



## Tradução e adaptação para português da Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale: um estudo piloto

### Translation and adaptation to Portuguese of Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale: A pilot study

Luís Oliveira , Marcelino Pereira , Teresa Medeiros , Ana Serrano 

\*Universidade do Minho, \*\*Universidade de Coimbra, \*\*\*Universidade dos Açores

#### Resumo

Este estudo integra uma investigação mais ampla, cujo propósito foi analisar o impacto da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) em contexto escolar, a nível académico, comportamental e social. A *Vanderbilt Adhd Diagnostic Teacher Rating Scale* (VADTRS) – Escala Vanderbilt de Diagnóstico de PHDA para Professores (EVDPP) - foi traduzida e adaptada para Português Europeu. 76 professores do 1.º ciclo da ilha de São Miguel (Açores), preencheram a EVDPP para 105 alunos diagnosticados com PHDA ou em avaliação, com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos, 85.7% são do género masculino e 14.3% do feminino. Os resultados demonstram a validade interna da escala, com alfas de *Chronbach* a situarem-se entre os .80 e .94 nas diferentes dimensões, corroborando outros estudos internacionais. Estes dados preliminares sugerem que a EVDPP pode ser um instrumento extremamente útil para as equipas multidisciplinares na sinalização, diagnóstico e caracterização dos principais problemas da PHDA em contexto escolar.

*Palavras chave:* Ensino Básico, crianças, avaliação, PHDA

#### Abstract

This study integrates a broader investigation, whose purpose was to analyze the impact of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) within a school context, at an academic, behavioral and social level. *The Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale* (VADTRS) has been translated and adapted into Portuguese European, using cross-cultural translation method of back-translation and decentering, proposed by Brislin (1970, 1976). A total of 76 teachers from the 1st cycle of the island of São Miguel (Azores) filled the EVDPP for 105 (n = 105) students diagnosed (or under evaluation) for diagnosis of ADHD, aged between 6

---

Luís Oliveira  e Ana Serrano : Instituto de Educação (IE), Universidade do Minho Campus de Gualtar. 4710-057 Braga, Portugal.

Marcelino Pereira : Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. R. Colégio Novo, 3000-802 Coimbra, Portugal.

Teresa Medeiros : Departamento de Ciências Sociais e Humanas, Universidade dos Açores, Campus de Ponta Delgada. 9501-801 Ponta Delgada, Portugal.

Correspondência relativa a este artigo: Luís Oliveira – [luismicaelense@hotmail.com](mailto:luismicaelense@hotmail.com)

and 11 years old, 85.7% are male gender and 14.3% are female. The statistical method used to evaluate the internal consistency of the instrument was the Chronbach's alpha. The results demonstrate the internal validity of the scale, with Chronbach's alphas being between .80 and .94 in the different dimensions, corroborating other international studies. These preliminary data suggest that EVDPP can be an extremely useful tool for the multidisciplinary teams of Portuguese schools (in particular psychologists), in the signaling, diagnosis and characterization of the main problems of the PHDA in this context.

*Keywords:* Basic Education; children; assessment; ADHD

Por definição, a Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) significa “[...] um atraso evolutivo que afeta a capacidade da criança para regular o comportamento, controlar o nível de atividade, inibir reações impulsivas ou manter a atenção” (Barkley e Edwards, 2006/2008, p. 375). Estima-se que afete cerca de 5% das crianças (APA, 2014) e conhece-se o risco elevado da existência de outras comorbilidades de natureza internalizante e externalizante (e.g., perturbação de ansiedade – PA; perturbação depressiva – PD; perturbação desafiante de oposição – PDO; perturbação do comportamento - PC, perturbação da aprendizagem específica – PAE), assim como outros problemas associados (e.g., académicos, comportamentais e sociais), que agravam o prognóstico e que poderão manter-se na idade adulta (Faraone et al., 2015). “O ambiente escolar pode ser um lugar difícil para as crianças com PHDA porque os sintomas são diametralmente opostos às expectativas de uma sala de aula tradicional (...)” (Shillingford-Butler e Theodore, 2013, p. 236). Do ponto de vista teórico ou concetual seria difícil projetar um ambiente mais problemático para os alunos com PHDA que, a típica sala de aula, onde são obrigados a estar quietos, ouvir atentamente as instruções académicas, completar autonomamente as tarefas escolares, esperar pela sua vez, relacionar-se adequadamente com os colegas e professores, etc. Tais requisitos são extraordinariamente difíceis de cumprir, especialmente devido aos problemas que as pessoas com PHDA apresentam no funcionamento executivo (DuPaul et al., 2014a). Estas dificuldades não só prejudicam o desempenho dos alunos com esta perturbação, como constituem um enorme desafio para os psicólogos e outros agentes escolares que trabalham com esta população (DuPaul e Jimerson, 2014).

Os professores desempenham um papel fundamental na sinalização e identificação dos alunos com PHDA, sendo a sua participação normalmente exercida através do preenchimento de escalas e questionários devidamente aferidos e adaptados para a população a que se destinam (DuPaul e Jimerson, 2014; DuPaul, Reid, Anastopoulos, e Power, 2014b; Salmon e Kirby, 2009).

Ao longo de décadas de investigação desenvolveram-se novos instrumentos de avaliação comportamental da PHDA (inventários e escalas) que fornecem, de forma sistematizada, informação valiosa aos profissionais que se dedicam à avaliação da PHDA, nomeadamente os pediatras, psicólogos, psiquiatras e outras especialidades médicas, numa lógica multidisciplinar, uma vez que o diagnóstico final resulta da confluência de diferentes práticas clínicas devidamente estabelecidas, incluindo o preenchimento de escalas de avaliação por parte dos pais e professores (Oliveira et al., 2016). Não existe consenso absoluto sobre quais os mais indicados, pois estes diferem, quer na amplitude dos comportamentos abordados, quer suas características psicométricas. Entre os instrumentos mais conhecidos estão as escalas desenvolvidas por Keith Conners (e.g., Conners, 1969), da qual derivam outras versões abreviadas mais recentes e fáceis de aplicar. Uma destas, a versão para professores da Escala de Conners – Versões Revistas: Forma Reduzida - Conners Rating Scale-Revised: Short Form, datada de 1997, foi aferida para a população portuguesa (Rodrigues, 2007). Apesar da sua ampla utilização, as escalas de Conners não se focam nos sintomas específicos enumerados no DSM (i.e., não utilizam, em rigor, os critérios de diagnóstico do DSM, especificamente do DSM-5), nem incluem, de forma abrangente, a descrição de outros comportamentos/problemas geralmente associados à PHDA (e.g., ansiedade, depressão, desempenho académico,

entre outros). Neste contexto, foram concertados esforços no sentido de se obter um instrumento robusto (validado empiricamente) e que correspondesse de forma alargada aos objetivos deste estudo.

No seguimento da pesquisa efetuada, a escala que motivou maior consenso entre os autores desta investigação foi a Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale (VADTRS) (Wolraich et al., 1998) - Escala Vanderbilt de Diagnóstico de PHDA para Professores, adiante designada EVDPP. Esta escala contém a informação necessária para um diagnóstico da PHDA baseado nos critérios do DSM-5 e para a discriminação de comorbilidades que lhe estão frequentemente associadas (Wolraich et al., 1998). Apesar da escala não estar aferida para a população portuguesa existem estudos internacionais que evidenciam a robustez clínica do instrumento para cumprir os propósitos anteriormente descritos (e.g., Wolraich et al., 2003a).

O presente estudo tem como objetivos a tradução e adaptação da EVDPP para Português Europeu.

## Método

### Participantes

Participaram neste estudo 105 alunos ( $n = 105$ ) do 1.º ciclo do ensino básico, com idades entre os 6 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 15 (14.3%) são do género feminino e 90 (85.7%) do género masculino, resultados que entrocam nas evidências que demonstram que a PHDA é mais frequente nos rapazes do que nas raparigas (Erskine et al., 2013; Willcutt, 2012). A distribuição da frequência escolar mostra que 24 alunos ( $n_{1.º} = 24$ ) estavam a frequentar o 1.º ano de escolaridade, correspondendo assim a 22.9% do total de participantes, ao passo que 38 ( $n_{2.º} = 38$ ) se encontravam no 2.º ano (36.2%), 21 ( $n_{3.º} = 21$ ) estavam no 3.º ano (20%), e 22 ( $n_{4.º} = 22$ ) frequentavam o 4.º ano, o equivalente a 20.9%.

Os referidos alunos estavam distribuídos por 42 escolas públicas/privadas da ilha de São Miguel e foram avaliados através da EVDPP por 76 professores, titulares de turma dos alunos visados.

### Instrumento (tradução e adaptação)

À semelhança das escalas de *Conners*, existem duas versões das escalas *Vanderbilt*, para pais (Wolraich et al., 2003b) e para professores (Wolraich et al., 1998).

Para além dos 18 sintomas típicos da PHDA reproduzidos no DSM-5, a EVDPP contempla ainda um grupo de dez itens referentes a sintomas de Perturbação Desafiante de Oposição e Perturbação do Comportamento (PDO/PC) e outros sete itens de Perturbação de Ansiedade e Perturbação Depressiva (PA/PD), que são avaliados pelos professores através de uma escala de *Lickert* pontuada de 0 a 3, sendo que o zero revela a inexistência de sintomas e o três demonstra a sua presença muito frequente. Adicionalmente, incorpora duas subescalas que analisam o desempenho da criança na escola: três itens que dizem respeito a problemas na aprendizagem (PA) – leitura, matemática e expressão escrita - e cinco itens que classificam 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. Estes oito itens são avaliados através de uma escala de *Lickert* de cinco pontos (de 1 a 5), que retrata 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).

Os resultados de diferentes estudos mostram que a EVDPP reúne excelentes qualidades psicométricas. Os seus autores reportam uma boa consistência interna, com os alfas de *Cronbach* a variarem entre .80 e .95 para as diferentes dimensões (Wolraich et al., 1998). Outras investigações apontam coeficientes alfas de *Cronbach* que oscilam entre .71 e .96 (Wolraich et al., 2003a; Wolraich, Bard, Neas, Doffing, e Beck, 2013).

Por outro lado, a investigação também aponta para uma boa validade (discriminativa, convergente e preditiva), bem como sensibilidade e especificidade satisfatórias. Para a validade do construto, um modelo de quatro fatores (i.e., desatenção; hiperatividade/impulsividade; problemas de desafio/oposição; e problemas de

ansiedade/depressão) configurou-se ajustado ao instrumento (Wolraich et al., 2013).

Especificamente para os sintomas da PHDA foram testados três modelos diferentes (i.e., 18 sintomas da PHDA; desatenção e hiperatividade/impulsividade; e desatenção, hiperatividade, impulsividade), sendo que o modelo de dois fatores (i.e., desatenção e hiperatividade/impulsividade) foi o que obteve melhor desempenho, explicando 68 a 77% da variância (Wolraich et al., 2003a).

A validade convergente, tendo como referência o “Questionário de Capacidades e Dificuldades” (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) para os quatro fatores foi elevada ( $r > .72$ ). Em relação à validade preditiva, obteve-se uma sensibilidade de .69 e especificidade de .84, valor preditivo positivo de .32 e valor preditivo negativo de .96, respetivamente, ao antever/excluir casos de PHDA entre crianças cujos pais completaram uma entrevista de diagnóstico estruturada (*Diagnostic Interview Schedule for Children-IV*) (Wolraich et al., 2013).

Por sua vez, os itens de desempenho da leitura e expressão escrita apresentaram-se como excelentes preditores em relação à presença de Perturbações de Aprendizagem Específicas (i.e., na leitura e escrita), quando acompanhados com uma entrevista acerca do desempenho escolar do aluno e uma revisão ao seu histórico escolar (Langberg, Vaughn, Brinkman, Froehlich, e Epstein, 2010). Com efeito, um ponto de corte de 4 para os itens de leitura e escrita apresentou um ótimo poder preditivo negativo (0.80) no afastamento de uma comorbilidade de PAE da leitura, assim como um excelente poder preditivo negativo (1.00) para uma PAE da escrita (Langberg et al., 2010).

Feita a apresentação do instrumento, procedemos, em seguida, à descrição da sua tradução e adaptação. Depois de obtida a autorização ao seu autor para a sua utilização nesta investigação, a EVDPP foi traduzida para português e alvo de ligeiras adaptações, de acordo com os métodos de tradução intercultural de instrumentos, retrotradução e descentramento, propostos por Brislin (1970, 1976).

Numa fase inicial o instrumento foi traduzido por um tradutor bilingue acreditado (*freelancer*), residente na ilha de São Miguel, e revisto por um tradutor/revisor pertencente à bolsa de tradutores de uma empresa especializada em tradução. O processo de tradução/revisão visou comparar/corrigir eventuais imprecisões. As duas versões foram consideradas equivalentes (i.e., lexical e gramaticalmente) e, portanto, satisfatórias. Não obstante, como é referido por Brislin (1970), a tradução bilingue pode manter muitas das formas gramaticais do documento de origem (facilitando desta forma a tarefa de retrotradução), mas não cumprir, de modo fidedigno, o propósito de questionar os monolíngues da língua alvo (i.e., quando uma língua contém especificidades que não podem ser traduzidas para outro idioma sem alguma modificação).

Na medida em que o investigador principal tem um domínio aceitável da língua inglesa, está familiarizado com os termos técnicos e conhece a lista de sintomas do DSM-5 utilizada no instrumento original (versão do DSM-5 existente em português), predispôs-se simultaneamente à tarefa da sua tradução.

Posteriormente, as duas versões traduzidas acima descritas, foram analisadas por um especialista do ramo (Dr. José Boavida Fernandes, médico pediatra e responsável da unidade de Hiperatividade do Centro de Desenvolvimento da Criança Dr. Luís Borges, do Hospital Pediátrico de Coimbra). A sua vasta experiência clínica neste domínio torna-o profundo conhecedor do conteúdo e semântica dos itens presentes neste tipo de escalas em diferentes línguas, particularmente no português e inglês, qualidades necessárias para a tarefa seguinte da validação/adequação dos itens. Este processo foi essencial para perceber quais os termos das duas traduções – quando comparados com o texto original – estavam mais equivalentes entre si, no sentido de terem, efetivamente, o mesmo significado referencial e serem, simultaneamente, culturalmente relevantes e apropriados. A comparação das duas traduções resultou numa versão de consenso, que se considerou ser a que transparecia de forma mais profícua as intenções de avaliação do documento original. No Anexo I (cf. Apêndices) é possível verificar o resultado final da tradução efetuada por comparação à original.

No que respeita à adequação dos itens, ligeiras adaptações foram efetuadas, principalmente nos itens formulados

na negativa, uma vez que podem dificultar a interpretação e consequente decisão da resposta, pelo que relativamente a estes itens adotou-se uma sintaxe específica, convertendo-os em afirmações positivas de modo a evitar o potencial de falsos negativos.

Esta última versão do instrumento, por sua vez, foi alvo de uma retrotradução, efetuada por um tradutor bilingue de língua materna inglesa (americano), qualificado e com vasta experiência em tradução, a residir nos EUA. A análise comparativa das duas versões, que se encontra no Anexo II (cf. Apêndices), não regista diferenças substanciais entre a versão original e a retrotradução.

As pequenas divergências verificadas não colocaram em causa o significado dos itens e derivaram do método de “descentramento”.

O processo culminou com o envio da versão final da tradução (portuguesa), assim como a sua retrotradução (inglês – americano), ao autor da escala, Professor Mark Wolraich, que facultou ao investigador principal desta investigação um parecer favorável.

### **Procedimentos**

O investigador principal, depois de garantida as autorizações da Diretora Regional de Educação dos Açores, dos presidentes dos conselhos executivos dos agrupamentos das escolas públicas da ilha de São Miguel, assim como aos diretores das escolas privadas, dirigiu-se presencialmente a cada uma das escolas e articulou com o coordenador uma data e hora para a realização de uma reunião. Aí questionou todos professores do 1.º Ciclo se tinham alunos diagnosticados com PHDA ou em fase de avaliação. Todos aqueles que responderam afirmativamente foram convidados a completar a EVDPP.

Explicado o objetivo do seu preenchimento, foram igualmente instruídos para a realização desta tarefa. Foi-lhes solicitado que devolvessem o questionário sem a identificação da criança, em cumprimento com as questões éticas da investigação, em particular de acordo com as normas da Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas (SECDH) da Universidade do Minho.

As escalas foram distribuídas faseadamente, tendo ficado acordado entre o investigador e os professores, que a sua recolha seria feita uma semana após a entrega. O período de recolha da totalidade das escalas situou-se entre janeiro e julho de 2015. Optou-se por iniciar este processo no segundo semestre do ano escolar, período em que os professores já detinham informação relevante quanto ao comportamento/desempenho dos seus alunos.

Os dados que a seguir apresentamos foram obtidos com o recurso ao IBM –*Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – Versão 21. O teste estatístico utilizado para analisar a consistência interna da EVDPP foi o alfa de *Cronbach* (cf. Tabela 1).

Para a interpretação dos coeficientes, assumimos a definição de Marôco (2014, p.23, 24) que nos diz que “De uma forma geral nas ciências sociais e humanas, mas sem definições precisas, consideramos que as correlações são: (i) fracas quando o valor absoluto de  $r$  ( $|r|$ ) é inferior a 0.25; (ii) são moderadas para  $0.25 \leq |r| \leq 0.5$ ; (iii) são fortes para  $0.5 \leq |r| \leq 0.75$  e (iv) são muito fortes se  $|r| \geq 0.75$ .”

## **Resultados**

### **Consistência Interna**

Os resultados deste estudo confirmam a boa consistência interna da EVDPP, com alfas de *Cronbach* a variarem entre .80 e .93 nas diferentes dimensões – sintomas de desatenção (.84); sintomas de hiperatividade/impulsividade (.91); sintomas de PDO/PC (.93); sintomas de PA/PD (.87); problemas na aprendizagem - PA (.84) e problemas comportamentais - PC (.80).

As principais componentes de análise para a medida da consistência interna (coeficiente alfa) são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1

Correlações entre os itens e total corrigido, coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item e nota global do alfa de Cronbach para cada dimensão (N = 105)

Itens	Correlação Item- Total corrigido	Alfa de Cronbach excluindo o item
<b>Dimensão sintomas Desatenção (<math>\alpha</math> global = .84)</b>		
1. Tem dificuldade em prestar atenção aos detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos escolares	.55	.83
2. Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades	.63	.82
3. Parece não ouvir quando se lhe fala diretamente	.46	.84
4. Tem dificuldade em seguir as instruções e em terminar os trabalhos escolares (não por que se recuse ou por não compreender)	.62	.82
5. Tem dificuldade em organizar tarefas e atividades	.61	.82
6. Evita, não gosta ou mostra-se relutante em envolver-se em tarefas que exijam um esforço mental sustentado	.51	.83
7. Perde material necessário à realização de tarefas ou atividades (trabalhos da escola, lápis ou livros)	.57	.83
8. Distrai-se facilmente com estímulos externos	.60	.83
9. É esquecido/a nas atividades quotidianas	.59	.83
<b>Dimensão sintomas Hiperatividade /Impulsividade (<math>\alpha</math> global = .91)</b>		
10. Mexe constantemente as mãos ou pés ou não pára quieto/a na cadeira	.61	.91
11. Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que devia permanecer sentado/a	.69	.91
12. Corre ou trepa excessivamente em situações em que devia permanecer sentado/a	.67	.91
13. Tem dificuldade em jogar ou em envolver-se tranquilamente em atividades de lazer	.61	.91
14. Está sempre em movimento ou age frequentemente como se fosse “movido/a por um motor”	.79	.90
15. Fala excessivamente	.68	.91
16. Responde precipitadamente antes de ouvir as questões até ao fim	.66	.91
17. Tem dificuldade em esperar pela sua vez	.82	.90
18. Interrompe os outros ou intromete-se (por exemplo, em conversas ou jogos)	.75	.90
<b>Dimensão sintomas Perturbação de Oposição/Desafio e Perturbação Comportamental (<math>\alpha</math> global = .93)</b>		
19. Perde o controlo	.65	.93
20. Desafia abertamente ou recusa-se a cumprir as ordens ou regras dos adultos	.78	.92
21. Está zangado/a ou ressentido/a	.73	.93
22. É rancoroso/a e vingativo/a	.81	.92
23. Assusta, ameaça ou intimida os outros	.88	.92
24. Inicia lutas físicas	.81	.92
25. Mentira para conseguir bens ou favores ou para evitar obrigações (isto é, engana os outros)	.69	.93
26. É fisicamente cruel para as pessoas	.80	.92
27. Rouba objetos de valor significativo	.60	.93
28. Destroí deliberadamente os bens dos outros	.70	.93
<b>Dimensão sintomas Perturbação de ansiedade e Perturbação Depressiva (<math>\alpha</math> global = .87)</b>		
29. É temeroso/a, ansioso/a ou preocupado/a	.50	.87
30. É tímido/a ou fica envergonhado/a facilmente	.59	.86
31. Tem medo de experimentar coisas novas por receio de cometer erros	.74	.84
32. Sente-se inútil ou inferior	.76	.84
33. Culpabiliza-se pelos problemas, sente-se culpado/a	.58	.86
34. Sente-se sozinho/a, indesejado/a ou pouco amado/a; reclama que “ninguém gosta dele/a”	.65	.85
35. Está triste, infeliz ou deprimido/a	.72	.84
<b>Dimensão Problemas na aprendizagem (<math>\alpha</math> global = .84)</b>		
1. Leitura	.75	.73
2. Matemática	.61	.86
3. Expressão Escrita	.78	.72
<b>Dimensão problemas comportamentais <math>\alpha</math> global = .80)</b>		
1. Relacionamento com os colegas	.69	.72
2. Cumprimento de ordens/regras	.72	.71
3. Perturbação das aulas	.61	.75
4. Conclusão de tarefas	.42	.80
5. Capacidade de organização	.47	.79

Como é possível verificar na Tabela 1, apenas três itens apresentam correlações com o total corrigido abaixo de .50, sendo que os restantes correlacionam-se com o total corrigido acima deste valor, pelo que, no presente caso, podemos constatar que as correlações entre os itens das diferentes dimensões e o total corrigido são elevadas, o que nos permite aferir a validade interna destes mesmos itens. Por sua vez, os coeficientes de *Cronbach* excluindo cada um dos itens não aumentam, o que evidencia a importância e o seu contributo para a consistência interna da EVDPP. O alfa de *Cronbach* global mais baixo foi .80, que é considerado muito forte.

### Discussão

O interesse da EVDPP não se confina a trabalhos de investigação. A confirmação de uma boa validade convergente e confiabilidade aceitável do constructo fazem deste instrumento uma ferramenta útil para o diagnóstico da PHDA (Wolraich et al., 2013). Os resultados mostram simultaneamente que os itens de desempenho da leitura e escrita podem ser utilizados pelos médicos para determinar que crianças não necessitam de ser referenciadas para uma avaliação deste tipo de comorbilidade (i.e., PAE da leitura e escrita). Dada a limitação das escolas e dos psicólogos em completar testes psicoeducacionais esta informação clínica ganha especial importância para a identificação das crianças que efetivamente necessitam de uma avaliação mais rigorosa em relação à presença de PAE (Langberg et al., 2010). As opções metodológicas utilizadas para a tradução e adaptação da EVDPP para português revelaram-se adequadas, tendo em conta a robustez dos indicadores obtidos relativos à consistência interna do instrumento, por comparação a outros estudos internacionais que analisaram esta componente, assim como pela fácil leitura e interpretação dos itens por parte dos professores que avaliaram os participantes deste estudo.

Os resultados obtidos parecem desta forma sugerir as boas qualidades psicométricas da EVDPP, todavia, outras etapas deverão ser asseguradas em futuras investigações, como a análise da sensibilidade ou da validade convergente, de forma a compreender proficuamente o comportamento do instrumento na população portuguesa, com vista à sua normalização. Cientes das limitações inerentes a um estudo desta natureza, importa, porém, salientar que a EVDPP pode assumir-se como um instrumento bastante útil para alguns profissionais das escolas portuguesas, tanto na sinalização dos problemas subjacentes à problemática da PHDA em contexto escolar, como consequentemente no planeamento da prática pedagógica que os professores deverão implementar com estas crianças. Com efeito, o acesso aos elementos de diagnóstico mais recomendados não é da exclusividade dos psicólogos, mas é reconhecido que estes, dada a sua formação académica, podem prestar um excelente contributo, uma vez que parte da sua preparação foi direcionada para o uso de técnicas e procedimentos frequentemente utilizados neste âmbito (e.g., como usar escalas de avaliação, realizar entrevistas, administrar e interpretar testes psicológicos e realizar observações comportamentais). Para além dos motivos legais, especificamente a obrigatoriedade das escolas terem um psicólogo nas suas equipas multidisciplinares (e.g., DL 54/2018), as razões acima expostas mostram que os psicólogos educacionais podem ter um papel importante na avaliação da PHDA e na mediação da informação com outros profissionais de saúde (Brock e Clinton, 2007). Simultaneamente, uma vez que conhecem a perturbação e a forma como se manifesta, podem coordenar as equipas multidisciplinares das escolas no planeamento e desenvolvimento de intervenções psicoeducacionais (Bylund, 2015; Salmon e Kirby, 2009).

Na suspeita de algum caso de PHDA na sala de aula, os professores devem comunicar esta situação ao psicólogo pertencente à equipa multidisciplinar da escola 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 EVDPP reúne todas as características necessárias para cumprir com este desígnio. Esta avaliação inicial poderá diminuir substancialmente a morosidade do processo avaliativo subsequente e a possibilidade da ocorrência de falsos diagnósticos positivos.

### Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5.<sup>a</sup> Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barkley, R. A., & Edwards, G. (2008). Entrevista diagnóstica, escalas de avaliação do comportamento e exame médico. In R. A. Barkley et al. (Ed.), *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade* (3.<sup>a</sup> ed.) (R. C. Costa, Trad.) (349-400). Porto Alegre: Artmed. (obra original publicada em 2006).
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of cross-cultural psychology*, 1(3), 185-216. <https://doi.org/10.1177/135910457000100301>
- Brislin, R. W. (1976). Comparative research methodology: Cross-cultural studies. *International Journal Of Psychology*, 11(3), 215-229. <https://doi.org/10.1080/00207597608247359>
- Brock, S. E., & Clinton, A. (2007). Diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) in childhood: A review of the literature. *The California School Psychologist*, 12(1), 73-91. <https://doi.org/10.1007/BF03340933>
- Bylund, J. (2015). School Based Assessment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Augusto Guzzo Revista Acadêmica*, 1(15), 43-50. Consultado em: [http://fics.edu.br/index.php/augusto\\_guzzo/article/view/263](http://fics.edu.br/index.php/augusto_guzzo/article/view/263)
- Conners, C. K. (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with children. *American journal of Psychiatry*, 126(6), 884-888. <https://doi.org/10.1176/ajp.126.6.884>
- Decreto-Lei nº 54/2018 de 6 de julho. *Diário da República nº 129 – 1ª Série*. Ministério da Educação. Lisboa.
- 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. <https://doi.org/10.1037/spq0000104>
- DuPaul, G. J., Gormley, M. J., & Laracy, S. D. (2014a). School-based interventions for elementary school students with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(4), 687-697. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.05.003>
- DuPaul, G. J., Reid, R., Anastopoulos, A. D., & Power, T. J. (2014b). Assessing ADHD symptomatic behaviors and functional impairment in school settings: impact of student and teacher characteristics. *School Psychology Quarterly: The Official Journal of the Division of School Psychology, American Psychological Association*, 29(4), 409-421. <https://doi.org/10.1037/spq0000095>
- Erskine, H., Ferrari, A., Nelson, P., Polanczyk, G., Flaxman, A., Vos, T., & ... 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. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12144>
- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. k., Ramos-Quiroga, J. A., ... & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 1-23. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>
- Hopkins, W. G. (2002). *A scale of magnitudes for effect statistics. A new view of statistics*. Acedido em julho 21, 2016, de: <http://www.sportsci.org/resource/stats/effectmag.html>
- Langberg, J. M., Vaughn, A. J., Brinkman, W. B., Froehlich, T., & Epstein, J. N. (2010). Clinical utility of the Vanderbilt ADHD Rating Scale for ruling out comorbid learning disorders. *Pediatrics*, 126(5), e1033-e1038. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1267>
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6.<sup>a</sup> Edição). Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Oliveira, L., Pereira, M., Medeiros, M., & Serrano, A. (2016). PHDA: O que há de novo no DSM-5? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 49(2), 75-94. [https://doi.org/10.14195/1647-8614\\_49-2\\_4](https://doi.org/10.14195/1647-8614_49-2_4)
- Rodrigues, A. N. (2007). Escalas revistas de Conners – formas reduzidas para pais e professores. In M. R. Simões,

- C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Coord.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III) (pp.203-227). Coimbra: Edições Quarteto.
- Salmon, G., & Kirby, A. (2009). The role of teachers in the assessment of children suspected of having AD/HD. *British Journal of Special Education*, 36(3), 147-154. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8578.2009.00439.x>
- 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. <https://doi.org/10.1177/2156759X12016002S05>
- Schulte-Körne, G. (2016). Mental Health Problems in a School Setting in Children and Adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(11), 183-190. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0183>
- Weyandt, L. L., & DuPaul, G. J. (2013). Assessment of ADHD. In *College Students with ADHD* (37-60). Springer New York. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5345-1\\_4](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5345-1_4)
- Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>
- Wolraich, M. L., Bard, D. E., Neas, B., Doffing, M., & Beck, L. (2013). The psychometric properties of the Vanderbilt attention-deficit hyperactivity disorder diagnostic teacher rating scale in a community population. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 34(2), 83-93. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31827d55c3>
- Wolraich, M. L., Lambert, E. W., Baumgaertel, A., Garcia-Tornel, S., Feurer, I. D., Bickman, L., & Doffing, M. A. (2003a). Teachers' screening for attention deficit/hyperactivity disorder: Comparing multinational samples on teacher ratings of ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(4), 445-455. <https://doi.org/10.1023/A:1023847719796>
- Wolraich, M. L., Lambert, E. W., Doffing, M. A., Bickman, L., Simmons, T., & Worley, K. (2003b). Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale in a referred population. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(8), 559-568. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsg046>
- Wolraich, M. L., 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. <https://doi.org/10.1023/A:1022673906401>

### Agradecimentos

Agradece-se ao Dr. José Boavida Fernandes, médico pediatra e responsável da unidade de Hiperatividade do Hospital Pediátrico de Coimbra, pela participação no processo de tradução da EVDPP para Português Europeu.

Ao Professor Mark Wolraich, diretor do departamento de Pediatria (Perturbações comportamentais e do desenvolvimento) e diretor do Centro de Estudos da Criança, da Universidade de Ciências da Saúde de Oklahoma, pela autorização da utilização da escala Vanderbilt e revisão da retrodução do instrumento efetuada.

Fecha de recepción: 19 de diciembre de 2018.

Fecha de revisión: 3 de junio de 2019.

Fecha de aceptación: 7 de junio de 2019.

Fecha de publicación: 1 de julio de 2019.

## Apêndices

### Anexo I. Tradução e adaptação dos itens

Versão original da escala	Versão final da tradução da escala
1. Fails to give attention to details or makes careless mistakes in schoolwork	1. Tem dificuldade em prestar atenção aos detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos escolares
2. Has difficulty sustaining attention to tasks or activities	2. Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades
3. Does not seem to listen when spoken to directly	3. Parece não ouvir quando se lhe fala diretamente
4. Does not follow through on instruction and fails to finish schoolwork (not due to oppositional behavior or failure to understand)	4. Tem dificuldade em seguir as instruções e em terminar os trabalhos escolares (não por que se recuse ou por não compreender)
5. Has difficulty organizing tasks and activities	5. Tem dificuldade em organizar tarefas e atividades
6. Avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustaining mental effort	6. Evita, não gosta ou mostra-se relutante em envolver-se em tarefas que exijam um esforço mental sustentado
7. Loses things necessary for tasks or activities (school assignments, pencils, or books)	7. Perde material necessário à realização de tarefas ou atividades (trabalhos da escola, lápis ou livros)
8. Is easily distracted by extraneous stimuli	8. Distrai-se facilmente com estímulos externos
9. Is forgetful in daily activities	9. É esquecido/a nas atividades quotidianas
10. Fidgets with hands or feet or squirms in seat	10. Mexe constantemente as mãos ou pés ou não pára quieto/a na cadeira
11. Leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected	11. Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que devia permanecer sentado/a
12. Runs about or climbs excessively in situations in which remaining seated is expected	12. Corre ou trepa excessivamente em situações em que devia permanecer sentado/a
13. Has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly	13. Tem dificuldade em jogar ou em envolver-se tranquilamente em atividades de lazer
14. Is “on the go” or often acts as if “driven by a motor”	14. Está sempre em movimento ou age frequentemente como se fosse “movido/a por um motor”
15. Talks excessively	15. Fala excessivamente
16. Blurts out answers before questions have been completed	16. Responde precipitadamente antes de ouvir as questões até ao fim
17. Has difficulty waiting in line	17. Tem dificuldade em esperar pela sua vez
18. Interrupts or intrudes on others (eg, butts into conversations or games)	18. Interrompe os outros ou intrmete-se (por exemplo, em conversas ou jogos)
19. Loses temper	19. Perde o controlo
20. Actively defies or refuses to comply with adults’ requests or rules	20. Desafia abertamente ou recusa-se a cumprir as ordens ou regras dos adultos
21. Is angry or resentful	21. Está zangado/a ou ressentido/a
22. Is spiteful and vindictive	22. É rancoroso/a e vingativo/a
23. Bullies, threatens, or intimidates others	23. Assusta, ameaça ou intimida os outros
24. Initiates physical fights	24. Inicia lutas físicas
25. Lies to obtain goods for favors or to avoid obligations (ie, “cons” others)	25. Mentira para conseguir bens ou favores ou para evitar obrigações (isto é, engana os outros)
26. Is physically cruel to people	26. É fisicamente cruel para as pessoas
27. Has stolen items of nontrivial value	27. Rouba objetos de valor significativo
28. Deliberately destroys others’ property	28. Destroi deliberadamente os bens dos outros
29. Is fearful, anxious, or worried	29. É temeroso/a, ansioso/a ou preocupado/a
30. Is self-conscious or easily embarrassed	30. É tímido/a ou fica envergonhado/a facilmente
31. Is afraid to try new things for fear of making mistakes	31. Tem medo de experimentar coisas novas por receio de cometer erros
32. Feels worthless or inferior	32. Sente-se inútil ou inferior
33. Blames self for problems, feels guilty	33. Culpabiliza-se pelos problemas, sente-se culpado/a
34. Feels lonely, unwanted, or unloved; complains that “no one loves” him or her	34. Sente-se sozinho/a, indesejado/a ou pouco amado/a; reclama que “ninguém gosta dele/a”

35. Is sad, unhappy, or depressed	35. Está triste, infeliz ou deprimido/a
<b>PERFORMANCE</b>	<b>DESEMPENHO</b>
<b>Academic Performance</b>	<b>Desempenho acadêmico</b>
1. Reading	1. Leitura
2. Mathematics	2. Matemática
3. Written expression	3. Expressão escrita
<b>Classroom Behavioral Performance</b>	<b>Desempenho comportamental em sala de aula</b>
1. Relationships with peers	1. Relacionamento com os colegas
2. Following directions/rules	2. Cumprimento de ordens/regras
3. Disrupting class	3. Perturbação das aulas
4. Assignment completion	4. Conclusão de tarefas
5. Organizational skills	5. Capacidade de organização

## Anexo II. Retrotradução dos itens

<b>Versão original da escala</b>	<b>Versão final da retrotradução da escala</b>
1. Fails to give attention to details or makes careless mistakes in schoolwork	1. Has difficulty paying attention to details or makes careless mistakes on schoolwork
2. Has difficulty sustaining attention to tasks or activities	2. Has difficulty maintaining focus on tasks or activities
3. Does not seem to listen when spoken to directly	3. Seems to not hear when being spoken to directly
4. Does not follow through on instruction and fails to finish schoolwork (not due to oppositional behavior or failure to understand)	4. Has difficulty following directions and does not finish schoolwork (not because of refusal or lack of understanding)
5. Has difficulty organizing tasks and activities	5. Has difficulty organizing tasks and activities
6. Avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustaining mental effort	6. Avoids, dislikes or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort
7. Loses things necessary for tasks or activities (school assignments, pencils, or books)	7. Loses materials needed to perform tasks or activities (schoolwork, pencils or books)
8. Is easily distracted by extraneous stimuli	8. Easily distracted by external stimuli
9. Is forgetful in daily activities	9. Is forgetful in daily activities
10. Fidgets with hands or feet or squirms in seat	10. Constantly moving hands or feet or does not sit quietly in the chair
11. Leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected	11. Gets up in the classroom or in other situations where he/she should remain seated
12. Runs about or climbs excessively in situations in which remaining seated is expected	12. Runs or climbs excessively in situations where he/she should remain seated
13. Has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly	13. Has difficulty calmly playing or engaging in leisure activities
14. Is “on the go” or often acts as if “driven by a motor”	14. Is always moving or often acts as though he/she is “driven by a motor”
15. Talks excessively	15. Talks excessively
16. Blurts out answers before questions have been completed	16. Responds hastily before hearing the entire question
17. Has difficulty waiting in line	17. Has difficulty waiting for his/her turn
18. Interrupts or intrudes on others (eg, butts into conversations or games)	18. Interrupts others or interferes (for example, in conversations or games)
19. Loses temper	19. Loses control
20. Actively defies or refuses to comply with adults’ requests or rules	20. Openly challenges or refuses to comply with adults’ orders or rules
21. Is angry or resentful	21. Is angry or resentful
22. Is spiteful and vindictive	22. Is spiteful and vindictive
23. Bullies, threatens, or intimidates others	23. Scares, threatens or intimidates others
24. Initiates physical fights	24. Starts physical fights
25. Lies to obtain goods for favors or to avoid obligations (ie, “cons” others)	25. Lies to get goods or favors or to avoid obligations (i.e. deceiving others)
26. Is physically cruel to people	26. Is physically cruel to people

- |  |   |
|--|---|
| 27. Has stolen items of nontrivial value   | 27. Steals objects of great value   |
| 28. Deliberately destroys others' property                                       | 28. Deliberately destroys others' property                                  |
| 29. Is fearful, anxious, or worried  | 29. Is fearful, anxious or worried  |
| 30. Is self-conscious or easily embarrassed                                      | 30. Is shy and gets embarrassed easily                                      |
| 31. Is afraid to try new things for fear of making mistakes                      | 31. Is afraid of trying new things for fear of making mistakes              |
| 32. Feels worthless or inferior  | 32. Feels useless or inferior   |
| 33. Blames self for problems, feels guilty                                       | 33. Blames himself/herself for problems, feels guilty                       |
| 34. Feels lonely, unwanted, or unloved; complains that "no one loves" him or her | 34. Feels alone, unwanted or unloved; complains that "nobody likes him/her" |
| 35. Is sad, unhappy, or depressed  | 35. Is sad, unhappy or depressed  |

---

**PERFORMANCE**

**Academic Performance**

1. Reading
2. Mathematics
3. Written expression

**Classroom Behavioral Performance**

1. Relationships with peers
2. Following directions/rules
3. Disrupting class
4. Assignment completion
5. Organizational skills

---

**PERFORMANCE**

**Academic Performance**

1. Reading
2. Mathematics
3. Writing skills

**Behavioral performance in the classroom**

1. Relationships with peers
  2. Compliance with orders/rules
  3. Classroom disruption
  4. Completion of tasks
  5. Organizational skills
-