

## Uso do P.A.C.S. em crianças hipercinéticas

Genário Alves Barbosa\*

Adriana A. Gaião e Barbosa\*\*

João Agnaldo do Nascimento\*\*\*

### Introdução

Os transtornos hipercinéticos (THs) têm merecido, nos últimos anos, inúmeras investigações nos variados aspectos da psicopatologia infantil. Por outro lado, o uso de escalas tem sido muito freqüente nesses estudos, com a finalidade de quantificar os sintomas que compõem a síndrome hipercinética.

O déficit da atenção, a hiperatividade e a impulsividade constituem a tríade sintomática desses transtornos, tornando-os, assim, um eixo fundamental que origina outros sintomas, também importantes para o diagnóstico. Estamos diante de um transtorno em que a alteração da conduta é evidente.

Definir os limites quantitativos e qualitativos da instabilidade motora é tarefa imprescindível para que se diferencie o normal do patológico. No caso da conduta infantil, muitas vezes vamos buscar o patológico a partir das informações e valores que dela fazem os pais e professores (Pino & Praxedes, 1993).

O uso excessivo e indiscriminado do termo hiperatividade, referindo-se tanto a uma conduta peculiar, temperamental e estável, como também reativa a uma determinada situação, pode ser considerado normal ou, em outra vertente, ser um sintoma. Sua prevalência, apesar de ser relativamente alta, não chega ao que preconizam alguns investigadores. Miranda e col. (1994) encontraram em seus estudos 5% de prevalência em escolares. Na verdade representa um aluno hipercinético por classe (Barbosa & Gaião, 1998).

A hiperatividade, interpretada como um adjetivo, é um tipo de conduta caótica, desnecessária e desorganizada. Esse padrão de comportamento deriva-se de características individuais da criança ou da situação ambiental onde vive ou mesmo da interação de ambas. Logo, a hiperatividade em um grau maior e mais estruturado deve ser considerada como um sintoma da hiperatividade. Devemos entendê-la como traços de conduta motora da pessoa que provoca sérias dificuldades em seu desenvolvimento psicoevolutivo na vida diária. É importante que saibamos diferenciar a terminologia para que se evitem diagnósticos incorretos. Neste aspecto, a CID-10 evita o uso indiscriminado do termo hiperatividade, considerando-o como um sintoma de uma síndrome maior, a hiperatividade.

### RESUMO

Dada a importância que os transtornos hipercinéticos têm merecido por parte dos investigadores, temos muitos instrumentos para avaliar ou quantificar a sua sintomatologia. O objetivo desta pesquisa é verificar a possibilidade de usar o P.A.C.S., uma entrevista semi-estruturada, cujos informantes são os pais das crianças. A amostra está composta por um grupo de 48 crianças, oriundas de um estudo de dupla fase e já diagnosticadas como sendo hiperatividade, segundo critérios da CID-10, e o outro, tomado como controle, é composto de 56 crianças. Os grupos estão constituídos de crianças com idades entre 7 e 14 anos de ambos os sexos. Os resultados mostram que a sub-escala hiperatividade do P.A.C.S. serve para discriminar crianças hiperatividade das não-hiperatividade, o mesmo ocorrendo para a sub-escala conduta. Concluímos tratar-se de um instrumento válido para quantificar a sintomatologia hiperatividade e de grande utilidade no auxílio do diagnóstico desses transtornos.

### PALAVRAS-CHAVE

P.A.C.S., síndrome hiperatividade, transtorno de conduta, psiquiatria infantil, epidemiologia.

- \* Doutor em psiquiatria infantil pela Universidade de Sevilla. Professor de psiquiatria infantil da UFPB. Pesquisador 2B do CNPq. Coordenador do mestrado em desenvolvimento humano, Fac. Med. UFPB.
- \*\* Mestre em desenvolvimento humano, UFPB. Psicóloga infanto-juvenil. Pesquisadora do Núcleo de Transtornos do Desenvolvimento – HU/UFPB.
- \*\*\* Doutor em estatística – IME-USP. Professor adjunto do Departamento de Estatística da UFPB.

Pesquisa financiada pelo CNPq.

A evidente diferença existente entre critérios diagnósticos da CID-10 e o DSM-IV causam um certo desconforto para a realização de estudos epidemiológicos, principalmente no tocante às taxas de prevalência e, por outro lado, não permitem estabelecer limites entre o normal e o patológico, dependendo dos critérios utilizados, acarretando inclusive repercussões em níveis terapêuticos (Praxedes & Pino, 1991). Por outro lado, a relação estabelecida pela psicopatologia infantil entre os transtornos hiper-cinéticos (THs) e os transtornos de conduta (TCs) aparece simultaneamente nas crianças. Para alguns autores trata-se do mesmo quadro, porém outros apóiam a independência dos mesmos, sendo atualmente mais aceita a teoria da comorbidade entre esses dois transtornos.

Buscamos no presente estudo analisar, por meio de uma entrevista semi-estruturada, a sintomatologia condutual de crianças portadoras de THs. Foi utilizado o P.A.C.S. (*Parental Account of Children's Symptoms*), criado por Taylor, em 1986. Para Pino & Praxedes (1993), a utilidade do uso de instrumentos de *screening* em estudos epidemiológicos de uma ou duas fases vai ser determinada pelas pontuações estabelecidas pelo ponto de corte. Dependendo de como se vai determinar esse ponto de corte, seja com 1 desvio-padrão (DP), 1,5 DP ou mesmo 2 DP, essas taxas irão variar consideravelmente.

Os conhecimentos atuais não permitem termos a certeza clínica em um ponto de corte validado por meio de uma escala estandardizada. Este ponto de corte é útil para estudos epidemiológicos ou de *screening*. Em 1982, Barkley já recomendava que o ponto de corte ideal deveria ser de 2 DP. Ocorre que, mesmo assim, haverá uma considerável margem de erro de variância na medida. Por outro lado, Taylor e col. (1986) afirmaram que as variáveis analisadas pela entrevista P.A.C.S. e suas observações constituem-se em dados amplos e que sua técnica de aplicação é fácil e pode tornar-se rotineira na prática diária, pois não requer alta tecnologia. Segundo esses autores, a obtenção de uma pontuação previamente determinada será útil para avaliar a conduta da criança.

## Metodologia

### Amostra

A amostra do presente estudo constitui-se de 104 crianças atendidas no Setor de Psiquiatria Infantil do Hospital Universitário da UFPB, com idades entre 7 e 14 anos, de ambos os sexos, sendo a média de idade 9,12 anos com um DP 1,97. Está, ainda, subdividida em dois grupos, sendo o primeiro de crianças já diag-

nósticadas com síndrome hiper-cinética, em um total de 48 crianças, correspondendo a 46,2% da amostra total e o outro grupo tomado como controle, com 56 crianças não-hipercinéticas, perfazendo 53,8% da amostra total. Na tabela 1 descrevemos os dados que caracterizam a amostra total.

## Material e método

Os respondentes dessa pesquisa foram 104 pais ou mães de crianças com características clínicas diagnosticadas como hiper-cinéticas ou não-hipercinéticas que responderam ao instrumento *Parental Account of Children's Symptoms* (P.A.C.S.). Trata-se de uma entrevista semi-estruturada, criada por Taylor, em 1986, de grande valor para detectar e delimitar os transtornos hiper-cinéticos e de conduta. Consta de história familiar, social e um questionário psicopatológico com três subescalas: a) hiper-cinesia; b) conduta e c) emocional. Possui 202 itens. Em nosso estudo utilizamos somente as duas primeiras subescalas. Na subescala hiper-cinesia, abrangendo também o déficit da atenção, constam itens que avaliam a atenção mantida, medida por meio da valorização do tempo em que a criança vivencia quatro situações diferentes: a) assistindo à TV; b) lendo; c) brincando sozinha ou acompanhada e d) a distraibilidade, aqui entendida como inquietude ou intranquilidade. Para a subescala conduta, avaliam-se sintomas como: mentiras, temperamento explosivo,

TABELA 1

Caracterização geral da amostra		
Sexo	Masculino = 64 61,5%	Feminino = 40 38,5%
Idade	Frequência	Porcentagem
07	30	28,8%
08	16	15,4%
09	18	17,5%
10	17	16,3%
11	07	6,7%
12	10	9,6%
13	02	1,9%
14	04	3,8%
Média = 9,2		DP = 1,97
Grupo 1	TH = 48	46,2%
Grupo 2	Não-TH = 56	53,8%

desobediência, resistência, negativismo e agressividade contra objetos e pessoas.

À guisa de ilustração, citamos dois itens, um de cada subescala, para que o leitor possa ter uma idéia do instrumento:

Subescala hiperinesia

1. Enquanto assiste à TV, levanta-se e senta-se? Quantas vezes?

0 = nenhuma vez

1 = uma vez a cada 15 minutos

2 = mais de uma vez a cada 15 minutos

3 = a cada 5 minutos ou mais

8 = não sabe informar

Subescala conduta

1. Quantas vezes mentiu na última semana?

Frequência semanal:

0 = nenhuma vez

1 = um a dois dias

2 = três a seis dias

3 = todos os dias

8 = não sabe informar

Nosso objetivo foi criar um escore que nos permita, baseado em algumas variáveis do instrumento, classificar as crianças como hiperativas ou não-hiperativas, como também avaliar o grau da hiperatividade, considerando a criança como a unidade amostral. Essas crianças já foram diagnosticadas anteriormente por um psiquiatra infantil, diagnóstico este baseado nos critérios da CID-10.

## Resultados

Inicialmente, procurou-se selecionar variáveis que são importantes para a construção desse escore. Utilizamos o teste de Mann-Whitney para os dois grupos nas variáveis associadas à hiperinesia, retendo aquelas variáveis que apresentaram resultados significativos. As variáveis mostradas na tabela 2 são as que apresentaram diferenças significativas para os dois grupos, ou seja, hiperativo e não-hiperativo.

Estabelecido que variáveis da subescala hiperinesia do instrumento P.A.C.S. favorecem uma melhor

TABELA 2

Variáveis do instrumento P.A.C.S. com diferenças significativas segundo o teste de Mann-Whitney para os grupos normal e hiperativo da subescala hiperinesia

Variável	Nome	M-W	Sig.
V12	Tempo semanal diante da TV.	1074,5	0,0621
V13	Tempo normal do programa de que gosta.	1037,0	0,0325
V14	Vezes que se senta e se levanta ao assistir à TV.	953,5	0,0078
V15	Média normal de sentar e levantar no programa de que gosta.	965,5	0,0100
V16	Tempo sem poder ficar quieto diante da TV.	715,5	0,0000
V17	Comportamento típico enquanto assiste à TV.	740,5	0,0000
V22	Ao ler, tempo em que não pode ficar quieto.	930,0	0,0048
V23	Comportamento enquanto lê.	964,0	0,0100
V26	Vezes que se levanta e se senta ao brincar.	894,0	0,0024
V27	Comportamento enquanto brinca só.	913,5	0,0037
V28	Enquanto brinca só, não pode ficar quieta.	1016,0	0,0248
V29	Conduta de inquietude enquanto brinca só.	1053,0	0,0485
V30	Tempo em que se mantém com uma só brincadeira.	1104,5	0,0974
V33	Tempo em que se mantém em outras brincadeiras semelhantes.	1077,5	0,0731
V36	Tempo de permanência quando sai ao lado da mãe.	1022,0	0,0056
V37	Comportamento habitual quando faz compras.	1053,0	0,0111
V38	Tempo de atividade junto com a família.	913,0	0,0028
V39	Comportamento habitual em atividade com a família.	905,5	0,0024
V40	Considera um problema o comportamento inquieto, incoordenado.	947,0	0,0062

distinção entre os grupos hipercinéticos e não-hipercinéticos, podemos agora somar os valores dessas variáveis e ter uma medida da discrepância entre os dois grupos que chamamos de escore total ou ETO. Criado o escore total, podemos avaliar sua aplicação prática de diagnóstico utilizando o teste *t* para duas amostras independentes e determinar a significância da diferença entre os dois grupos para o ETO. O valor da estatística *t* foi igual a 3,90, com 102 graus de liberdade e um valor *P* = 0,0001, lembrando que neste momento a unidade amostral é a criança, objeto do estudo, e o questionário respondido por seus pais. Os valores do ETO podem ser utilizados para avaliar o grau de hipercinesia a priori, ou seja, sem o conhecimento de que a criança seja ou não hipercinética. Utilizaram-se a média (*M*) do ETO = 28,096 e seu desvio-padrão (*DP*) = 18,641. Propomos na tabela 3 como podemos classificar a hipercinesia segundo o ETO.

Uma questão importante é não somente classificar a hipercinesia com informações da subescala P.A.C.S., mas determinar a partir de que escore ETO podemos admitir um padrão de comportamento normal. Ou seja, qual é o *cut-off* dessa escala. Após muitas tentativas de ponto de corte, o que mais se aproximou dos resultados reais obtidos foi o percentil 60 ( $P_{60} = 33$ ). Isso quer dizer que na escala ETO, o valor 33 é a linha que separa o comportamento normal do comportamento hipercinético. Mostramos na tabela 4 alguns percentis associados ao ETO.

Podemos agora avaliar o acerto prático com este ponto de corte, observando os dados da tabela 5, em que consta o diagnóstico clínico e o diagnóstico com o ETO nas 104 crianças estudadas nesta pesquisa.

De acordo com a tabela 5, o escore total ETO classificou corretamente 92,31% das 104 crianças quando utilizamos o percentil 60, resultado bastante considerável.

A mesma metodologia foi aplicada à subescala do P.A.C.S. que avalia a conduta das crianças do presente

TABELA 3

**Classificação proposta para a hipercinesia segundo o ETO**

Escore total (ETO)	Classificação
Abaixo de $M - DP < 9,455$	Normal
Entre $M - DP$ e $M (9,455; 28,096)$	Normal
Entre $M$ e $M + DP (28,096; 46,737)$	Leve
Entre $M + DP$ e $M + 2DP (46,737; 65,378)$	Moderada
Entre $M + 2DP$ e $M + 3DP (65,378; 84,000)$	Grave
Acima de $M + 3DP > 84,000$	Severa

estudo. Neste caso, as variáveis mais importantes para a construção de um escore que avalie uma conduta hipercinética estão apresentadas na tabela 6.

De forma análoga à anterior, podemos somar os valores das variáveis apresentadas na tabela 6 e obter uma medida da discrepância da conduta entre os grupos normal e hiperativo que chamaremos de escore ECC. Como cada variável tem diferença significativa nos grupos normal e hiperativo, o escore ECC deveria apresentar diferença significativa quando comparamos os escores nos dois grupos. Nessa comparação, utilizamos o teste *t* que apresentou estatística igual a 3,47 com 102 graus de liberdade e valor *P* = 0,01. Realizou-se o teste de Levene para testar a homogeneidade dos escores ECC nos dois grupos, obtendo-se a estatística *F* = 0,721 com valor *P* = 0,398, ou seja, aceita-se a hipótese nula de igualdade de variância nos dois grupos. Como se esperava, o escore ECC tem valores significativamente diferentes nos grupos normal e hipercinético. Uma classificação análoga à apresentada na tabela 3 para a hipercinesia, considerando a subescala conduta do P.A.C.S., pode ser encontrada utilizando as médias  $M = 11,16$  e  $DP = 7,93$  descritas na tabela 7.

Após muitas tentativas, obteve-se o ponto de corte mais compatível com os valores observados clinicamente, que é o percentil 60, denotado por  $P_{60} = 13$ , ou seja, o valor ECC = 13 separa o normal ( $ECC < 13$ ) do

TABELA 4

**Ponto de corte (*cut-off*) para o ETO**

Percentil	Escore total (ETO)	Classificação
$P_5$	0,25	Normal
$P_{10}$	2,50	Normal
$P_{25}$	14,00	Normal
$P_{50}$	29,00	Normal
→ $P_{60}$	<b>33,00</b>	<b>Hiperativo</b>
$P_{75}$	43,00	Hiperativo
$P_{90}$	54,50	Hiperativo
$P_{95}$	56,75	Hiperativo

TABELA 5

**Classificação das 104 crianças pelo ponto de corte  $P_{60}$  para o ETO e pelo diagnóstico clínico**

Diagnóstico	Clínico	ETO
Normal	56	60
Hiperativo	48	44

TABELA 6

**Variáveis do instrumento P.A.C.S. com diferenças significativas segundo o teste de Mann-Whitney para os grupos normal e hiperativo da subescala conduta**

Variável	Nome	M-W	Sig.
V41	Mentiras ou histórias falsas.	1062,0	0,0512
V42	Mentiras constantes no último ano.	1049,0	0,0406
V51	Desobediente, desafiante ou mal-educado.	984,0	0,0130
V52	Intensidade da desobediência no último ano.	909,5	0,0027
V53	Intensidade da desobediência na última semana.	939,0	0,0062
V54	Quantas vezes mentiu por dia no último ano.	896,0	0,0025
V55	Problemas de sono na última semana.	1076,0	0,0638
V56	Problemas de sono no último ano.	1017,5	0,0227
V57	Quantas noites não quis ir para a cama na última semana.	1048,5	0,0406
V58	Como se porta ao ir para a cama.	1097,0	0,0830
V71	A desobediência causou problemas ao respondente.	964,0	0,0064

comportamento hipercinético (ECC<sup>3</sup> 13). Dessa forma, obtém-se um diagnóstico da hipercinesia baseado em variáveis relacionadas com a conduta da criança. Mostramos na tabela 8 alguns percentis do escore ECC.

Mais uma vez, podemos avaliar o acerto prático com esse ponto de corte. Observando os dados da tabela 9, em que consta o diagnóstico clínico e o diagnóstico com o ECC das 104 crianças, obtemos os resultados.

De acordo com a tabela 9, o escore ECC classificou corretamente 94,23% das 104 crianças quando utilizamos o seu percentil 60 como ponto de corte, ou seja, classificou corretamente 98 casos dentre os 104 respondentes.

Na construção dos escores ETO e ECC não se levou em consideração o sexo ou a faixa etária das crianças. Para esclarecer que os escores não são sensíveis a mudanças significativas provocadas pelo sexo ou a faixa etária (de 7 a 10 anos e de 10 a 14 anos), utilizamos o

modelo de análise de variância (Anova) com duas classificações com interação. Os resultados obtidos para o ETO estão apresentados na tabela 10.

A Anova para o ECC mostra que apenas o controle apresenta resultado significativo. Não há variabilidade significativa do ECC associada às variáveis sexo e faixa etária. De forma análoga, a mesma conclusão pode ser obtida para o escore ETO.

## Discussão

No presente estudo utilizamos somente as subescalas hipercinesia e conduta da entrevista semi-estruturada P.A.C.S., devido a problemas metodológicos, pois trata-se de um instrumento com 202 itens, o que dificulta, em parte, sua aplicação.

TABELA 7

Classificação proposta para a hipercinesia segundo o ECC	
Escore total (ECC)	Classificação
Abaixo de M-DP < 3,2304	Normal
Entre M-DP e M (3,2304; 11,1635)	Normal
Entre M e M+DP (11,1635; 19,0966)	Leve
Entre M+DP e M+2DP (19,0966; 27,0297)	Moderada
Entre M+2DP e M+3DP (27,0297; 34,9628)	Grave
Acima de M+3DP > 34,9628	Severa

TABELA 8

Ponto de corte ( <i>cut-off</i> ) para o ECC		
Percentil	Escore total (ECC)	Classificação
P <sub>5</sub>	0,00	Normal
P <sub>10</sub>	0,00	Normal
P <sub>25</sub>	4,25	Normal
P <sub>50</sub>	11,0	Normal
→ P <sub>60</sub>	<b>13,0</b>	<b>Hiperativo</b>
P <sub>75</sub>	17,0	Hiperativo
P <sub>90</sub>	24,0	Hiperativo
P <sub>95</sub>	26,0	Hiperativo

Inicialmente, pretendíamos aplicá-lo por completo, porém em um breve estudo-piloto com dez entrevistas realizadas, verificamos que as mães se queixaram muito pelo tipo de questões e duração para completá-lo. Assim, resolvemos estudar somente as duas subescalas que nos interessavam mais de perto, a hipercinesia e a conduta.

A subescala hipercinesia está constituída no instrumento original por 29 variáveis, medindo e quantificando condutas que expressam a hipercinesia. Após os procedimentos estatísticos, utilizando-se o U de Mann-Whitney, 19 itens foram selecionados, destacando-se com maiores significâncias o 16 (tempo sem poder ficar quieto diante da TV); o 17 (comportamento enquanto assiste à TV); o 14 (número de vezes que se senta e se levanta quando assiste à TV); o 22 (leitura e inquietude) e o 39 (comportamento hiperativo habitual em atividades familiares). Verificamos, portanto, que os itens relacionados a assistir à TV foram os mais significativos, corroborando assim com os pressupostos teóricos dessa subescala. Na verdade, o déficit da atenção como sintoma maior foi significativo.

O conjunto de condutas e sintomas que caracterizam essa subescala coincide com a sintomatologia característica das crianças hipercinéticas, ou seja, a hiperatividade, a impulsividade e o déficit da atenção. Todas essas atividades motoras atípicas caracterizam

a síndrome hipercinética. Podemos concluir que a televisão é, sem sombra de dúvida, o termômetro para essas crianças, pois, geralmente, quando as mesmas a vêem não mantêm a atenção; não passam mais que 15 minutos atentas; sentam-se e levantam-se constantemente, principalmente nos intervalos comerciais, com gritos, beliscões, pulando no sofá entre outras condutas, causando problemas para os demais assistentes, sendo, em muitos casos, castigadas pelos pais. Como as crianças hipercinéticas não apresentaram Q.I. < 70, concluímos que a hiperatividade, entendida como um padrão de atividade não persistente e distraído (Taylor, 1988), é um construto válido com importantes implicações cognitivas.

Todas essas variáveis que se encontram na tabela 2 possuem valores estatisticamente diferentes nos grupos hipercinéticos e não-hipercinéticos, com poder discriminatório entre esses dois grupos, segundo o teste *t* de Student. Por outro lado, a idéia ao se somarem as variáveis dessa subescala foi a de produzir uma nova variável que apresentasse valores que permitissem estatisticamente distinguir crianças dos dois grupos. Assim, verificamos que esses 19 itens que compõem a subescala hipercinesia preponderam no grupo das crianças hipercinéticas, corroborando, assim, com o diagnóstico clínico anteriormente realizado nas mesmas.

Estudando as médias das variáveis selecionadas para a hipercinesia, encontramos médias superiores para as crianças hipercinéticas em relação às não-hipercinéticas. Essas crianças pertencem a uma classe social baixa e esses achados coincidem com os encontrados por Tristes e col. (1989). Para esses autores, existe uma alta correlação entre a prevalência da hiperatividade e classe social baixa. Esses pesquisadores utilizaram neste estudo as escalas de Conners para diagnosticar a hiperatividade. Verificaram que a maior prevalência e a mais alta severidade dos sintomas encontravam-se em crianças

TABELA 9

**Classificação das 104 crianças pelo ponto de corte P<sub>60</sub> para o ECC e pelo diagnóstico clínico (conduta)**

Diagnóstico	Clínico	ECC
Normal	56	59
Hiperativo	48	45

TABELA 10

**Anova para o ECC das 104 crianças**

Fonte de variação	Soma de quadrados	Graus de liberdade	Quadrado médio	Razão F	Valor P
Efeito principal	740,194	3	246,731	4,297	0,007
Sexo	39,267	1	39,267	0,684	0,410
Controle	528,839	1	528,839	9,210	0,003
Faixa etária	12,184	1	12,184	0,212	0,646
Residual	5742,027	100	57,420		
Total	6482,221	103			

de classes desfavorecidas. Para Montalvo e col. (1989), esse fator social pode estar associado a outros de maior importância, como causas etiológicas, riscos pré-natais, desnutrição e, até mesmo, aumento de problemas psiquiátricos. Acreditamos que esta variável "classe social", como fator determinante de crianças THs, merece ainda muito estudo, pois a maioria dos mesmos contemplam crianças de classe social (menos desfavorecidas) pela facilidade de estudo em instituições acadêmicas.

Procuramos avaliar a intensidade da hipercinesia por meio dos escores totais. Para as crianças que apresentaram escores iguais ou abaixo de 28, foram consideradas normais, ou seja, não-hipercinéticas. Escores entre 29 e 46 apresentaram hipercinesia leve; entre 47 e 65, moderada; entre 66 a 84, grave; e maior que 84 apresentaram hipercinesia severa (Tabela 3). Já para o ponto de corte dessa mesma subescala, optamos pelo percentil  $P_{60}$ , fundamentando-nos em uma série de tentativas e objetivando maximizar a taxa de acertos na classificação das crianças nessa subescala. Isto significa que clinicamente pudemos verificar quantas crianças são ou não-hipercinéticas, ou seja, classificadas de acordo com este percentil. Assim, o ponto de corte para essa subescala foi de 33, obtendo-se uma classificação diagnóstica de 92,3%.

Como pudemos observar na tabela 5, das 48 crianças diagnosticadas como hipercinéticas, de acordo com critérios da CID-10 e com base nos escores totais e no ponto de corte, 44 confirmaram o diagnóstico de THs, enquanto as do grupo não-hipercinético, constituído por 56 crianças, 60 foram classificadas como pertencentes a esse grupo. Significa dizer que 4 crianças do grupo hipercinético não cumpriram critérios para se enquadrarem no primeiro grupo, constituindo-se, assim, em falso-positivos (7,7%). Concluimos, portanto, que a subescala hipercinesia do P.A.C.S. é um instrumento útil e que facilita o clínico na confirmação do seu diagnóstico em relação aos THs, já que o índice de acerto foi de 92,3%, ou seja, 96 acertos entre 104 crianças.

Para a subescala conduta, procedemos da mesma forma que a anterior. Essa subescala consta de 30 itens no instrumento original e, por meio do U de Mann-Whitney, ficaram 11 variáveis compondo a mesma. Verificamos por meio de análise de conteúdo desses itens que são compatíveis com a psicopatologia dos transtornos de conduta. Sintomas como a mentira, falsas histórias, desobediência, conduta desafiante, descaramento e o enfrentamento mediante à desobediência constituíram-se em um grupo sintomatológico característico dos TCs. Recordamos que nosso estudo está constituído por escolares de 7 a 14 anos, o que em muito nos preocupa a presença desses sintomas. Esses dados são compatíveis com os encontrados em nosso país.

Utilizando os mesmos critérios da subescala anterior, realizamos o somatório dos escores totais para a conduta (ECC) e verificamos que abaixo de 11 são considerados normais ou não apresentam alteração condutual; entre 11 e 19, alteração condutual leve; moderada, entre 20 e 27; grave, entre 28 e 38 e maior que 35, alteração condutual severa. Para o ponto de corte utilizamos o mesmo percentil  $P_{60}$ , o que correspondeu a um escore total 13. Por outro lado, encontramos o acerto prático para este ponto de corte, que foi de 94,2%, ou seja, 97 das 104 crianças. Das 48 crianças diagnosticadas como hipercinéticas, 45 atingiram esse ponto de corte, ficando somente 3 (5,8%) fora do grupo, sendo, portanto, as falso-positivas.

Baseados nesses resultados, propomos pelo exposto nas tabelas 5 e 9 que os escores totais das duas subescalas possam ser utilizados, pois apresentam validade e alto poder discriminatório entre suas variáveis, servindo, assim, como complemento válido para o diagnóstico. Destacamos, ainda, que o P.A.C.S., ora normatizado, revelou um excelente grau de precisão por meio do ponto de corte, podendo discriminar crianças hipercinéticas de não-hipercinéticas, oferecendo exatidão psicopatológica para o diagnóstico dos THs e eliminando sintomas considerados menos característicos desses transtornos. Resultados semelhantes aos nossos, encontraram Pino & Praxedes (1993) em uma população sevilhana, utilizando a mesma metodologia desse estudo.

Podemos, também, perceber que a variabilidade nos ECCs considerada significativa é apenas para o grupo-controle, ou seja, o escore ECC não foi influenciado significativamente pelo sexo nem pela idade das crianças ora estudadas, caracterizando-se desta forma, que na nossa abordagem o escore ECC está validado para ambos os sexos e para a amplitude da faixa etária a qual o instrumento se destina, ou seja, de 7 a 14 anos. Essa falta de sensibilidade nos escores do ECC para sexo e idade confirmam pesquisas anteriormente realizadas (Barbosa e col. 1997; Gaião & Barbosa, 1998; Praxedes & Pino, 1991). Salientamos, ainda, que a não-sensibilidade encontrada nos escores totais ECC para sexo e idade também não foi encontrada nos escores totais ETO para hipercinesia. Concluimos, assim, que a hipercinesia está presente tanto em meninas como em meninos na mesma intensidade e severidade sintomáticas, o mesmo acontecendo em termos de comorbidade com os transtornos de conduta.

Podemos concluir que a presença da hiperatividade já nos primeiros anos de vida é um preditor para uma conduta anti-social a posteriori. Por outro lado, estatisticamente, a conduta é separada do déficit de atenção, e suas associações externas são muito

divergentes, enquanto a hiperatividade pode ser um fator de risco para o transtorno de conduta, apesar de Sandberg e col. (1978) afirmarem que esse transtorno pode existir com ou sem hiperatividade.

Como as crianças hiperativas apresentam, também, problemas de aprendizagem, Praxedes e Pino (1991), utilizando o P.A.C.S., encontraram diferenças significativas nas subescalas hiperatividade e conduta com problemas escolares. Para aqueles autores, a subescala hiperatividade foi mais significativa, seguindo-se a de conduta. Para eles, essa subescala cumpre corretamente critérios diagnósticos da CID-10 para os THs. De acordo com os nossos achados, encontramos resultados similares aos desses pesquisadores, pois a significância da subescala hiperatividade é superior à de conduta. Isso explica, em parte, a questão da comorbidade entre os dois transtornos. Não podemos esquecer que a sintomatologia motora adicionada à impulsividade pode mesclar sintomas condutivos, que são meramente conseqüências desta.

Acreditamos que com a normatização de um instrumento cujas informações procedem dos pais, possamos oferecer aos profissionais da saúde mental infantil um instrumento eficiente e rápido para o auxílio do diagnóstico dos THs, haja vista que as informações contidas nessas duas subescalas do P.A.C.S. são simplificadas e refletem os sintomas de maior evidência nos dois transtornos, enquanto oferecemos, também, uma medida de intensidade para a hiperatividade e a conduta.

Devido às limitações que tivemos nesse estudo, principalmente em termos de amostra, outros procedimentos estatísticos e de maior precisão não puderam ser efetuados. Na verdade, gostaríamos de ter realizado essa pesquisa com uma amostra bem maior, porém, em se tratando de um instrumento tipo convergente, não nos foi possível, dadas as dificuldades também de encontrar um maior número de crianças hiperativas, pois para que tivéssemos um N amostral bem maior, geralmente necessário para validação de instrumentos, levaríamos um tempo incompatível com a realidade clínica, já que a prevalência dos THs em estudos por nós realizados foi de 2,8% (Barbosa & Gaião, 1997; Gaião e Barbosa, 1998; Barbosa e col., 1999).

## SUMMARY

As a result of the importance given by researchers to hyperkinetic disturbances, we have many instruments to evaluate and quantify the symptomatology. The aim of this research is to verify the possibility of using P.A.C.S., a semi-structured interview, with the parents of the children. The sample is composed of a group of 48 children, drawn from a double phase study and already diagnosed as being hyperkinetic, according to the criteria of ICD-10, and another, taken

as the control group, composed of 56 children. The groups are made up of children in the 7 to 14 age range and of both sexes. The results show that the hyperkinesia sub-scale of P.A.C.S. serves to discriminate hyperkinetic from non-hyperkinetic children, the same being true for the sub-scale behaviour. We conclude that this instrument is valid for quantifying the hyperkinetic symptomatology and of great use in helping to diagnose these disturbances.

## KEYWORDS

P.A.C.S., hyperkinetic syndrome, behaviour disturbance, child psychiatry, epidemiology.

## Bibliografia

1. BARBOSA, G.A.; GAIÃO, A.A.; NASCIMENTO, J.A. Existe correlação entre transtornos hiperativos e sinais neurológicos menores? Um estudo com a escala PANESS. *Rev. Infanto*, 7(1): 39-48, 1999.
2. BARBOSA, G.A.; GAIÃO, A.A. Adaptação do questionário abreviado de Conners para professores: uma avaliação psicométrica. *Rev. Psiq. RS*, 19(3): 202-210, 1998.
3. BARBOSA, G.A.; DIAS, M.R.; GAIÃO, A.A. Validación factorial de los índices de hiperactividad del cuestionário de Conners en escolares de João Pessoa, Brasil. *Rev. Infanto*, dezembro, 5(3): 119-125, 1997.
4. BARKLEY, R.A. Guidelines for defining hyperactivity in children. In: Lahey, B.B.; Kazdin, A.E. (eds) *Advances in clinical child psychology*, vol.5, New York, 1982.
5. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
6. GAIÃO, A.A.; BARBOSA, G.A. Estudo epidemiológico dos transtornos hiperativos: normas diagnósticas e validação do questionário de Conners para pais e professores. *Rev. Infanto*, 6(1): 21-31, 1998.
7. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.
8. MONTALVO, C.G.; LOPEZ-SOLER, C.; ABAD MATEO, M. & NIETO MUNNERA, J. Hipótesis etiológicas en hiperactividad. *An. Psiquiatria*, 5(9): 374-378, 1989.
9. MIRANDA, A.; PASTOR, J.C. & ROSELLÓ, B. Revisión actual del tratamiento del ADHD. Intervenciones psicológica y combinadas. *Neurol.*, 22(114): 109-117, 1994.
10. PINO, P.B. & PRAXEDES, M.D.M. Transtornos hiperativos: estudio epidemiológico en doble fase de una población sevillana. *An. Psiquiatria*, 9(7): 306-311, 1993.
11. PRAXEDES, M.D.M. & PINO, P.B. Diferenciación diagnóstica mediante criterios DSM-III y C.I.E.-10 en transtornos atencionales hiperativos. **XVI Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatria Biológica.** Nov., Victoria-Gastez, 1991.
12. SANDBERG, S.; RUTTER, M. & TAYLOR, E. Hyperkinetic disorder in psychiatric clinic attenders. *Develop. Med. and Child Neurology*, 20: 279-299, 1978.
13. TAYLOR, E. **El niño hiperactivo.** Barcelona: Ed. Martínez Roca, 1988.
14. TAYLOR, E.; SCHACHAR, R. & THORLEY, G. Hyperactivity, conduct disorder and attention deficit in child psychiatric patients. In: **The overactive child.** Oxford, Blackwell, 1986.



15. TAYLOR, E. The overactive child clinic. In: **Developmental med.**, n.97, Oxford, Blackwell, 1986.
16. TRITES, R. L.; DUGAS, E.; LYNCH, G. Prevalence hyperactivity. **J.Pediatr. Psychol.** 4(2): 179-188, 1989.

**Endereço para correspondência:**

Genário Alves Barbosa  
Caixa Postal 3008  
58031-970 – João Pessoa, PB  
E-mail: gaiaobarbosa@openline.com.br