

PHDA em Contexto Escolar: Comorbilidades e Problemas de Desempenho Associados

Luís Oliveira¹, Marcelino Pereira², Ana Serrano³ & Teresa Medeiros⁴

Copyright © 2017.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 3.0 (CC BY-NC-ND).

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>



Open Access

¹ Doutorado em Estudos da Criança, especialização em Educação Especial, Instituto de Educação da Universidade do Minho. Campus de Gualtar, 4710-057; Telefone: 253604240/253601200; Fax: 253601201; E-mail: id4405@alunos.uminho.pt.

² Professor Associado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Rua do Colégio Novo, 3001-802; Telefone: 239851450; Fax: 239851465; E-mail: marc.pereira@fpce.uc.pt.

³ Professora Associada, Instituto de Educação da Universidade do Minho. Campus de Gualtar, 4710-057; Telefone: 253604240/253601200; Fax: 253601201; E-mail: serrano@ie.uminho.pt.

⁴ Professora Catedrática, Faculdade das Ciências Sociais e Humanas da Universidade dos Açores. Campus de Ponta Delgada, 9501-801; Telefone: 296650155; Fax: 295650154; E-mail: tmediros@uac.pt.

Resumo

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) está, em cerca de 80% dos casos, associada a outras condições clínicas, e este caráter cumulativo provoca alterações ainda mais significativas no comportamento e aprendizagem. Com base numa amostra de 105 alunos do 1.º ciclo do ensino básico (sinalizados pelos seus professores como tendo PHDA), pretendeu-se analisar a relação entre as apresentações da PHDA e outros sintomas clínicos [Perturbação Desafiante de Oposição (PDO), Perturbação do Comportamento (PC); Perturbação de Ansiedade (PA) e Perturbação Depressiva (PD)], assim como em diferentes problemas associados (académicos e comportamentais). Os resultados evidenciam que 38.1% da amostra cumpre os critérios do DSM-5 para a apresentação predominantemente desatenta (PHDA-D), 9.5% hiperativa e impulsiva (PHDA-H/I), 43.8% combinada (PHDA-C), e que 8.6% não reúne os critérios para nenhuma das apresentações. Relativamente às comorbilidades, 41.9% espelhou três ou mais sintomas de PDO e/ou PC e 32.4% apresentou PA/PD. Os problemas na aprendizagem (PA) e comportamentais (PC) verificam-se em 81.9% e 98.1% da amostra, respetivamente. As correlações efetuadas permitiram a identificação de subgrupos (PHDA-D + PA/PD + PA) e (PHDA-C e PHDA-H/I + PDO/PC + problemas comportamentais externalizantes). Estes dados poderão ter implicações na prevenção/tratamento das situações clínicas associadas à PHDA.

Palavras-chave

PHDA, comorbilidade, comportamento, aprendizagem.

Introdução

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) é um dos problemas neurodesenvolvimentais mais comuns na infância e que pode comprometer seriamente o funcionamento adaptativo das crianças em contexto escolar, particularmente no que respeita ao seu desempenho académico e comportamental (Ek, Westerlund, Holmberg, & Fernell, 2011). Ainda que exista sólida concordância em admitir que a PHDA está presente em diferentes culturas, grupos étnicos, faixas etárias e ambos os sexos (APA, 2014; Pritchard, Nigro, Jacobson, & Mahone, 2012), a interpretação dos estudos de prevalência não se configura uma tarefa simples, uma vez que os critérios de diagnóstico dos principais manuais internacionais de referência foram sofrendo alterações ao longo dos últimos 30 anos. Objetivamente existe um conjunto de fatores que determinam a variabilidade dos resultados, entre as quais se destaca: (i) conceito e definição da PHDA adotado pelos especialistas; (ii) critérios específicos de diagnóstico utilizados (ICD ou DSM); (iii) fontes de informação consultadas (e.g., pais, professores); e, (iv) técnicas de recolha de dados usadas (e.g., escalas, entrevistas) (Skounti, Philalithis, & Galanakis, 2007). Em função disto, as taxas de prevalência presentes na literatura são muito diferentes e variam entre 2% e 18% (Rowland, Lesesne, & Abramowitz, 2002). Porém, e apesar das diferenças já reveladas, Polanczyk, De Lima, Horta, Biederman e Rohde (2007) fizeram uma meta-análise com base em 100 artigos relevantes neste campo, apontando para uma prevalência mundial da PHDA em crianças e adolescentes de 5.3%. Por outro lado, a investigação de Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling e Rohde (2014) indica uma estabilidade desse valor, referindo que nas últimas três décadas não há evidências que apontem para um aumento do número de crianças que satisfaçam os critérios para a PHDA, desde que se respeitem procedimentos padronizados de diagnóstico.

No que se reporta à distribuição diferenciada em função do género, os estudos demonstram de modo relativamente consistente que a perturbação é mais frequente no sexo masculino, numa proporção que é mais elevada nas crianças (ratio 2:1) (APA, 2014; Erskine et al., 2013). Por outro lado, o género também parece ser uma variável decisiva no tipo de apresentação da perturbação. No sexo feminino predomina a desatenção, enquanto os rapazes são mais irrequietos e impulsivos e, por isso, mais facilmente identificados. Na realidade, sabe-se que existe uma probabilidade 2.2 vezes superior em obter um diagnóstico da apresentação desatenta no sexo feminino (Biederman et al., 2002; Staller & Faraone, 2006). Apesar de se assumir que as diferenças no género resultam amiúde das perceções acerca do comportamento de quem identifica esta perturbação (e.g., professores), outras explicações têm sido levantadas. Um estudo recente (Arnett, Pennington, Willcutt, DeFries, & Olson, 2015), que envolveu 2.332 gémeos e irmãos, utilizou instrumentos comportamentais e cognitivos para testar a hipótese de que as diferenças de género na PHDA derivam de outros aspetos etiológicos e que não são um mero artefato social. Os resultados mostram que 14%

dos tamanhos do efeito alcançados são explicados por endofenótipos cognitivos [i.e., fatores de risco cognitivos, como por exemplo ao nível das Funções Executivas (FE), que explicam alguma variação da perturbação e que estão, em teoria, ligados ao genótipo subjacente], o que significa que a distribuição desigual da PHDA em função do sexo, bem como o seu nível de gravidade, parece dever-se a fatores de natureza neurobiological, nomeadamente fatores genéticos (Arnett et al., 2015).

De acordo com a quinta versão do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5 (APA, 2014) existem três apresentações da PHDA distintas, especificamente: a predominantemente Desatenta (seis ou mais sintomas de falta de atenção, mas menos de seis de hiperatividade-impulsividade e que persistem durante pelo menos seis meses); a Hiperativa-Impulsiva (seis ou mais sintomas de hiperatividade e impulsividade, mas menos de seis de falta de atenção e que persistem durante pelo menos seis meses); e, a Combinada (quando estão satisfeitas ambas as condições das duas apresentações anteriores).

Além das características principais (i.e., falta de atenção, hiperatividade e impulsividade), as crianças com PHDA podem ainda manifestar comorbilidade com outros quadros clínicos, entre as mais comuns estão a Perturbação Desafiante de Oposição (PDO); Perturbação do Comportamento (PC); Perturbação de Ansiedade (PA) e Perturbação Depressiva (PD); e, problemas associados (e.g., académicos, comportamentais e sociais), que agravam o desenvolvimento e a trajetória da perturbação nos diferentes contextos em que estão inseridos (em particular na escola) (Faraone et al., 2015).

Com efeito, estima-se que cerca de 50% a 60% dos casos diagnosticados com PHDA estejam associados à PC e/ou PDO (Faraone, Biederman, & Monuteaux, 2002; Gillberg et al., 2004). Existem poucos estudos que distinguiram a PDO da PC e, conjuntamente avaliam as características da PHDA mas, os que o fizeram não encontraram diferenças significativas no impacto que ambas têm na manifestação dos sintomas da PHDA, sugerindo um *continuum* entre as duas condições diagnósticas (Schachar & Wachsuth, 1990; Van Lier, Van der Ende, Koot, & Verhulst, 2007; Wiesner et al., 2015). Quando associada à PDO e/ou PC, as crianças com PHDA manifestam maior agressividade e delinquência, mais problemas com os professores, dificuldades de relacionamento com os colegas da mesma idade, resultados escolares mais baixos, baixa autoestima, maior recusa em ir para a escola, entre outras características (Harada, Yamazaki, & Saitoh, 2002; Kuhne, Schachar, & Tannock, 1997; Waschbusch et al., 2002).

Por outro lado, cerca de 25% das crianças com PHDA apresentam características que consubstanciam um diagnóstico de PA (cf., Schatz & Rostain, 2006) e 14% de PD (Larson, Russ, Kahn, & Halfon, 2011).

Segundo Classi, Milton, Ward, Sarsour e Johnston (2012), as crianças com PHDA associada a PD e PA, quando comparadas com crianças PHDA sem este tipo de comorbilidades, apresentaram maior suscetibilidade em ausentar-se da escola durante um período superior a

duas semanas, ser atendidas por um profissional de saúde mais que seis vezes e ir às urgências hospitalares mais que duas vezes por ano.

Como na maioria das situações em que se verificam comorbilidades, a explicação para a relação entre a PHDA e os restantes quadros clínicos (i.e., PDO, PC, PA e PD) não se encontra bem estabelecida, isto apesar de ser assumido tratar-se de entidades diagnósticas independentes, com bases etiológicas distintas, e em que os fatores ambientais desempenham um papel importante no aparecimento, gravidade e persistência ao longo da vida (Angold, Costello, & Erkanli, 1999; Greene et al., 2002; Jarrett & Ollendick, 2008; Silberg, Moore, & Rutter, 2015; Takeda, Ambrosini, deBerardinis, & Elia, 2012).

Em paralelo, as crianças com esta perturbação sentem muitas dificuldades de integração social, especialmente na relação com os pares, que ocorrem como consequência das variações de comportamento que exibem (e.g., intrusivas, agressivas, dominadoras, etc.), tornando-as pouco populares e muitas vezes rejeitadas na escola (Barkley, 2006/2008; Hoza, 2007; Hoza et al., 2005).

A literatura dedicada a esta matéria salienta ainda a elevada associação entre a PHDA e as Perturbações de Aprendizagem Específicas (PAE) (Hallahan, Lloyd, Kauffman, Weiss, & Martinez, 2005). Neste âmbito, uma meta-análise com base numa revisão de 17 estudos independentes efetuada por DuPaul, Gormley e Laracy (2013), aponta uma percentagem de comorbilidade média entre estas duas problemáticas de 45,1%, abrangendo alunos com dificuldades ao nível da leitura, escrita e matemática. Embora os mecanismos subjacentes e a relação de causalidade permaneçam desconhecidos, é certo que as crianças com sintomas de PHDA apresentam um risco muito elevado de desenvolverem PAE na leitura, escrita e matemática, quando comparadas com crianças sem sintomas de PHDA (Czamara et al., 2013). Por outro lado, parece evidente que as duas perturbações partilham um conjunto de défices cognitivos, especialmente na velocidade de nomeação e na consciência fonológica (Moura et al., 2016). Apesar dos factos descritos, referimo-nos a duas entidades nosográficas distintas (Pliszka, 2000). Em consequência, os especialistas advogam a necessidade de se empregar medidas de diagnóstico e estratégias de intervenção divergentes, que considerem as especificidades de ambas as perturbações neurodesenvolvimentais (Pereira et al., 1998).

Taanila et al. (2014) alerta-nos para o impacto negativo desta comorbilidade diagnóstica nas aquisições académicas, tendo demonstrado que os adolescentes com este diagnóstico experienciam um maior número de retenções escolares e simultaneamente possuem aspirações académicas mais baixas.

Mesmo não tendo PAE, um dos problemas associados mais evidentes nas crianças com PHDA são as dificuldades na aprendizagem que, na maioria das vezes, geram insucesso académico. Este pode ser generalizado e não se confinar a uma área académica específica (leitura, escrita ou cálculo). Na realidade, são muitos os estudos que têm evidenciado o mau desempenho escolar das crianças com PHDA, em comparação com outras crianças que se

encontram na mesma fase de desenvolvimento. Quando a pesquisa se torna tão volumosa é importante compilar, de forma criteriosa, alguns destes estudos através de uma meta-análise e retirar daí as respectivas ilações, conforme fizeram Frazier, Youngstrom, Glutting e Watkins (2007). Estes analisaram os resultados de 181 tamanhos do efeito (d) – por referência aos critérios definidos por Cohen (1988), a partir de 72 estudos publicados desde 1990, incluindo testes de desempenho padronizados (leitura, matemática e ortografia), escalas de avaliação para pais e professores, outro tipo de medidas intervalares (e.g., médias das notas, anos de estudo) e escalas de medida nominal (e.g., se ficou retido, se recebe serviços de educação especial). O tamanho do efeito global obtido foi de $.71$, $p=.001$, indicador que reflete níveis de desempenho inferiores para os sujeitos com PHDA comparativamente aos grupos-controlo. Os tamanhos do efeito foram maiores para os testes de desempenho da leitura ($d=.73$) e matemática ($d=.67$), seguidos dos valores observados na ortografia ($d=.55$).

O objetivo principal a que nos propusemos nesta investigação foi o de caracterizar algumas particularidades da PHDA que podem contribuir para um percurso escolar adverso. Especificamente, pretendeu-se:

(i) Averiguar a presença de sintomas referentes a eventuais comorbilidades de natureza externalizante (i.e., Perturbação Desafiante de Oposição/Perturbação de Comportamento) e internalizante (i.e., Perturbação de Ansiedade/Perturbação Depressiva);

(ii) Analisar se a existência de sintomas referentes a eventuais comorbilidades é variável em função do tipo de apresentação da PHDA (Desatenta; Hiperativa/Impulsiva e Combinada);

(iii) Apurar se os alunos com PHDA apresentam problemas de aprendizagem e comportamentais na sala de aula;

(iv) Compreender de que forma os problemas de aprendizagem e comportamentais se correlacionam com as diferentes apresentações da PHDA.

Método

O presente estudo é de cariz quantitativo (correlacional) e utilizou a escala *Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale* (Wolraich, Feurer, Hannah, Baumgaertel, & Pinnock, 1998) como elemento caracterizador da manifestação dos sintomas da PHDA e de outros quadros clínicos, assim como na descrição de presumíveis problemas de aprendizagem e comportamentais.

Amostra

Os participantes são 105 alunos ($n=105$) do 1.º ciclo do ensino básico, com idades compreendidas entre os seis e os 11 anos ($M=8.59$; $DP=1.30$; $n\ 6a=4$; $n\ 7a=21$; $n\ 8a=24$; $n\ 9a=29$; $n\ 10a=19$; $n\ 11a=8$), dos quais 14.3% ($n=15$) são do sexo feminino e 85.7% ($n=90$) do sexo masculino, o que está de acordo com a literatura que destaca que a PHDA é mais

frequente nos meninos do que nas meninas (Erskine et al., 2013). A distribuição da frequência escolar mostra que a maior parte dos participantes (36.2%) se encontrava no 2.º ano (n 1.º=24; n 2.º=38; n 3.º=21; n 4.º=22).

Os participantes integraram crianças sinalizadas pelos seus professores como tendo PHDA, que cumpriram com pontos de corte pré-estabelecidos, tendo por base as normas de diagnóstico do DSM-5 e as regras de cotação do instrumento utilizado.

A amostra foi selecionada segundo os seguintes critérios: 1) o grupo PHDA-D incluiu todas as crianças que pontuassem acima do valor 12 na subescala de Desatenção e apresentassem um valor inferior a este na subescala de Hiperatividade/Impulsividade; 2) o grupo PHDA-H/I composto pelas crianças que pontuassem acima do valor 12 na subescala de Hiperatividade/Impulsividade e apresentassem um valor inferior a este na subescala de Desatenção; 3) o grupo PHDA-C, formado pelas crianças que pontuassem um mínimo de 12 em ambas as subescalas de Desatenção e Hiperatividade/Impulsividade.

Impôs-se ainda a obrigatoriedade de pontuar o valor mínimo de 1 em qualquer dos oito itens das duas subescalas que compõem a secção do Desempenho, indo ao encontro da condição imposta no DSM-5, referindo que os sintomas devem causar impacto na funcionalidade.

No que respeita às comorbilidades, estabeleceram-se as seguintes condições: (i) as crianças teriam Perturbação Desafiante de Oposição e/ou Perturbação do Comportamento se pontuassem acima do valor 6 na subescala concernente aos sintomas de PDO/PC e, simultaneamente, o valor mínimo de 1 em qualquer dos oito itens do Desempenho; e, (ii) as crianças seriam classificadas como tendo Perturbação de Ansiedade e/ou Perturbação Depressiva, caso pontuassem acima do valor 6 na subescala de sintomas de PA/PD e o valor mínimo de 1 em qualquer dos oito itens do Desempenho.

Instrumentos

A *Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale - VADTRS* (Wolraich et al., 1998) foi traduzida e adaptada para Português Europeu, com recurso aos métodos de tradução intercultural de instrumentos *back-translation* e *decentering*. O método estatístico utilizado para a avaliação da consistência interna foi o alfa de *Chronbach* (Oliveira, 2016). A VADTRS inclui os 18 sintomas da PHDA descritos no DSM-IV⁴, um conjunto de dez itens relacionados com PDO/PC e sete itens de PA/PD, que são classificados numa escala do tipo *Likert* graduada de 0 a 3, sendo que o zero indica a ausência absoluta de sintomas e o três refere a sua presença muito frequente. Complementarmente, engloba duas subescalas que avaliam o desempenho da criança na escola: três itens relacionados com os problemas na aprendizagem (PA) – leitura,

⁴ Apesar de os critérios utilizados serem os contemplados no DSM-IV, certo é que as alterações produzidas no DSM-5 (APA, 2014) não atingem a faixa etária dos 6 aos 12 anos, no que respeita à descrição dos sintomas e ponto de corte, pelo que a VADTRS mantém-se atual e a sua utilidade intacta.

matemática e expressão escrita – e cinco itens que avaliam os problemas comportamentais (PC) em sala de aula – competências sociais de relacionamento com os pares, capacidade de organização e conclusão das tarefas, cumprimento de ordens/regras e perturbação das aulas. Os professores classificam estes oito itens numa escala do tipo *Likert* de cinco pontos (de 1 a 5), que traduz se o desempenho é problemático (pontuações de 1 e 2), se está na média (pontuações de 3), ou acima da média (pontuações de 4 e 5). As boas qualidades psicométricas da escala têm sido demonstradas. A VADTRS apresenta uma boa validade (discriminativa, convergente e preditiva), assim como sensibilidade e especificidade adequadas (e.g., Langberg, Vaughn, Brinkman, Froehlich, & Epstein, 2010; Wolraich et al., 1998; Wolraich et al., 2003; Wolraich, Bard, Neas, Doffing, & Beck, 2013). Os resultados da adaptação portuguesa também reforçam as qualidades psicométricas da escala com alfas de *Chronbach* a situarem-se entre os .80 e .94 nas diferentes dimensões (Oliveira, 2016).

Procedimentos

As escalas foram entregues pessoalmente a todos os professores do 1.º ciclo do ensino básico que afirmaram ter alunos diagnosticados (ou em processo de avaliação) com PHDA. Depois de explicada a finalidade do seu preenchimento, procedeu-se à exploração dos diferentes parâmetros que constituem o instrumento e aos procedimentos necessários para que a informação fornecida fosse a mais fidedigna possível. No final, foi-lhes solicitado que devolvessem a escala sem a identificação da criança, em cumprimento com as questões éticas de investigação⁵, e foi acordado o período de uma semana para a recolha.

Análises dos dados

Os dados foram obtidos com o recurso ao IBM – *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – Versão 21. Na verificação dos pressupostos para a aplicação dos testes paramétricos, a distribuição dos resultados não atendeu ao princípio da normalidade, depois de aplicado o teste *Kolmogorov-Smirnov*, pelo que foram utilizadas medidas não paramétricas. Sendo assim, para a análise comparativa dos valores médios entre os grupos foi utilizado o teste *Kruskal-Wallis* (Kruskal & Wallis, 1952) (cf. Tabela 1). Recorreu-se, ainda, ao coeficiente de correlação de *Spearman* (Marôco, 2014) para a determinação de correlações entre os grupos e as variáveis. Para a interpretação da magnitude dos coeficientes, assumimos a definição de Hopkins (2002), que nos diz que as correlações são: até .10 – trivial, muito pequena; de .10 a .30 – pequena, baixa; de .30 a .50 – moderada, média; de .50 a .70 – grande, alta; de .70 a .90 – muito grande, muito alta; superior a .90 – praticamente perfeita.

⁵ De acordo com as normas da Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas (SECDH) da Universidade do Minho.

Resultados e discussão

Para a concretização dos objetivos definidos foram constituídos três grupos de crianças, em função da apresentação da PHDA, especificamente: 38.1% ($n=40$) reuniu os critérios de diagnóstico para a apresentação Desatenta (PHDA-D); 9.5% ($n=10$) para a apresentação Hiperativa e Impulsiva; e, 43.8% ($n=46$) para a apresentação Combinada (PHDA-C). Estes dados estão alinhados com os de outras investigações que recorreram a escalas de avaliação para professores; uma meta-análise que compreendeu 19 estudos indica uma prevalência de 3.6% para a PHDA-D e de 1.3% para a PHDA-H/I, quando cumpridos os critérios de diagnóstico do DSM-IV (Willcutt, 2012). Em relação às comorbilidades, 41.9% ($n=44$) dos participantes apresentaram sintomas de Perturbação Desafiante de Oposição e/ou Perturbação do Comportamento e 32.4% ($n=34$) evidenciaram características que consubstanciam uma Perturbação de Ansiedade e/ou Perturbação Depressiva. No que se reporta ao Desempenho, 81.9% ($n=86$) das crianças manifestaram problemas na aprendizagem (PA) e 98.1% ($n=103$) problemas comportamentais em sala de aula (PC). As principais diferenças entre os grupos nas diferentes dimensões foram analisadas através do teste post hoc LSD. Os resultados são reportados na Tabela 1.

Tabela 1. Comparação dos Grupos relativamente às Classificações (disfuncionais) nos Itens da VADTRS

Itens	PHDA-D ^a $n = 40$	PHDA-H/I ^a $n = 10$	PHDA-C ^a $n = 46$	p^b	Diferenças significativas baseadas no teste <i>post hoc</i> LSD ($p < .05$)
Sintomas de Desatenção (itens 1 a 9)	2.37 (0.38)	1.48 (0.22)	2.43 (0.38)	$p < .001$	PHDA-C e PHDA-D > PHDA-H/I PHDA-D > PHDA-HI
Sintomas de Hiperatividade/Impulsividade (itens 10 a 18)	1.06 (0.53)	2.33 (0.37)	2.33 (0.34)	$p < .001$	PHDA-C e PHDA-H/I > PHDA-D PHDA-H/I > PHDA-D
Sintomas de PDO/PC ^c (itens 19 a 28)	.63 (0.61)	.90 (0.56)	1.36 (0.76)	$p < .001$	PHDA-C > PHDA-D
Sintomas de PA/PD ^d (itens 29 a 35)	1.25 (0.74)	.67 (0.74)	.89 (0.69)	$p = .02$	PHDA-D > PHDA-C e PHDA-H/I
PA ^e (itens 1 a 3)	1.85 (0.79)	3.06 (0.58)	1.97 (0.75)	$p < .001$	PHDA-D e PHDA-C > PHDA-H/I
PC ^f (itens 1 a 5)	2.31 (0.57)	2.36 (0.49)	1.71 (0.53)	$p < .001$	PHDA-C > PHDA-D e PHDA-H/I

Nota. ^aPHDA = perturbação de hiperatividade/défice de atenção; PHDA-D = apresentação desatenta; PHDA-H/I = apresentação hiperativa/impulsiva; PHDA-C = apresentação combinada. Os resultados são valores médios (desvios-padrão entre parêntesis) para os grupos PHDA-D, PHDA-H/I e PHDA-C. ^b $p < .05$. ^cPDO/PC = Perturbação Desafiante de Oposição/Perturbação do Comportamento. ^dPA/PD = Perturbação de Ansiedade/Perturbação Depressiva. ^ePA = Problemas de Aprendizagem. ^fProblemas Comportamentais.

O número de crianças da amostra com diagnóstico para os grupos PHDA-C, PHDA-D e PHDA-H/I foi de 46 (43.8%), 40 (38.1%) e 10 (9.5%), respetivamente. Analisando os outputs das comparações múltiplas, é possível concluir que, para $p < .05$, as diferenças entre os grupos nas diferentes dimensões foram todas estatisticamente significativas, variando entre $p < .001$ e $p = .02$. Recorde-se que, nas primeiras quatro dimensões (Desatenção; Hiperatividade/Impulsividade; PDO/PC e PA/PD), valores de 2 e 3 são frequentes ou muito frequentes (o que significa que consubstanciam o diagnóstico), ao passo que nas últimas duas dimensões (problemas académicos e comportamentais) valores de 1 e 2 são problemáticos.

Tendo em conta os critérios de diagnóstico do DSM-5, dos resultados acima expostos emana uma coerência expetável, nomeadamente no que se refere às diferenças entre os grupos PHDA-D e PHDA-H/I nos problemas de desatenção e de hiperatividade/impulsividade. Observando os dados da Tabela 1, podemos conferir que o grupo de crianças com PHDA-D obteve um valor médio mais elevado nos sintomas de desatenção ($M = 2.37$; $DP = 0.38$) que o grupo PHDA-H/I ($M = 1.48$; $DP = 0.22$), sendo que o inverso foi observado em relação aos sintomas de hiperatividade/impulsividade ($M = 2.33$; $DP = 0.37$) e ($M = 1.06$, $DP = 0.53$), respetivamente.

Os sintomas de desatenção são conhecidos como preditores de mau desempenho académico e associam-se com maior frequência às perturbações internalizantes (Costa et al., 2014; Humphreys et al., 2013; Jaekel, Wolke, & Bartmann, 2013), ao passo que os de hiperatividade/impulsividade estão mais associados a problemas de regulação comportamental (e.g., mais comportamentos agressivos e antissociais) e perturbações externalizantes (Elia, Ambrosini, & Berrettini, 2008; Hofvander et al., 2011).

No que respeita aos sintomas de PDO/PC, o grupo desatento foi o que teve um valor médio mais baixo ($M = 0.63$; $DP = 0.61$), corroborando outras investigações que associaram de forma mais evidente este tipo de comorbilidades às apresentações combinada e hiperativa/impulsiva (Elia et al., 2008; Ushijima, Usami, Saito, Kodaira, & Ikeda, 2012). A única diferença estatisticamente significativa ($p = .00$) foi observada entre o grupo PHDA-D e o PHDA-C. Este último foi o que obteve o valor médio mais elevado ($M = 1.36$; $DP = 0.76$). De acordo com Murphy, Barkley e Bush (2002), a presença da impulsividade na apresentação Combinada poderá ser a explicação para uma maior predisposição na manifestação de comportamentos externalizantes. Efetivamente, o estudo de Nigg, Blaskey, Huang-Pollock e Rappley (2002) mostrou um défice de inibição comportamental na apresentação Combinada, mesmo quando controlados os sintomas associados de PDO/PC, algo que não se verificou na apresentação Desatenta, sugerindo que a apresentação Combinada poderá ter problemas de inibição comportamental que não estarão presentes na apresentação Desatenta. No sentido oposto, e de forma bem saliente, o grupo PHDA-D foi aquele que apresentou mais sintomas de PA/PD ($M = 1.25$; $DP = 0.74$), com uma diferença menor em relação ao grupo PHDA-C ($M = 0.89$; $DP = 0.69$) do que ao grupo PHDA-HI ($M = 0.67$; $DP = 0.74$). Tal vai ao encontro da literatura que

postula existir uma correlação específica entre os sintomas de desatenção e as perturbações internalizantes (Elkins, Carpenter, Pincus, & Comer, 2014; González-Castro, Rodríguez, Cueli, García, & Alvarez-García, 2015), ainda que esta relação não esteja tão bem clarificada como a anterior, especificamente no que respeita às diferenças entre as apresentações Desatenta e Combinada, uma vez que é mais ou menos consensual que este tipo de comorbilidades raramente ocorrem na apresentação Hiperativa e Impulsiva (Di Trani et al., 2014; Humphreys et al., 2013). Na realidade, algumas investigações não encontraram diferenças relativamente à presença de ansiedade e depressão nas apresentações Desatenta e Combinada (Acosta et al., 2008; Power, Costigan, Eiraldi, & Leff, 2004; Sciberras et al., 2014) e são raros os estudos que demonstram uma supremacia da apresentação Desatenta na associação a este tipo de comorbilidades (e.g., Lahey, Schaugency, Hynd, Carlson, & Nieves, 1987), embora desde há muito tempo se especule que um diagnóstico associado desta natureza poderá ser mais evidente na apresentação D (Carlson & Mann, 2000; Milich, Balentine, & Lynam, 2001; Riccio, Homack, Jarratt, & Wolfe, 2006).

Em relação ao desempenho académico, o grupo PHDA-H/I foi notoriamente o que apresentou menos problemas ($M= 3.06$; $DP= 0.58$), resultado convergente com a maior parte da literatura, na qual se refere que os sintomas de hiperatividade/impulsividade estão menos associados a problemas na aquisição das aprendizagens escolares que os de desatenção (Pingault et al., 2011; Rodriguez et al., 2007). Ao invés, o grupo PHDA-D foi o mais problemático ($M= 1.85$; $DP= 0.79$), embora a diferença para o grupo PHDA-C tenha sido novamente muito ténue ($M= 1.97$; $DP= 0.75$). Saliente-se que, neste domínio, os resultados da investigação não são consensuais; apesar de a maioria dos estudos não apontar diferenças entre estas duas apresentações ao nível do impacto académico, há também resultados que indicam o contrário (Carlson & Mann, 2000; Milich et al., 2001; Riccio et al., 2006). Por exemplo, Murphy et al. (2002) recorreram a uma amostra de jovens adultos diagnosticados com as apresentações Desatenta e Combinada e não verificaram padrões distintos nos dois grupos ao nível do baixo rendimento académico e, conseqüentemente, da referência para serviços de Educação Especial. Por outro lado, há estudos que indicam mais dificuldades escolares e maior prevalência de perturbações de aprendizagem específicas nas crianças com a apresentação Desatenta (e.g., Weiss, Worling, & Wasdell, 2003). Esta é uma das questões mais discutidas na literatura dedicada à análise diferencial das apresentações da PHDA Desatenta e Combinada. Embora partilhem o mesmo conjunto de sintomas de desatenção, estes podem ser diferentes em número e gravidade. Além disso sabe-se que a atenção é um constructo multidimensional. A título de exemplo, sugere-se que a atenção sustentada e a vigilância estão mais associadas à apresentação Desatenta da PHDA, enquanto a atenção dividida se associaria mais à apresentação Combinada. Perante estes dados empíricos gradualmente tem vindo a defender-se que as apresentações da PHDA podem ser mais bem explicadas com recurso a modelos conceituais da atenção (Tirapu-Ustarroz, Ruiz-Garcia, Luna-

Lario, & Hernaez-Goni, 2015; Wåhlstedt & Bohlin, 2010). É neste enquadramento que tem surgido uma multiplicidade de investigações a estudar a relação entre o Tempo Cognitivo Lento (TCL)⁶ e a dimensão Desatenta da PHDA (e.g., Becker, Marshall, & McBurnett, 2014; Fassbender, Krafft, & Schweitzer, 2015). Solanto et al. (2007) afirmam que as apresentações Desatenta e Combinada diferem sobretudo no comportamento impulsivo e TCL. Com efeito, um subconjunto de crianças com a apresentação Desatenta tem sido descrito como tendo TCL, característica que se repercute em mais problemas sociais, mas também de natureza académica (Marshall, Evans, Eiraldi, Becker, & Power, 2014). Uma investigação de Capdevila-Brophy et al. (2014) analisou o perfil neuropsicológico e comportamental de uma amostra de crianças com a apresentação Desatenta e níveis elevados de TCL, comparando-a com outra amostra de crianças diagnosticadas com as apresentações Desatenta e Combinada e que tinham baixos níveis de TCL. Os resultados demonstraram que as crianças com a apresentação Desatenta e elevados níveis de TCL têm mais problemas internalizantes (ansiedade e depressão) que os outros grupos avaliados. Nesta investigação, o grupo de crianças PHDA-D também evidenciou mais sintomas de PA/PD ($M= 1.25$; $DP= 0.74$) do que o grupo PHDA-C ($M= 0.89$; $DP= 0.69$), embora não tenhamos qualquer indicação relativamente ao TCL.

Finalmente, no que se reporta aos problemas comportamentais em sala de aula, não é surpreendente que o grupo de crianças PHDA-C tenha obtido os valores mais elevados ($M= 1.71$; $DP= 0.53$), na medida em que esta subescala da EVDPP avalia itens de natureza internalizante e externalizante e, desta forma, associados a ambas as dimensões de sintomas da PHDA (i.e. Desatenção e Hiperatividade/Impulsividade). Dada a sua importância, retomaremos esta questão posteriormente.

Os resultados da aplicação do teste *Kolmogorov-Smirnov* indicaram que apenas o grupo PHDA-C segue a distribuição normal, pelo que foi necessário aplicar um teste não paramétrico, o coeficiente de correlação de *Spearman* (cf. Tabelas 2, 3 e 4).

Procurámos conhecer a relação entre os grupos da PHDA e outros quadros clínicos, quer de natureza externalizante (i.e., PDO/PC) quer de índole internalizante (i.e., PA/PD).

Na Tabela 2 são apresentados os tamanhos do efeito das correlações *Spearman* entre os grupos PHDA-D, PHDA-H/I e PHDA-C e os sintomas de PDO/PC e PA/PD.

⁶ O Tempo Cognitivo Lento (TCL) é um constructo caracterizado por um conjunto (independente) de sintomas comportamentais (e.g., sonolência, hipotividade física, pouca iniciativa, letargia, apatia, entre outros), apesar de estes, não raras vezes, coexistirem e partilharem uma série de processos neuropsicológicos com a PHDA (e.g., Barkley, 2013; Willcutt et al., 2014). Embora não haja consenso absoluto, as evidências mais consistentes apontam uma associação entre o TCL e sintomas de natureza internalizante (e.g., Barkley, 2014).

Tabela 2. Correlações (*Spearman*) entre os Grupos e as Comorbilidades de PDO/PC e PA/PD^a

	PHDA-H/I	PHDA-C	PDO/PC	PA/PD
PHDA-D ^b	.16	.61**	.36**	.25**
PHDA-H/I ^c	-	.85**	.61**	-.17
PHDA-C ^d		-	.65**	.00
PDO/PC ^e			-	.08

Nota. ^aN = 105; ** A correlação é significativa a um nível de significância de .01 (bicaudal). ^bPHDA-D = apresentação desatenta; ^cPHDA-H/I = apresentação hiperativa/impulsiva; ^dPHDA-C = apresentação combinada. ^ePDO/PC = Perturbação Desafiante de Oposição/Perturbação do Comportamento. ^fPA/PD = Perturbação de Ansiedade/Perturbação Depressiva.

Todas as apresentações manifestaram problemas comportamentais externalizantes, embora as associações mais fortes tenham ocorrido nos grupos PHDA-C e PHDA-I ($\rho = .65$, $p < .01$) e ($\rho = .61$, $p < .01$), respetivamente, algo previsível tendo em conta que ambas as apresentações compartilham os sintomas de Hiperatividade/Impulsividade da PHDA, e que os mesmos são preditores da ocorrência de comportamentos de desafio/oposição e do comportamento. Não se pode ignorar, porém, a correlação de efeito moderado obtida no grupo PHDA-D, indo ao encontro de outras investigações que também atestaram a presença de sintomas de PDO/PC nesta apresentação, apesar de em menor número que nas outras duas apresentações (Acosta et al., 2008; Wåhlstedt, Thorell, & Bohlin, 2009). No caso desta investigação, uma explicação razoável poderá ser a de que algumas das crianças que cumpriram os requisitos para o grupo PHDA-D poderão estar no limiar de cumprir os sintomas necessários para um diagnóstico da apresentação combinada, ou seja, apresentam sintomas de Hiperatividade/Impulsividade, mas não os suficientes para um diagnóstico de PHDA-C.

Os problemas de natureza internalizante (ansiedade e depressão) estão exclusivamente associados à apresentação desatenta, obtendo-se uma correlação de efeito moderado, mas com significância estatística ($\rho = .25$, $p < .01$). Este é um dos resultados mais interessantes do estudo e que merece reflexão; referimo-nos ao facto de não ter havido qualquer efeito significativo entre o grupo PHDA-C e os sintomas de PA/PD. Como referido anteriormente, as crianças com apresentação Desatenta parecem ter menos problemas ao nível da inibição da resposta, mas têm mais características de TCL. Alguns estudos têm sugerido que o TCL está associado à desatenção da PHDA e que esta associação é mais elevada na presença de ansiedade (Skirbekk, Hansen, Oerbeck, & Kristensen, 2011), o que significa que a avaliação do TCL, em estudos futuros, deverá ser um dado a integrar, na medida em que poderá dar um contributo muito relevante para analisar a distinção entre as apresentações Desatenta e Combinada no que respeita às comorbilidades e, também, em relação ao desempenho académico e comportamental.

Nesta secção, pretendeu-se averiguar a relação entre os grupos da PHDA e os problemas no desempenho académico (cf. Tabela 3).

Tabela 3. Correlações (*Spearman*) entre os Grupos e os Itens dos PA^a

	PA	Leitura	Matemática	Expressão Escrita
PHDA-D ^b	-.38**	-.29**	-.32**	-.37**
PHDA-H/I ^c	.08	-.00	.15	.08
PHDA-C ^d	-.15	-.16	-.07	-.14
Leitura		-	.54**	.78**
Matemática			-	.56**

Nota. ^aN = 105; ** A correlação é significativa a um nível de significância de .01 (bicaudal).

^bPHDA-D = apresentação Desatenta; ^cPHDA-H/I = apresentação Hiperativa/Impulsiva; ^dPHDA-C = apresentação Combinada.

Como se pode observar nos dados da Tabela 3, os problemas escolares estão unicamente associados ao grupo PHDA-D ($\rho = -.38, p < .01$), salientando-se, uma vez mais, a ausência de uma correlação significativa nesta relação com a apresentação Combinada.

As crianças do grupo PHDA-D apresentaram problemas académicos nas três competências académicas básicas (leitura, matemática e escrita), um impacto conhecido e reportado na literatura. No estudo longitudinal desenvolvido por Massetti et al. (2008), o desempenho académico foi avaliado sete vezes ao longo dos oito anos do estudo numa amostra de 125 crianças que preencheram os critérios de diagnóstico para a PHDA, quando tinham idades compreendidas entre os quatro e os seis anos. Quando o QI e outras variáveis parasitas foram controlados, apenas as crianças com a apresentação Desatenta tiveram, ao longo dos anos, resultados mais baixos na leitura, escrita e matemática, quando comparadas com as crianças do grupo-controlo e das outras duas apresentações da PHDA (Combinada e Hiperativa/Impulsiva). A robustez destes resultados sugere que o défice de atenção, mais do que a hiperatividade, exerce um papel determinante no desempenho académico.

Tendo ainda como referência a investigação de Massetti et al. (2008), um outro dado observado, e que pode ser interessante no entendimento dos nossos resultados, foi o facto de as crianças que apresentaram elevados índices de sintomas internalizantes no início do estudo revelarem, posteriormente, resultados mais baixos na leitura e matemática ao longo dos oito anos da investigação, mesmo quando controlada a PHDA, algo que não se verificou em relação aos sintomas de PDO e PC. Ou seja, os resultados obtidos por Massetti et al. (2008) denunciam que esta associação (i.e., sintomas de desatenção + sintomas internalizantes + realizações académicas) pode emergir logo nas primeiras experiências escolares destas crianças. Estes investigadores adiantaram duas hipóteses explicativas para os dados obtidos, nomeadamente: (i) os comportamentos internalizantes (ansiedade ou depressão) poderão ser uma manifestação secundária originada pelo baixo desempenho académico, sobretudo considerando que a relação entre eles e o rendimento académico emergiu logo no primeiro ano e permaneceu estável ao longo dos oito anos do estudo; e, (ii) as dificuldades académicas

poderão apresentar-se como uma manifestação reativa aos problemas associados (ansiedade ou depressão), uma vez que estes sintomas internalizantes podem condicionar significativamente as aprendizagens escolares.

Finalmente, os grupos da PHDA na sua relação com os problemas comportamentais. A Tabela 4 apresenta a relação entre os grupos e os diferentes itens que compõem a escala dos PC.

Tabela 4. Correlações (*Spearman*) entre os Grupos e os Itens dos PC^a

	PC	Relac. colegas	Cump. ordens/ regras	Perturb. aulas	Conc. tarefas	Cap. organiz.
PHDA-D ^b	-.55**	-.42**	-.42**	-.24*	-.59**	-.45**
PHDA-H/I ^c	-.51**	-.33**	-.58**	-.66**	-.11	-.12
PHDA-C ^d	-.68**	-.45**	-.68**	-.63**	-.38**	-.32**
Relac. colegas		-	.67**	.55**	.41**	.43**
Cump. ordens/ regras			-	.74**	.29**	.37**
Perturb. aulas				-	.27**	.27**
Conc. tarefas					-	.51**

Nota. ^aN = 105; ** A correlação é significativa a um nível de significância de .01 (bicaudal).

* A correlação é significativa a um nível de significância de .05 (bicaudal). ^bPHDA-D = apresentação Desatenta; ^cPHDA-H/I = apresentação Hiperativa/Impulsiva; ^dPHDA-C = apresentação Combinada.

Em relação aos problemas comportamentais em sala de aula, o instrumento avalia dimensões que consideramos diferentes quanto à origem e aos mecanismos para a sua manifestação e, por isso, merecem uma distinção do ponto de vista de análise. Sendo assim, e em coerência com o quadro teórico adotado, analisamos os itens em três componentes: i) problemas sociais (“relacionamento com os colegas”); (ii) défices no funcionamento executivo (“capacidade de organização” e “conclusão das tarefas”) e (iii) problemas externalizantes (“cumprimento de ordens/regras” e “perturbação das aulas”).

Verifica-se que todos os grupos manifestaram problemas de relacionamento com os pares, registando-se, contudo, correlações ligeiramente superiores nos grupos PHDA-C ($\rho = -.45, p < .01$) e PHDA-D ($\rho = -.42, p < .01$). Sendo certo que a PHDA constitui um fator de risco para o desenvolvimento de dificuldades no funcionamento social (Hoza, 2007; Hoza et al., 2005), a investigação que tem sido realizada neste campo aponta diferentes conclusões em relação à distinção entre as apresentações da PHDA, em muito explicados por questões de natureza metodológica, nomeadamente os diferentes parâmetros que os instrumentos utilizados comportam (e.g., alguns avaliam o que os pares não gostam e outros o que os pares ignoram). As crianças com as apresentações Combinada e Hiperativa/Impulsiva parecem ser mais agressivas, impulsivas, conflituosas e alvo de maior rejeição pelos pares. Por sua vez, as

crianças com apresentação Desatenta normalmente apresentam uma postura mais discreta, um comportamento passivo e, por isso, são menos populares entre os pares (Baeyens, Roeyers, & Walle, 2006; Maedgen & Carlson, 2000; Solanto, Pope-Boyd, Tryon, & Stepak, 2009). Naturalmente que esta questão também depende da percepção de quem avalia e da importância que atribui aos diferentes comportamentos acima expostos, sobretudo na sala de aula. Por exemplo, os professores que avaliaram esta dimensão poderão considerar que a ausência de iniciativa, a timidez e apatia das crianças do grupo PHDA-D poderá condicionar o normal funcionamento do grupo em tarefas de natureza cooperativa, muitas vezes utilizadas neste contexto e, assim, ter maior impacto ao nível do desempenho global.

No que diz respeito aos défices no funcionamento executivo e aos problemas externalizantes, as correlações mais fortes verificaram-se na apresentação Desatenta para as dificuldades no funcionamento executivo – “capacidade de organização” ($r_s = -.45, p < .01$) e “conclusão das tarefas” ($r_s = -.59, p < .01$) – e nas apresentações C e H/I para os comportamentos externalizantes – “cumprimento de ordens/regras” ($r_s = -.67, p < .01$) e “perturbação das aulas” ($r_s = -.66, p < .01$). Salienta-se que o grupo de crianças com a apresentação Hiperativa/Impulsiva não manifestou problemas ao nível da capacidade de organização/conclusão das tarefas e obteve valores muito próximos aos do grupo PHDA-C nos comportamentos externalizantes. Na realidade, a bibliografia não documenta diferenças significativas entre apresentações Hiperativa/Impulsiva e Combinada, no que respeita ao impacto no desempenho académico, relacionamento social e comportamentos de natureza externalizante e internalizante (e.g., Riley et al., 2008). A investigação conduzida por Bauermeister et al. (2005), numa amostra de 98 crianças em idade escolar e diagnosticadas com PHDA (44, com a apresentação Combinada; 25, com a apresentação Desatenta; e 29, do grupo de controlo), revela um padrão de resultados muito semelhante ao obtido no nosso estudo.

Assim, as crianças com a apresentação Desatenta foram as que manifestaram menos comportamentos de natureza externalizante e evidenciaram um padrão semelhante no domínio das competências sociais ao apresentado pelo grupo de crianças com PHDA-C. Do mesmo modo, verificou-se que as crianças diagnosticadas com PHDA-D obtiveram piores resultados em relação ao funcionamento executivo, tal como nesta investigação. Importa, neste âmbito, destacar as diferenças observadas entre os grupos Desatento e Combinado, que se situaram ao nível do TCL, e que sugerem que os dois conjuntos de crianças têm problemas de atenção qualitativamente diferentes (Bauermeister et al., 2005). Ainda no domínio dos défices no funcionamento executivo, pode dizer-se que existe uma ligação muito forte entre os sintomas da PHDA, especialmente os de desatenção, e as FE (Thorell, 2007). Os défices nas FE são vistos como um fator subjacente na expressão dos sintomas da PHDA (Folke & Rydell, 2010) e o ângulo do fraco desempenho académico associado a esta condição (Daley & Birchwood, 2010). Diamantopoulou, Rydell, Thorell e Bohlin (2007) estudaram a relação entre

as FE e os sintomas da PHDA ao nível do funcionamento social e académico. Uma das principais conclusões do estudo remete novamente para uma conexão forte entre os sintomas de desatenção e os problemas nas FE, que se traduzem em piores performances académicas nestas crianças. Sjöwall e Thorell (2014) observaram que, entre as diferentes dimensões do funcionamento executivo, a memória de trabalho é a que maior impacto tem ao nível do desempenho académico.

Nesta investigação, as maiores dificuldades ao nível da realização das atividades escolares (“capacidade de organização” e “conclusão das tarefas”) nos grupos Desatento e Combinado em relação ao Hiperativo/Impulsivo, em contraste com a maior expressão de comportamentos disruptivos (“cumprimento de ordens/regras” e “perturbação das aulas”) nos grupos Combinado e Hiperativo/Impulsivo, comparativamente ao Desatento, seguem a linha de outras investigações (e.g., Gadow et al., 2004), apesar de a magnitude das diferenças entre as apresentações da PHDA e o comprometimento funcional nos comportamentos avaliados ter variado consoante os informantes (e.g., pais e professores).

Não obstante todas as potencialidades, a consistência dos resultados obtidos e o facto de as diferenças observadas entre os grupos PHDA-D e PHDA-C alargarem o rol de investigações neste domínio, este estudo não deixa de ter algumas limitações. Em primeiro lugar, salientamos o facto de a constituição dos grupos ter sido feita exclusivamente com base nas informações fornecidas pelos professores, ainda que com recurso a um instrumento fiável. Por outro lado, não foi analisada a relação entre os subgrupos associados identificados (PHDA-D + PA/PD; PHDA-H/I e PHDA-C + PDO/PC) e os problemas comportamentais e de aprendizagem. Torna-se fundamental explorar cuidadosamente estas conexões no futuro, uma vez que, particularmente, a conjugação de sintomas de desatenção com outros de origem internalizante (e.g., ansiedade e depressão) parece ser um preditor robusto do insucesso académico nas crianças com PHDA.

Conclusões

Os resultados deste estudo salientam a heterogeneidade da PHDA e parecem legitimar a categorização de subgrupos bem definidos [(PHDA-D + ansiedade/depressão + problemas na aprendizagem) e (PHDA-C e PHDA-H/I + perturbação desafiante de oposição/comportamento + problemas comportamentais externalizantes)].

Os sintomas de desatenção são aqueles que mais interferem com as aprendizagens académicas e associam-se com frequência a problemas comportamentais internalizantes, ao passo que os sintomas de hiperatividade/impulsividade essencialmente contribuem para a manifestação de problemas comportamentais externalizantes. Ambos os conjuntos de sintomas contribuem para as dificuldades de relacionamento com os pares.

Apesar de na relação estabelecida entre as dimensões dos sintomas da PHDA (i.e., Desatenção e Hiperatividade/Impulsividade) e a sua expressão ao nível das situações clínicas

associadas não existirem grandes dúvidas, este estudo reacende a discussão em torno das diferenças existentes em relação às apresentações, nomeadamente, entre as apresentações Combinada e Desatenta e as variáveis analisadas, sugerindo que estas possam derivar de estilos e aspetos secundários da atenção, alimentando, simultaneamente, a necessidade de uma avaliação mais profunda das dimensões neurocognitivas que estarão subjacentes (e.g., FE), assim como do papel do Tempo Cognitivo Lento e das Perturbações de Aprendizagem Específicas nesta equação.

Perante as inúmeras dificuldades que os alunos com PHDA denotam em ambiente escolar, uma sinalização e intervenção precoces são fundamentais para minimizar o impacto negativo no percurso académico. Deparamo-nos, assim, perante um grande desafio para os psicólogos e outros agentes escolares que trabalham com esta população (DuPaul & Jimerson, 2014). Estes, a par de médicos e diferentes profissionais de saúde externos à escola, devem ajudar os professores a reconhecer e a lidar com estes alunos, para que a deteção e implementação precoce de medidas de apoio necessárias se torne realidade (Schulte-Körne, 2016). Ora, a intervenção escolar a alunos com PHDA exige que os professores e outros especialistas da saúde e educação adotem um conjunto de medidas e procedimentos, numa perspetiva multidisciplinar, que visem a criação de um cenário educativo favorável, que contribua para a melhoria da trajetória escolar destas crianças. Muito poucos estudos tiveram a preocupação de apresentar estratégias para a concretização deste desígnio (e.g., Sibley et al., 2016; Shillingford-Butler & Theodore, 2013), e alguns investigadores advertem para a escassez na implementação de práticas baseadas em evidências aos alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE) nas salas de aula (e.g., Heward, 2010), ou seja, que muitos alunos com NEE (incluindo os que têm PHDA) não estão a receber a educação mais vantajosa para as suas especificidades.

Na suspeita de algum caso de PHDA na sala de aula, os professores devem comunicar esta situação ao psicólogo pertencente aos Serviços de Psicologia e Orientação da unidade orgânica onde leciona. Este profissional deve estar munido de instrumentos que permitam uma avaliação concreta e ser capaz de orientar o professor no preenchimento desta documentação. A VADTRS reúne todas as características necessárias para cumprir com este propósito. Esta avaliação inicial diminui substancialmente a morosidade do processo avaliativo subsequente e a possibilidade da ocorrência de falsos diagnósticos positivos. Em simultâneo, fornece informação essencial relativamente à necessidade da elaboração de um diagnóstico diferencial (i.e., averiguar ou excluir a existência de outras comorbilidades, como por exemplo as PAE) e, conseqüentemente, à definição de estratégias educativas ajustadas à singularidade que cada caso de PHDA exige.

Agradecimentos

Trabalho desenvolvido no âmbito do Projeto de investigação M3.1.2/F/066/2011, financiado pelo Fundo Regional para a Ciência e Tecnologia, com o apoio da Secretaria Regional da Educação, Ciência e Cultura.

Referências

- Acosta, M., Castellanos, F., Bolton, K., Balog, J., Eagen, P., Nee, L., Jones, J., Palacio, L., Sarampote, C., Russel, H., Berg, K., Arcos-Burgos, M., & Muenke, M. (2008). Latent class subtyping of attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid conditions. *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(7), 797-807. doi:10.1097/CHI.0b013e318173f70b
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(01), 57-87. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1469-7610.00424/pdf>
- Arnett, A. B., Pennington, B. F., Willcutt, E. G., DeFries, J. C., & Olson, R. K. (2015). Sex differences in ADHD symptom severity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(6), 632-639. doi: 10.1111/jcpp.12337
- Baeyens, D., Roeyers, H., & Walle, J. (2006). Subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Distinct or related disorders across measurement levels? *Child Psychiatry and Human Development*, 36(4), 403-417. doi:10.1007/s10578-006-0011-z
- Barkley, R. (2014). Sluggish cognitive tempo (concentration deficit disorder?): Current status, future directions, and a plea to change the name. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(1), 117-125. doi: 10.1007/s10802-013-9824-y
- Barkley, R. (2013). Distinguishing sluggish cognitive tempo from ADHD in children and adolescents: Executive functioning, impairment, and comorbidity. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(2), 161-173. doi:10.1080/15374416.2012.734259
- Barkley, R. A. (2008). Principais sintomas, critérios diagnósticos, prevalência e diferenças de género. In R. A. Barkley et al. (Ed.), *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade* (3.ª ed.) (R. C. Costa, Trad.) (88-134). Porto Alegre: Artmed. (obra original publicada em 2006).
- Bauermeister, J., Matos, M., Reina, G., Salas, C., Martínez, J., Cumba, E., & Barkley, R. (2005). Comparison of the DSM-IV combined and inattentive types of ADHD in a school-based sample of Latino/Hispanic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(2), 166-179. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00343.x
- Becker, S., Marshall, S., & McBurnett, K. (2014). Sluggish cognitive tempo in abnormal child psychology: An historical overview and introduction to the special section. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 42(1), 1-6. doi:10.1007/s10802-013-9825-x
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T., Frazier, E., & Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *The American Journal of Psychiatry*, 159(1), 36-42. doi: 10.1176/appi.ajp.159.1.36
- Capdevila-Brophy, C., Artigas-Pallarés, J., Navarro-Pastor, J., García-Nonell, K., Rigau-Ratera, E., & Obiols, J. (2014). ADHD predominantly inattentive subtype with high sluggish cognitive tempo: A new clinical entity? *Journal of Attention Disorders*, 18(7), 607-616. doi: 10.1177/1087054712445483
- Carlson, C., & Mann, M. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder, predominantly inattentive subtype. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(3), 499-510. Disponível em <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2000-00431-003>
- Classi, P., Milton, D., Ward, S., Sarsour, K., & Johnston, J. (2012). Social and emotional difficulties in children with ADHD and the impact on school attendance and healthcare utilization. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 6(1), 33-40. doi:10.1186/1753-2000-6-33
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (rev. ed.). New York: Academic Press.
- Costa, D., de Paula, J., Alvim-Soares Júnior, A., Diniz, B., Romano-Silva, M., Malloy-Diniz, L., & de Miranda, D. (2014). ADHD inattentive symptoms mediate the relationship between intelligence and academic performance in children aged 6-14. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(4), 313-321. doi:10.1590/1516-4446-2013-1201
- Czamara, D., Tiesler, C. T., Kohlböck, G., Berdel, D., Hoffmann, B., Bauer, C., & ... Heinrich, J. (2013). Children with ADHD symptoms have a higher risk for reading, spelling and math difficulties in the GINIplus and LISAPlus Cohort Studies. *Plos ONE*, 8(5), 1-7. doi:10.1371/journal.pone.0063859

- Daley, D., & Birchwood, J. (2010). ADHD and academic performance: Why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom? *Child: Care, Health and Development*, *36*(4), 455-464. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.01046.x
- Di Trani, M., Di Roma, F., Elda, A., Daniela, L., Pasquale, P., Silvia, M., & Renato, D. (2014). Comorbid depressive disorders in ADHD: The role of ADHD severity, subtypes and familial psychiatric disorders. *Psychiatry Investigation*, *11*(2), 137-142. doi:10.4306/pi.2014.11.2.137
- Diamantopoulou, S., Rydell, A. M., Thorell, L., & Bohlin, G. (2007). Impact of executive functioning and symptoms of attention deficit hyperactivity disorder on children's peer relations and school performance. *Developmental Neuropsychology*, *32*(1), 521-542. doi:10.1080/8756564070136098
- DuPaul, G. J., Gormley, M. J., & Laracy, S. D. (2013). Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of Learning Disabilities*, *46*(1), 43-51. doi:10.1177/0022219412464351
- DuPaul, G. J., & Jimerson, S. R. (2014). Assessing, understanding, and supporting students with ADHD at school: Contemporary science, practice, and policy. *School Psychology Quarterly: The official journal of the Division of School Psychology, American Psychological Association*, *29*(4), 379-384. doi:10.1037/spq0000104
- Ek, U., Westerlund, J., Holmberg, K., & Fernell, E. (2011). Academic performance of adolescents with ADHD and other behavioural and learning problems - a population-based longitudinal study. *Acta Paediatrica*, *100*(3), 402-406. doi:10.1111/j.1651-2227.2010.02048.x
- Elkins, R., Carpenter, A., Pincus, D., & Comer, J. (2014). Inattention symptoms and the diagnosis of comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder among youth with generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*(8), 754-760. doi:10.1016/j.janxdis.2014.09.003
- Elia, J., Ambrosini, P., & Berrettini, W. (2008). ADHD characteristics: I. Concurrent co-morbidity patterns in children & adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *2*(15), 1-9. doi: 10.1186/1753-2000-2-15
- Erskine, H., Ferrari, A., Nelson, P., Polanczyk, G., Flaxman, A., Vos, T., Whiteford, H., & Scott, J. (2013). Research review: Epidemiological modelling of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder for the global burden of disease study 2010. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, *54*(12), 1263-1274. doi:10.1111/jcpp.12144
- Faraone, S., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J., Ramos-Quiroga, J., Rohde, L., Sonuga-Barke, E., Tannock, R., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, *1*, 1-23. doi:10.1038/nrdp.2015.20
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Monuteaux, M. C. (2002). Further evidence for the diagnostic continuity between child and adolescent ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *6*(1), 5-13. doi: 10.1177/108705470200600102
- Fassbender, C., Krafft, C., & Schweitzer, J. (2015). Differentiating SCT and inattentive symptoms in ADHD using fMRI measures of cognitive control. *NeuroImage: Clinical*, *8*, 390-397. doi:10.1016/j.nicl.2015.05.007
- Folke, S., & Rydell, A. (2010). ADHD symptoms, EF deficits, academic performance and social functioning in children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *19*(1), S5-S91. doi:10.1007/s00787-010-0117-5
- Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Glutting, J. J., & Watkins, M. W. (2007). ADHD and achievement meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. *Journal of Learning Disabilities*, *40*(1), 49-65. doi:10.1177/00222194070400010401
- Gadow, K., Drabick, D., Loney, J., Sprafkin, J., Salisbury, H., Azizian, A., & Schwartz, J. (2004). Comparison of ADHD symptom subtypes as source-specific syndromes. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, *45*(6), 1135-1149. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00306.x
- Gillberg, C., Gillberg, I. C., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Söderström, H., Råstam, M., & Johnson, M., Rothenberger, A., & Niklasson, L. (2004). Co-existing disorders in ADHD – implications for diagnosis and intervention. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *13*(1), i80-i92. doi:10.1007/s00787-004-1008-4
- González-Castro, P., Rodríguez, C., Cueli, M., García, T., & Alvarez-García, D. (2015). State, trait anxiety and selective attention differences in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) subtypes. *International Journal of Clinical Health & Psychology*, *15*(2), 105-112. doi:10.1016/j.ijchp.2014.10.003
- Greene, R. W., Biederman, J., Zerwas, S., Monuteaux, M. C., Goring, J. C., & Faraone, S. V. (2002). Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *159*(7), 1214-1224. doi: 10.1176/appi.ajp.159.7.1214
- Hallahan, D. P., Lloyd, J. W., Kauffman, J. M., Weiss, M. P., & Martinez, E. A. (2005). *Learning disabilities: Foundations, characteristics, and effective teaching (Third Edition)*. Boston: Pearson & Allyn and Bacon.
- Harada, Y., Yamazaki, T., & Saitoh, K. (2002). Psychosocial problems in attention-deficit hyperactivity disorder with oppositional defiant disorder. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, *56*(4), 365-369. doi:10.1046/j.1440-1819.2002.01024.x
- Heward, W. L. (2010). Ensino e Aprendizagem: Dez noções enganadoras limitativas da eficácia da educação especial. In L. M. Correia (Ed.), *Educação especial e inclusão: Quem disser que uma sobrevive sem a outra não está no seu perfeito juízo* (2.ª ed.) (I. M. P. H. Soares, Trad.) (109-153). Porto: Porto Editora. (obra original publicada em 2003).

- Hofvander, B., Ståhlberg, O., Nydén, A., Wentz, E., Degl'Innocenti, A., Billstedt, E., Forsman, A., Gillberg, C., Nilsson, T., Rastam, M., & Anckarsäter, H. (2011). Life history of aggression scores are predicted by childhood hyperactivity, conduct disorder, adult substance abuse, and low cooperativeness in adult psychiatric patients. *Psychiatry Research*, *185*(1), 280-285. doi:10.1016/j.psychres.2010.05.008
- Hopkins, W. (2002). A scale of magnitudes for effect statistics. A new view of statistics. Disponível em: <http://www.sportsci.org/resource/stats/effectmag.html>
- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, *32*(6), 655-663. doi:10.1093/jpepsy/jsm024
- Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A., Hinshaw, S., Bukowski, W., Gold, J., Kraemer, H., Pelham, W., Wigal, T., & Arnold, L. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(3), 411. doi:10.1037/0022-006X.73.3.411
- Humphreys, K., Katz, S., Lee, S., Hammen, C., Brennan, P., & Najman, J. (2013). The association of ADHD and depression: Mediation by peer problems and parent-child difficulties in two complementary samples. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*(3), 854-867. doi:10.1037/a0033895
- Jaekel, J., Wolke, D., & Bartmann, P. (2013). Poor attention rather than hyperactivity/impulsivity predicts academic achievement in very preterm and full-term adolescents. *Psychological Medicine*, *43*(1), 183-196. doi:10.1017/S0033291712001031
- Jarrett, M. A., & Ollendick, T. H. (2008). A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety: Implications for future research and practice. *Clinical Psychology Review*, *28*(7), 1266-1280. doi:10.1016/j.cpr.2008.05.004
- Kruskal, W., & Wallis, W. (1952). Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American Statistical Association*, *47*(260), 583-621. doi:10.1080/01621459.1952.10483441
- Kuhne, M., Schachar, R., & Tannock, R. (1997). Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(12), 1715-1725. doi:10.1097/00004583-199712000-00020
- Lahey, B., Schaughency, E., Hynd, G., Carlson, C., & Nieves, N. (1987). Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Comparison of behavioral characteristics of clinic-referred children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *26*(5), 718-723. doi:10.1097/00004583-198709000-00017
- Langberg, J., Vaughn, A., Brinkman, W., Froehlich, T., & Epstein, J. (2010). Clinical utility of the Vanderbilt ADHD Rating Scale for ruling out comorbid learning disorders. *Pediatrics*, *126*(5), 1033-1038. doi:10.1542/peds.2010-1267
- Larson, K., Russ, S. A., Kahn, R. S., & Halfon, N. (2011). Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*, *127*(3), 462-470. doi:10.1542/peds.2010-0165
- Maedgen, J. W., & Carlson, C. L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of Clinical Child Psychology*, *29*(1), 30-42. doi:10.1207/S15374424jccp2901_4
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS statistics (6.ª edição)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marshall, S., Evans, S., Eiraldi, R., Becker, S., & Power, T. (2014). Social and academic impairment in youth with ADHD, predominately inattentive type and sluggish cognitive tempo. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *42*(1), 77-90. doi:10.1007/s10802-013-9758-4
- Masseti, G., Lahey, B., Pelham, W., Loney, J., Ehrhardt, A., Lee, S., & Kipp, H. (2008). Academic achievement over 8 years among children who met modified criteria for attention-deficit/hyperactivity disorder at 4-6 years of age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*(3), 399-410. doi:10.1007/s10802-007-9186-4
- Milich, R., Balentine, A., & Lynam, D. (2001). ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *8*(4), 463-488. doi:10.1093/clipsy.8.4.463
- Moura, O., Pereira, M., Alfaiate, C., Fernandes, E., Fernandes, B., Nogueira, S., Moreno, J., & Simões, M. R. (2016). Neurocognitive functioning in children with developmental dyslexia and attention-deficit/hyperactivity disorder: Multiple deficits and diagnostic accuracy. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 1-17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/13803395.2016.1225007>
- Murphy, K., Barkley, R., & Bush, T. (2002). Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: Subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *190*(3), 147-157. doi:10.1097/00005053-200203000-00003
- Nigg, J., Blaskey, L., Huang-Pollock, C., & Rappley, M. (2002). Neuropsychological executive functions and DSM-IV ADHD subtypes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *41*(1), 59-66. doi:10.1097/00004583-200201000-00012
- Oliveira, L. C. M. (2016). *A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA): do conhecimento dos professores às práticas educativas no 1.º ciclo do ensino básico (Tese de doutoramento, Universidade do Minho)*. doi: 10.13140/RG.2.2.30359.16801
- Pereira, M., Fonseca, A. C., Boavida, J., Simões, M. R., Oliveira, G., Rebelo, J. A., Nogueira, S., Porfírio, H. & Borges, L. (1998). Dificuldades de aprendizagem (LD) e hiperatividade (ADHD): estudo comparativo. *Psychologica*, *19*, 141-163.

- Pingault, J. B., Tremblay, R. E., Vitaro, F., Carbonneau, R., Genolini, C., Falissard, B., & Côté, S. M. (2011). Childhood trajectories of inattention and hyperactivity and prediction of educational attainment in early adulthood: A 16-year longitudinal population-based study. *The American Journal of Psychiatry*, *168*(11), 1164-1170. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10121732
- Pliszka, S. R. (2000). Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *9*(3), 525-40. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10944655>
- Polanczyk, G., de Lima, M., Horta, B., Biederman, J., & Rohde, L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, *164*(6), 942-948. doi: 10.1176/appi.ajp.164.6.942
- Polanczyk, G., Willcutt, E., Salum, G., Kieling, C., & Rohde, L. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, *43*(2), 434-442. doi: 10.1093/ije/dyt261
- Power, T., Costigan, T., Eiraldi, R., & Leff, S. (2004). Variations in anxiety and depression as a function of ADHD subtypes defined by DSM-IV: Do subtype differences exist or not? *Journal of Abnormal Child Psychology*, *32*(1), 27-37. doi: 10.1023/B:JACP.0000007578.30863.93
- Pritchard, A., Nigro, C., Jacobson, L., & Mahone, E. (2012). The role of neuropsychological assessment in the functional outcomes of children with ADHD. *Neuropsychology Review*, *22*(1), 54-68. doi:10.1007/s11065-011-9185-7
- Riccio, C., Homack, S., Jarratt, K., & Wolfe, M. (2006). Differences in academic and executive function domains among children with ADHD predominantly inattentive and combined types. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *21*(7), 657-667. doi:10.1016/j.acn.2006.05.010
- Riley, C., DuPaul, G., Pipan, M., Kern, L., Van Brakle, J., & Blum, N. (2008). Combined type versus ADHD predominantly hyperactive-impulsive type: Is there a difference in functional impairment? *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *29*(4), 270-275. doi: 10.1097/DBP.0b013e31816b6afe
- Rodriguez, A., Järvelin, M. R., Obel, C., Taanila, A., Miettunen, J., Moilanen, I., ... & Linnet, K. M. (2007). Do inattention and hyperactivity symptoms equal scholastic impairment? Evidence from three European cohorts. *BMC Public Health*, *7*(1), 1-9. doi:10.1186/1471-2458-7-327
- Rowland, A., Lesesne, C., & Abramowitz, A. (2002). The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A public health view. *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews*, *8*(3), 162-170. doi: 10.1002/mrdd.10036
- Schachar, R., & Wachsmuth, R. (1990). Oppositional disorder in children: a validation study comparing conduct disorder, oppositional disorder and normal control children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *31*(7), 1089-1102. doi:10.1111/j.1469-7610.1990.tb00848.x
- Schatz, D. B., & Rostain, A. L. (2006). ADHD with comorbid anxiety a review of the current literature. *Journal of Attention Disorders*, *10*(2), 141-149. doi:10.1177/1087054706286698
- Schulte-Körne, G. (2016). Mental health problems in a school setting in children and adolescents. *Deutsches Arzteblatt International*, *113*(11), 183-190. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4850518/>
- Sciberras, E., Lycett, K., Efron, D., Mensah, F., Gerner, B., & Hiscock, H. (2014). Anxiety in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, *133*(5), 801-808. doi:10.1542/peds.2013-3686
- Shillingford-Butler, M. A., & Theodore, L. (2013). Students diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder: Collaborative strategies for school counselors. *Professional School Counseling*, *16*(4), 235-245. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=192f907d-ce91-486a-b45b-bfd86c26372c%40sessionmgr105&vid=1&hid=106>
- Sibley, M. H., Olson, S., Morley, C., Campez, M., & Pelham, W. E. (2016). A school consultation intervention for adolescents with ADHD: Barriers and implementation strategies. *Child and Adolescent Mental Health*, *21*(4), 183-191. doi:10.1111/camh.12159
- Silberg, J., Moore, A. A., & Rutter, M. (2015). Age of onset and the subclassification of conduct/dissocial disorder. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, *56*(7), 826-833. doi:10.1111/jcpp.12353
- Sjöwall, D., & Thorell, L. (2014). Functional impairments in attention deficit hyperactivity disorder: The mediating role of neuropsychological functioning. *Developmental Neuropsychology*, *39*(3), 187-204. doi:10.1080/87565641.2014.886691
- Skirbekk, B., Hansen, B., Oerbeck, B., & Kristensen, H. (2011). The relationship between sluggish cognitive tempo, subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder, and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *39*(4), 513-525. doi: 10.1007/s10802-011-9488-4
- Solanto, M., Pope-Boyd, S., Tryon, W., & Stepak, B. (2009). Social functioning in predominantly inattentive and combined subtypes of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *13*(1), 27-35. doi:10.1177/1087054708320403
- Solanto, M., Gilbert, S., Raj, A., Zhu, J., Pope-Boyd, S., Stepak, B., & ... Newcorn, J. (2007). Neurocognitive functioning in AD/HD, predominantly inattentive and combined subtypes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *35*(5), 729-744. doi:10.1007/s10802-007-9123-6

- Staller, J., & Faraone, S. V. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: Epidemiology and management. *CNS Drugs*, 20(2), 107-123. doi: 10.2165/00023210-200620020-00003
- Skounti, M., Philalithis, A., & Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European Journal of Pediatrics*, 166(2), 117-123. doi:10.1007/s00431-006-0299-5
- Taanila, A., Ebeling, H., Tiihala, M., Kaakinen, M., Moilanen, I., Hurtig, T., & Yliherva, A. (2014). Association between childhood specific learning difficulties and school performance in adolescents with and without ADHD symptoms: A 16-year follow-up. *Journal of Attention Disorders*, 18(1), 61-72. doi:10.1177/1087054712446813
- Takeda, T., Ambrosini, P. J., deBerardinis, R., & Elia, J. (2012). What can ADHD without comorbidity teach us about comorbidity?. *Research in Developmental Disabilities*, 33(2), 419-425. doi:10.1016/j.ridd.2011.09.024
- Tirapu-Ustarroz, J., Ruiz-Garcia, B. M., Luna-Lario, P., & Hernaez-Goni, P. (2015). Sluggish cognitive tempo: An updated review. *Revista de Neurologia*, 61(7), 323-331. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26411277>
- Thorell, L. (2007). Do delay aversion and executive function deficits make distinct contributions to the functional impact of ADHD symptoms? A study of early academic skill deficits. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(11), 1061-1070. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01777.x
- Ushijima, H., Usami, M., Saito, K., Kodaira, M., & Ikeda, M. (2012). Time course of the development of depressive mood and oppositional defiant behavior among boys with attention deficit hyperactivity disorder: Differences between subtypes. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 66(4), 285-291. doi:10.1111/j.1440-1819.2012.02340.x
- Van Lier, P. C., Van der Ende, J., Koot, H. M., & Verhulst, F. C. (2007). Which better predicts conduct problems? The relationship of trajectories of conduct problems with ODD and ADHD symptoms from childhood into adolescence. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 48(6), 601-608. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01724.x
- Wåhlstedt, C., & Bohlin, G. (2010). DSM-IV-defined inattention and sluggish cognitive tempo: Independent and interactive relations to neuropsychological factors and comorbidity. *Child Neuropsychology*, 16(4), 350-365. doi:10.1080/09297041003671176
- Wåhlstedt, C., Thorell, L., & Bohlin, G. (2009). Heterogeneity in ADHD: Neuropsychological pathways, comorbidity and symptom domains. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(4), 551-564. doi:10.1007/s10802-008-9286-9
- Waschbusch, D. A., Pelham Jr, W. E., Jennings, J. R., Greiner, A. R., Tarter, R. E., & Moss, H. B. (2002). Reative aggression in boys with disruptive behavior disorders: Behavior, physiology, and affect. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 641-656. doi:10.1023/A:1020867831811
- Weiss, M., Worling, D., & Wasdell, M. (2003). A chart review study of the inattentive and combined types of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 7(1), 1-9. doi: 10.1177/108705470300700101
- Wiesner, M., Elliott, M., McLaughlin, K., Banspach, S., Tortolero, S., & Schuster, M. (2015). Common versus specific correlates of fifth-grade conduct disorder and oppositional defiant disorder symptoms: Comparison of three racial/ethnic groups. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(5), 985-998. doi:10.1007/s10802-014-9955-9
- Willcutt, E. (2012). The prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499. doi:10.1007/s13311-012-0135-8
- Willcutt, E., Chhabildas, N., Kinnear, M., DeFries, J., Olson, R., Leopold, D., Keenan, J. & Pennington, B. (2014). The internal and external validity of Sluggish Cognitive Temp and its relation with DSM-IV ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(1), 21-35. doi:10.1007/s10802-013-9800-6
- Wolraich, M., Feurer, I., Hannah, J., Baumgaertel, A., & Pinnock, T. (1998). Obtaining systematic teacher reports of disruptive behavior disorders utilizing DSM-IV. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(2), 141-152. doi:10.1023/A:1022673906401
- Wolraich, M., Lambert, W., Doffing, M., Bickman, L., Simmons, T., & Worley, K. (2003). Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale in a referred population. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(8), 559-568. doi:10.1093/jpepsy/jsg046
- Wolraich, M., Bard, D., Neas, B., Doffing, M., & Beck, L. (2013). The psychometric properties of the Vanderbilt Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Diagnostic Teacher Rating Sale in a community population. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 34(2), 83-93. doi: 10.1097/DBP.0b013e31827d55c3

ADHD in the School Context: Comorbidities and Performance Problems Associated

Abstract

Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is associated with other clinical conditions in about 80% of cases, and this cumulative nature causes even more significant changes in behavior and learning. Based on a sample of 105 elementary school students (signaled by their teachers as having ADHD), we attempted to analyze the relationship between ADHD presentations and other clinic symptoms [Oppositional Defiant Disorder (ODD); Conduct Disorder (CD); Anxiety Disorders (AD) and Depressive Disorders (DD)], as well as in different associated problems (academic and behavioral). The results show that 38.1% of the sample meets DSM-5 criteria for predominantly inattentive presentation (ADHD-I), 9.5% for hyperactive-impulsive (ADHD-H/I), 43.8% for combined (ADHD-C), and 8.6% does not meet the criteria for any of the presentations. Regarding the comorbid situations, 41.9% showed three or more symptoms of ODD and/or CD and 32.4% presented AD/DD. The learning (LP) and behavioral (BP) problems are verified in 81.9% and 98.1% of the sample, respectively. The correlations allowed the identification of subgroups (ADHD-D + AD/DD + LP) and (ADHD-C and ADHD-H/I + ODD/CD + externalizing behavioral problems). These data may have implications for the prevention/treatment of clinic conditions associated with ADHD.

Keywords

ADHD, comorbidity, behaviour, learning.

Received: 07.06.2017

Revision received: 17.12.2017

Accepted: 29.12.2017