas obtidas pelos pais, a menor pontuação foi 8 pontos, enquanto a máxima foi de 73. Num estudo piloto realizado por Barbosa (1994), o Ponto de Corte foi de 59. Esta diminuição de dois pontos ora encontrada justifica a necessidade teórica, usada pelos psicometristas, de que necessitamos ter para cada item o

mínimo de 10 respondentes, pois a partir desta relação item/respondente poder-se-ão avaliar estatisticamente a confiabilidade, o construto e a consistência interna dos itens e do próprio questionário.

Na validação de Goyette e Conners (1978), quando reduziram a versão original do CPRS de 93 itens para 42, encontraram também quatro fatores, dentre os quais o primeiro fator foi denominado Índice de Hiperatividade, constituído por 10 itens: 04, 07, 11, 13, 14, 25, 31, 33, 37 e 38. Em nossa validação, cinco destes itens são coincidentes para o referido fator. Já os estudos de Pino e Praxedes (1993), com uma população sevilhana composta por 1.796 respondentes, encontraram 7 fatores, sendo o primeiro fator denominado Conduta, constituído por 7 itens, explicando 13,2% da variância, e o segundo fator denominado Hiperatividade, com 5 itens, explicando 5,8% da variância. Em nosso estudo encontramos 4 fatores obtidos através de uma análise exploratória dos componentes principais. O primeiro fator denominado **Índice de Hiperatividade** apresentou 13 itens, explicando 13,4% da variância com um *Eigenvalue* de 4,69 e um *Alpha de Cronbach* igual a 0,83. Os três itens de maiores cargas fatoriais descrevem sintomas condutuais e de comportamento da criança que, juntamente com os demais itens, caracterizam **a priori** um grande agrupamento de sintomas, todos relacionados com a hiperatividade, um dos três sintomas fundamentais dos THs. Para o segundo fator denominado **Medos/Somatizações**, encontramos 10 itens que descrevem a sintomatologia fóbica, bem como de caráter somático (ansiosos). Este explicou 7,10% da variância e apresentou um *Alpha de Cronbach* de 0,74. Já para o terceiro fator, chamado de **Perseveração/Perfeccionismo**, encontramos 8 itens, explicando 4,90% de variância e um *Alpha de Cronbach* de 0,67. O item 40 nos chamou atenção ao se agrupar neste fator, já que em muitas validações encontra-se no primeiro fator. O quarto fator, denominado **Furtos/Conduta anti-social**, explicou 3,30% da variância com um *Alpha de Cronbach* de 0,62. Do ponto de vista clínico, este fator é muito importante, não somente pelos aspectos preventivos, mas também por avaliar o prognóstico ao longo do processo de intervenção em crianças THs e de sua comorbidade.

Quanto ao sintoma déficit de atenção, é curioso observar que no presente estudo, assim como em outras validações do CPRS, não se tem encontrado cargas fatoriais satisfatórias, quando os informantes têm sido os pais. Questionamos: 1) será que os pais priorizam mais a sintomatologia hiperativa dos seus filhos?; 2) ou será que os sintomas referentes ao déficit de atenção passam despercebidos pelos pais?; e finalmente 3) seriam as crianças mais hiperativas em casa?

Acreditamos que estas são perguntas para cujas respostas são necessários estudos aprofundados, para que se possa avaliar a falta de observação por parte dos pais, da sintomatologia do déficit de atenção, essencial para o diagnóstico dos THs.

Nos estudos de Oesterhed e Heber (1997), o CPRS apresentou seis fatores: problema de conduta, de aprendizagem, psicossomático, impulsividade-hiperatividade, ansiedade e índice de hiperatividade. Esses autores realizaram uma pesquisa com 300 crianças do sul da Dakota, com idade entre 5 e 13 anos. Para esses pesquisadores, a maior dificuldade encontrada foi a não compreensão dos itens, dos questionários de Conners, pela população indígena, que a atribuem a fatores lingüísticos, por parte dos respondentes e a valores culturais distintos, que também influenciaram muito nas respostas. Sobre a influência cultural, por parte dos pais, Moffit (1996) concluiu que ela pode variar, mesmo em se tratando da utilização de instrumentos estandardizados, e acrescentamos que isso pode ocorrer dentro de uma mesma população, daí a necessidade de uma metodologia mais rigorosa em estudos epidemiológicos e/ou de validação de instrumentos.

Um fato que nos chama a atenção é que as maiores cargas fatoriais estão no fator 4, em que o item 30 apresenta carga fatorial de 0,75, seguido do item 29, com 0,74 - ver tabela 1. Resultados semelhantes encontraram Pino e Praxedes (1993), em que os itens com maiores cargas fatoriais foram: o 29 com 0,79 e o 30 com 0,74. Portanto, os mesmo itens que também encontramos com maiores cargas fatoriais.

A preocupação em analisar as variáveis sexo e idade é no sentido de poder elaborar normas específicas para cada uma delas. Breen e Altepeter (1990), em seus estudos sobre a variabilidade situacional entre meninos e meninas com THs, demonstraram que os resultados não foram claramente significativos para a variável sexo, não encontrando diferenças que identificassem especificidade para esses transtornos.

Estudos na década de 80 relacionavam os THs como sendo transtornos predominantemente masculinos, na proporção de 4 meninos para 1 menina (Taylor, 1991; Gross-Tsur e cols., 1991). Horn e cols. (1989) estudaram 37 meninos e 17 meninas com THs para verificar a diferença entre os sexos e concluíram que não só para os sintomas primários, como para os secundários, esta variável não apresentava diferenças significativas. A relação 1,7 meninos para 1 menina encontrada em nosso estudo leva-nos a crer que esta aproximação vem ocorrendo em vários estudos realizados atualmente, pela presença dos fatores culturais e ambientais que influenciam sobremaneira nos THs, afora o aprimoramento dos critérios diagnósticos.

Concluimos ainda que o CPRS mostrou-se de grande validade psicopatológica por descrever e agrupar, de forma bastante clara e precisa, sintomas de condutas anômalas das crianças, bem como sua intensidade. Para Avila de Encío e Polaino (1988), os questionários de Conners constituem um instrumento operacional e prático, com capacidades suficientes para avaliar a prevalência dos THs, sendo, ainda, de grande valia não só nos estudos epidemiológicos, como também na atividade clínica diária. É interessante observar que, no presente estudo, através das informações dos pais, não encontramos diferenças significativas para a idade nem para o sexo, o que nos leva a crer que os pais não são tão bons informantes como os professores. Resultados semelhantes aos nossos encontrou Rieder-Uysal (1990), estudando 39 crianças com síndrome hiperkinética, não encontrando diferenças significativas para os sintomas primários entre os sexos; entretanto, os meninos tendiam a apresentar mais impulsividade que as meninas. Por outro lado, Eiraldi e cols. (1997) também não encontraram diferenças significativas entre idade, sexo, etnia e família. Todavia, para a classe social mais baixa, os dados foram significativos através do Post Hoc Tukey Test.

Conclusão

Através dos resultados obtidos com o uso dos instrumentos CTRS e CPRS, podem-se ressaltar as seguintes conclusões: com a utilização dos questionários, salientamos que os resultados confirmam a validade de critérios diagnósticos, baseados na tríade sintomatológica: déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade, que juntos caracterizam a Síndrome Hiperkinética. As análises demonstraram também que os instrumentos apresentam características de validade de construto relacionada à hiperatividade. Existe forte evidência de que os itens componentes do CTRS e CPRS representam, com propriedade, o traço latente medido. Quanto às características de confiabilidade, os índices encontrados demonstraram que os instrumentos apresentam parâmetros adequados de confiabilidade interna. Não foram encontradas diferenças significativas em relação à idade, havendo, contudo, efeitos de impacto no que se refere à variável sexo, apenas no CTRS, sendo necessária a elaboração de normas específicas para cada um. Para o sexo feminino, o Ponto de Corte foi de 68, enquanto para o masculino foi de 66. Já no CPRS, o Ponto de Corte foi de 57 para ambos os sexos. Optou-se pelo uso de +2 Desvios Padrão, como fizeram Goyette e Conners (1978), para os dois questionários, por considerar a possibilidade de menos falsos-positivos.

Portanto, conclui-se que os Questionários de Conners, em suas duas formas, para Professores e Pais, são instrumentos que apresentam parâmetros de validade e de confiabilidade. Estes demonstraram possuir características de validade e critérios diagnósticos atuais dos THs e de construto compatíveis com a sintomatologia dos transtornos, além de serem um bom preditor para o diagnóstico destes. É, sem sombra de dúvida, o melhor instrumento de *screening* para a realização de estudos epidemiológicos dos THs. Espera-se que estudiosos da área efetuem novas pesquisas para fins de comparações com os resultados ora encontrados e de aprofundamento da questão.

An epidemiological study of hyperkinetic disturbances: Diagnostic norms and validation of the Conners Questionnaire for Parents and Teachers

SUMMARY

The objective of this study is to adapt and factorially validate the Conners Abbreviated Questionnaire, in its two forms, Parents and Teachers, and to detect the prevalence of Hyperkinetic Disturbances (HDs). It was motivated by the need to cover the scarcity of epidemiological studies concerning Hyperkinetic Disturbances and by the paucity of research in this field. The sample was made up of 979 children from public schools in João Pessoa in the state of Paraíba, of which 536 were boys and 443 were girls, with ages varying between 7 and 14 years. The questionnaires were applied in the period from 1993 to 1996. The results indicate the adequacy of 37 out of 39 items which made up the original instrument in the version for teachers and the confirmation of 35 of 42 of the items in the version for parents. The percentage of variance of the measured construct was 39.2%, the cutoff point was 68 for girls and 66 for boys in the Teachers' Questionnaire whilst in the Parents' Questionnaire the index of internal consistency was 0.79% and the cutoff point 57 with no significant differences for sex and age. Thus, we conclude that the instruments, both for teachers and for parents, are valid as a form of testing for the symptomatology of Hyperkinetic Disturbances.

KEY WORDS

Epidemiology, validation, abbreviated Conners Questionnaire for Parents and Teachers, hyperkinetic disturbances.

Bibliografia

1. AVILA DE ENCÍO, C. & POLAINO, L. - "La Evaluación de la Hiperactividad Infantil en el Contexto Pediátrico". *Acta Ped. Esp.*, 46(1): 27-37, 1988.
2. BARBOSA, G.A. & GOUVEIA, V.V. - "O Fator Hiperatividade do Questionário de Conners: validação conceptual e normas diagnósticas". *Temas*, 23(46): 188-202, 1993.
3. BARBOSA, G.A. - "Transtornos Hiperkinéticos: validação do Questionário de Conners em escolares de João Pessoa." *J. Bras. Psiquiat.*, 43(8): 445-453, 1994.
4. BARBOSA, G.A. - "Transtornos Hiperkinéticos." *Infanto. Rev. Neuropsiquiatria Inf. Adol.* 3(2): 12-19, 1995.
5. BREEN, M.J. & ALTEPETER, T.S. - "Situational Variability in Boys and Girls Identified as ADHD." *J. Clin. Psychol.*, 46(4): 486-490, 1990.
6. CID-10 - **Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
7. CONNERS, C.K. - "A Teacher Rating Scale for use in drug studies with children." *Am. J. Psychiatry*, 126: 884-888, 1969.

8. CONNERS, C.K. - "Rating scales for use in drug studies with children". *Psychopharma. Bul.* Special Issue: pharmacotherapy with children. 24-84, 1973.
9. CONNERS, C.K. - Discussion of "Acceptability of the Conners Parent Rating Scale and Child Behavior Checklist to Dakotan/Lakotan Parents". *J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry*, 36(1): 63-64, 1997.
10. CRONBACH, L.J. - *Essentials of Psychological Testing*. New York: Harper & Row Publishers, 1960.
11. DSM-IV - *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
12. GRAYBILL, D.; WILLIAMS, P.G. & BODMER, B. - "Relationship of the Children's form of the Rosenzweig Picture - Frustration Study to Children's Behavior, Gender and Fantasies." *Psychol. Rep.*, 68(3): 747-753, 1991.
13. GOYETTE, C.H. & CONNERS, C.K. - "Normative Data on Revised Conners Parent and Teacher Rating Scale." *J. Abnor. Child Psychol.*, 6: 221-236, 1978.
14. GROSS-TSUR, V.; SHALEV, R.S. & AMIR, N. - "Attention Deficit Disorder: association with familiar-genetic factors." *Pediatr. Neurol.*, 7(4): 258-261, 1991.
15. HORN, W.F.; WAGNER, A.E. & IALONGO, N. - "Sex Differences in School-aged Children with Pervasive Attention Deficit-Hyperactivity Disorder." *J. Abnor. Child Psychol.*, 17(1): 109-125, 1989.
16. JOHNSTON, C. - Parent Characteristics and Parent-child Interaction in Families of Nonproblem Children and ADHD Children with Higher and Lower Levels of Oppositional-defiant behavior. *J. Of. Abnor. Child Psychology*, 24(1): 183-194, 1996.
17. MANDOKI, M.W.; SUMMER, G.A. & MATHEWS-FERRARI, K. - Subcategories of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *South Med. J.*, 84(6): 751-754, 1991.
18. McCLURE, F.O. & GORDON, M. - Performance of Disturbed Hyperactive and Nonhyperactive Children on an Objective Measure of Hyperactivity. *J. Of. Abnor. Child Psychology*, 12: 561-572, 1994.
19. MCGEE, R. & FEEHAN, M. - "Are Girls with Problems of Attention Underrecognized?" *J. Psychopathol. Behav. Assess.*, 13(3): 187-198, 1991.
20. MOFFIT, T.E. - "Measuring Children's Antisocial Behavior." (Ed). *Jama*, 275: 403-404, 1996.
21. NORUSIS, M.J. - *SPSS for Windows: Professional Statistics*, Release 5.0. Chicago, IL, 1992.
22. OESTERHED, J.R. & HEBER, J.B.A. - "Acceptability of the Conners Parent Rating Scale and Child Behavior Checklist to Dakotan/Lakotan parents." *J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry*, 30(1): 55-63, 1997.
23. PINO, P.B. & PRAXEDES, M.D.M. - "Transtornos Hipercinéticos: estudo epidemiológico em dobre fase de una población sevillana." *An. Psiquiatria*, 9(7): 306-331, 1993.
24. RICHTERS, J.E. & ARNOLD, L.E. - "Collaborative Multivariate Multimodal Treatment Study of Children with ADHD." *J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry*, 34(8): 987-1000, 1995.
25. RIEDER-UYSAL, D. - "Are there Sex Differences in the Manifestation of Hyperkinetic Syndrome?" *Z. Kinder Jugendpsychiatr.*, 18(3): 140-145, 1990.
26. TABACHNICK, B.G. & FIDELL, L.S. - *Using Multivariate Statistics*. New York: Harpers Collins College Publishers, Third Edition, 1996.
27. TAYLOR, E.A. - *El Niño Hiperactivo*. Barcelona: Martínez Roca, 1991.
28. ZELKO, F.A. - "Comparison of Parent-completed Behavior Rating Scales: differentiating boys with ADD form psychiatric and normal controls." *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 12(1): 31-37, 1991.

Endereço para correspondência:

GENÁRIO ALVES BARBOSA
Caixa Postal 3008
CEP: 58.029-970 - João Pessoa - PB
Fax: (083) 248-1537
E-mail: wg@openline.com.br