

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE HIPERFOCO EM PORTUGAL: DESAFIOS E BENEFÍCIOS PARA MEDICINA DENTÁRIA

Trabalho submetido por
Iscárlet Ramos do Amaral
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

julho de 2025

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE HIPERFOCO EM PORTUGAL: DESAFIOS E BENEFÍCIOS PARA MEDICINA DENTÁRIA

Trabalho submetido por
Iscárlet Ramos do Amaral
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutora Catarina Maria Silva Carvalho Sousa Machado

e coorientado por
**Mestre André Mariz de Almeida – Prof. Doutora Ana Catarina Marques Barge
Ramos**

julho de 2025

DEDICATÓRIA

*A cada página escrita, um pedaço de mim se revelou.
Esta obra é mais do que um estudo, é um reflexo da minha jornada,
das mãos que me sustentaram e dos sonhos que me movem.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, que me permitiu passar por todo esse processo e realizar mais um sonho da minha vida. Sem Ele, nada disso teria sido possível.

Agradeço à minha orientadora, Prof.^a Doutora Catarina Carvalho, por ter aceitado me orientar e por todo o apoio ao longo desse processo. Foi muito importante contar com sua ajuda e orientação.

Ao Prof. Doutor André Almeida, deixo meu agradecimento por ser uma grande inspiração na minha vida profissional. Sou muito grata por tudo que aprendi com ele.

À querida Prof.^a Doutora Catarina Ramos, meu muito obrigada por toda a ajuda desde o começo até a entrega da tese. Seu apoio fez toda a diferença para que eu conseguisse finalizar esse trabalho com sucesso.

Agradeço também à minha família, em especial à minha mãe e à minha irmã. O incentivo e a força que recebi delas nos momentos mais difíceis foram cruciais para eu chegar até aqui.

À Bianca, obrigada por aguentar meus momentos de estresse e mudanças de humor por causa das provas e dos trabalhos. Sei que não foi fácil, mas tua paciência e apoio me ajudaram muito.

E aos “guris”, que estiveram comigo quando eu mais precisei e que continuam do meu lado, obrigada de coração. A amizade e a ajuda de vocês foram essenciais nos piores e nos melhores momentos.

Agradeço também ao G20. Estar com todos vocês durante esse processo com certeza fez tudo ser mais leve. Amigos queridos que vou levar pra vida! Em especial, Yasmin, Thaís, Jéssica e Evandra, que sempre estiveram por perto e com quem eu pude contar em todos os momentos.

A todos que fizeram parte dessa caminhada, o meu sincero agradecimento.

RESUMO

O hiperfoco, estado de atenção intensamente concentrada que dificulta a mudança de tarefa, não dispunha de instrumento validado para a população portuguesa apesar da sua relevância clínica, sobretudo na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, PHDA, e em Medicina Dentária (Ashinoff & Abu-Akel, 2021; Ishii et al., 2023). Este estudo traduziu, adaptou culturalmente e avaliou as propriedades psicométricas da versão disposicional do Adult Hyperfocus Questionnaire, AHQ-D, em português europeu, analisando também a sua utilidade na prática de Medicina Dentária.

Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo, observacional e transversal. Seguiu-se o protocolo de tradução direta, retrotradução e consenso de peritos recomendados para adaptações transculturais (Beaton et al., 2000). O questionário foi aplicado online a 250 adultos, 70% (n = 175) mulheres, 30% (n = 75) homens. Quanto às idades, a faixa etária mais representada corresponde aos 21-30 anos (n = 133; 53,2%). A fiabilidade interna foi estimada com o alfa de Cronbach; a estabilidade temporal, com o coeficiente de correlação intraclasse, ICC, numa subamostra piloto; e a validade de constructo, por análise fatorial exploratória e confirmatória.

O AHQ-D apresentou medida KMO de 0,909 e teste de Bartlett significativo. A estrutura unifatorial explica 55 % da variância, com pesos fatoriais entre 0,427 e 0,763. O alfa de Cronbach foi 0,913 (Cronbach, 1951) e o ICC 0,467, indicando boa consistência interna e estabilidade moderada. Estas propriedades replicam a estrutura original (Hupfeld et al., 2024) e revelam diferenças modestas por género, escolaridade e ocupação, sem efeito de idade ou nacionalidade.

Conclui-se que a versão portuguesa do AHQ-D é válida e fiável para medir a propensão ao hiperfoco em adultos portugueses. A sua aplicação pode otimizar a prática clínica em Medicina Dentária, ao identificar pacientes propensos a negligenciar cuidados ou profissionais excessivamente perfeccionistas, permitindo ajustar a comunicação, a gestão do tempo e estratégias de prevenção do bruxismo (Souto-Souza et al., 2020).

Palavras-chave: TDH, Concentração em Psicologia, Tradução, Estudo de Validação, Medicina Dentária.

ABSTRACT

Hyperfocus, a state of intensely focused attention that hampers task switching, lacked a validated instrument for the Portuguese population despite its clinical relevance, particularly in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (PHDA) and Dentistry. This study translated, culturally adapted and psychometrically evaluated the dispositional version of the Adult Hyperfocus Questionnaire (AHQ-D) for European Portuguese, also exploring its usefulness in Dental Medicine.

A quantitative, descriptive, observational and cross-sectional design was adopted. The forward-backward translation protocol with expert consensus recommended by Beaton et al. (2000) was followed. The questionnaire was administered online to 250 adults, 70 % women, 53 % aged 21–30 years. Internal consistency was estimated with Cronbach's alpha; temporal stability with the intraclass correlation coefficient (ICC); and construct validity through exploratory (EFA) and confirmatory factor analyses (CFA).

The Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) index was 0.909 and Bartlett's test was significant ($\chi^2(66)=856.5$; $p<0.001$). A single factor accounted for 55 % of the variance with loadings ranging from 0.427 to 0.763. Cronbach's alpha reached 0.913 and ICC 0.467, demonstrating good internal consistency and moderate stability. These results replicate the original structure reported by Hupfeld et al. (2024), with small differences by gender, education and occupation, and no effect of age or nationality.

The Portuguese Adult Hyperfocus Questionnaire (AHQ-D) is therefore a valid and reliable tool for measuring dispositional hyperfocus in Portuguese adults. Its use can enhance Dental Medicine practice by identifying patients likely to neglect care or practitioners prone to over-detailing, enabling tailored communication, time-management adjustments and bruxism-prevention strategies, as indicated by Souto-Souza et al. (2020).

Keywords: ADHD, Concentration in Psychology, Translation, Validation Study, Dental Medicine.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1. Pertinência do estudo	15
1.2. Objetivos.....	16
1.3. Estrutura da tese.....	16
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	19
2.1. Conceito de Hiperatividade e PHDA	19
2.2. Conceito e Características do Hiperfoco	19
2.3. Hiperfoco e PHDA	20
2.4. Hiperfoco e Medicina Dentária	21
2.5. Hiperfoco e Bruxismo.....	22
2.6. Avaliação do Hiperfoco	24
2.6.1. Escala Psicométrica para avaliar o Hiperfoco	25
2.6.2. AHQ-D	26
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	29
3.1. Critérios de inclusão	29
3.2. Critérios de exclusão	30
3.3. Amostra	30
3.4. Instrumento.....	30
3.4.1. AHQ-D	30
3.5. Procedimentos	31
3.6. Etapas de adaptação do instrumento e da Tradução e Adaptação Cultural	32
3.7. Tradução Direta e Consenso.....	32
3.7.1. Retrotradução.....	32
3.7.2. Verificação de Equivalência e Revisão Final da Versão Portuguesa	33
3.8. Análise de Dados.....	33

3.8.1.	Análise Teste-Reteste	33
3.8.2.	Análise Descritiva.....	33
3.8.4.	Análise Fatorial Exploratória (AFE)	34
3.8.5.	AFC	34
3.8.6.	Fiabilidade da Escala na Amostra Total	35
4.	RESULTADOS.....	37
4.1.	Amostra	37
4.2.	Teste -reteste – Amostra piloto	38
4.3.	Resultados amostra total.....	38
4.3.1.	Estrutura fatorial (resultados da AFE e AFC)	46
4.3.2.	Propriedades psicométricas	47
5.	DISCUSSÃO.....	49
5.1.	Limitações e perspectivas futuras	51
6.	CONCLUSÃO.....	53
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Infograma de resultados AFC.	47
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características Sociodemográficas dos Participantes	37
Tabela 2. Diferenças de Género nos Itens do AHQ-D	38
Tabela 3. Efeito da Idade nas Respostas aos Itens do AHQ-D.....	40
Tabela 4. Efeito da Nacionalidade e Proficiência Linguística.....	42
Tabela 5. Efeito do Nível de Escolaridade nos Itens do AHQ-D.....	43
Tabela 6. Efeito da Situação Profissional nos Itens do AHQ-D.....	45

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e défice de atenção

AHQ-D - Dispositional Adult Hyperfocus Questionnaire

DTM - Disfunções Temporomandibulares

HFS - Hyperfocusing Scale

ASQ - Attentional Style Questionnaire

RGPD - Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

AIQ - Amplitude Interquatorial

RMSEA - Root Mean Square Error of Approximation

NFI - Normed Fit Index

CFI - Comparative Fit Index

GFI - Goodness of Fit Index

AFC - Análise fatorial confirmatória

KMO - Índice de Kaiser-Meyer-Olkin

AFE - Análise Fatorial Exploratória

ICC - Coeficiente de correlação intraclasse

RGPD - Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

TCI - Termo de Consentimento Informado

GL - Grau de Liberdade

ÍNDICE ANEXOS

Anexo 1. Questionário de Hiperfoco Adulto Disposicional (AHQ-D).....	63
Anexo 2. Consentimento informado	67
Anexo 3. Comissão de Ética.....	68

1. INTRODUÇÃO

A conceção do hiperfoco é compreendida através da sua definição como um estado de concentração intensa, profunda e sustentada numa atividade específica, frequentemente acompanhado de uma redução da perceção do tempo e do ambiente (Ashinoff & Abu-Akel, 2021). O conceito de hiperfoco ainda não reúne consenso na literatura e apresenta diferentes definições e formas de avaliação. No entanto, é amplamente reconhecido como relevante, tanto em populações clínicas, e, especialmente em casos de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) como em pessoas sem diagnóstico psiquiátrico, estando frequentemente associado a dificuldades no controlo executivo e a uma maior sensibilidade à recompensa (Ashinoff & Abu-Akel, 2021; Autistologos, n.d.; Ishii et al., 2023).

No domínio da saúde, o hiperfoco assume uma relevância significativa, dada a sua repercussão funcional. Este fenómeno pode originar danos em áreas como o desempenho académico, social e ocupacional, bem como estar associado a comportamentos aditivos, como o uso excessivo da internet em indivíduos com características de PHDA.

No campo da medicina dentária, apesar da escassez de literatura específica, o hiperfoco pode influenciar tanto o comportamento do paciente (por exemplo, dificuldade em interromper atividades para comparecer a consultas) como o desempenho do profissional (atenção excessiva a detalhes técnicos, potencialmente em detrimento de outros aspetos da prestação de cuidados) (Ashinoff & Abu-Akel, 2021; Garcia Pimenta et al., 2024; Ishii et al., 2023).

Segundo Filipe (2020), em Portugal, verifica-se uma lacuna significativa na avaliação do hiperfoco. Apesar do reconhecimento crescente do PHDA e das suas manifestações, a literatura aponta para a ausência de instrumentos validados e de estudos sistemáticos sobre o hiperfoco no contexto português, dificultando a caracterização epidemiológica e a integração do conceito na prática clínica e na investigação local.

1.1. Pertinência do estudo

A avaliação e a adaptação da Escala de Hiperfoco para a população portuguesa

reveste-se de particular pertinência, tanto no âmbito clínico como no académico e profissional. A escassez de instrumentos validados em português europeu condiciona a investigação sistemática e o reconhecimento do hiperfoco enquanto fenómeno psicológico mensurável.

A adaptação do Dispositional Adult Hyperfocus Questionnaire (AHQ-D) permitirá aferir a sua adequação linguística e conceitual ao contexto sociocultural português, contribuindo para a uniformização da avaliação e para a produção de conhecimento comparável em termos internacionais (Hupfeld et al., 2024).

No contexto específico da medicina dentária, esta adaptação adquire uma relevância acrescida. O hiperfoco pode ter impacto tanto no comportamento do paciente, nomeadamente em termos de adesão ao tratamento e hábitos orais disfuncionais como no desempenho técnico e comunicacional do profissional de saúde (Ashinoff & Abu-Akel, 2021; Garcia Pimenta et al., 2024). A disponibilização de uma escala adaptada permitirá identificar estes padrões com maior precisão, contribuindo assim para uma prática clínica mais eficaz, personalizada e centrada no paciente.

1.2. Objetivos

O objetivo geral deste estudo é traduzir e adaptar o AHQ-D, para uma amostra da população portuguesa, avaliar as suas propriedades psicométricas e a sua relevância na área da medicina dentária, tanto do ponto de vista dos pacientes como dos profissionais.

1.3. Estrutura da tese

Esta tese está organizada em 7 capítulos, começa com uma introdução onde é apresentada a relevância do estudo, contextualizando o conceito de hiperfoco, a sua implicação funcional em contextos clínicos e não clínicos, bem como a importância da sua avaliação no âmbito da medicina dentária em Portugal. Seguida de um enquadramento teórico no qual é apresentada uma visão do conceito de hiperfoco, a sua presença na medicina dentária e a análise dos instrumentos de avaliação do hiperfoco. Seguidamente Materiais e Métodos que constitui a apresentação dos participantes, procedimentos, instrumentos e plano de análise de dados. Seguem-se os resultados da adaptação da escala

AHQ-D, nomeadamente a estrutura fatorial e as propriedades psicométricas. Por fim, o estudo termina com a Discussão, incluindo as limitações do estudo, Conclusão e Referências Bibliográficas.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Conceito de Hiperatividade e PHDA

A hiperatividade é definida por um padrão contínuo de movimentos excessivos, agitação ou incapacidade de ficar quieto, que é desajustado em relação ao ambiente ou à idade da pessoa. No contexto clínico, a hiperatividade é um dos três sintomas nucleares do PHDA, juntamente com a desatenção e a impulsividade. A manifestação típica desta perturbação é através de comportamentos como o movimento constante, a insistência em levantar-se em situações em que se espera que permaneça sentado, a conversa excessiva ou a interrupção dos outros, e a dificuldade em participar em atividades de forma silenciosa (MedlinePlus, n.d.; Wang et al., 2022).

Pujalte et al. (2023) afirma que a American Medical Society for Sports Medicine, nas suas diretrizes, destaca que a hiperatividade deve ser avaliada em termos da frequência, intensidade e impacto funcional dos sintomas, diferenciando-a de comportamentos normais para a faixa etária ou de respostas a exigências ambientais específicas. Estudos demonstram que a hiperatividade pode ser exacerbada por tarefas que exigem um maior controlo executivo ou uma carga cognitiva, mas também pode estar presente em níveis elevados independentemente do ambiente, especialmente em crianças com PHDA (Kofler et al., 2016; Soto et al., 2024).

O conceito de neurodivergência abrange a variabilidade natural do funcionamento neurológico humano, incluindo PHDA, Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), dislexia e outras condições. O movimento da neurodiversidade propõe uma mudança de paradigma, reconhecendo essas diferenças como variações naturais e não apenas como patologias, o que tem implicações importantes para a prática clínica e para a redução do estigma (Doyle, 2020; Masataka, 2017; Sonuga-Barke, 2023).

2.2. Conceito e Características do Hiperfoco

O conceito do hiperfoco emerge na literatura clínica para descrever o fenómeno no qual o sujeito se envolve de tal forma numa tarefa que parece desligar-se completamente do que está à sua volta. Historicamente, este termo foi utilizado de forma anedótica para

referir comportamentos paradoxais em indivíduos com PHDA, que, apesar das suas dificuldades de atenção podem demonstrar períodos de atenção extrema em tarefas de elevado interesse pessoal (Ashinoff & Abu-Akel, 2021; Ozel et al., 2016).

Nos dias mais atuais, de acordo com Ashinoff e Abu-Akel (2021), a atenção seletiva é definida como a capacidade de uma pessoa em "sintonizar-se" exclusivamente no seu foco atual, desconsiderando outros estímulos. Esta definição é igualmente apresentada em Ozel-Kizil et al. (2013), onde o hiperfoco é descrito como uma concentração tão intensa que provoca a perda da noção temporal e a ausência de resposta a estímulos externos. Em suma, este tipo de foco, embora profundo e automático, pode ser bastante produtivo em determinados contextos, pode também constituir um obstáculo à mudança de tarefas ou à atenção a assuntos relevantes.

De acordo com Garcia Pimenta et al. (2024), este fenómeno encontra-se associado a dificuldades nas funções executivas, nomeadamente nos processos de inibição de respostas automáticas, na alternância entre tarefas e na flexibilidade cognitiva para a mudança entre diferentes tipos de informação, como do processamento global para o local. Estas limitações podem explicar por que, durante o hiperfoco, é tão difícil "sair" do estado de concentração extrema, mesmo quando necessário.

2.3. Hiperfoco e PHDA

Embora o hiperfoco não tenha relações exclusivas com nenhuma perturbação, a relação entre hiperfoco e PHDA encontra-se devidamente documentada na literatura recente, os indivíduos com PHDA manifestam este padrão com maior frequência e intensidade do que a população geral, independentemente da utilização de psicoestimulantes, o que sugere tratar-se de uma característica intrínseca da perturbação (Ishii et al., 2023; Garcia Pimenta et al., 2024; Zhang et al., 2023).

Os sintomas do PHDA incluem distração frequente, dificuldade em manter a atenção, inquietação motora, impulsividade e dificuldade em organizar tarefas (MedlinePlus, n.d.; Pujalte et al., 2023).

A literatura destaca que o hiperfoco na PHDA está relacionado a dificuldades nas funções executivas e no controlo atencional, sendo mediado por défices nessas áreas e por uma maior sensibilidade à recompensa, apesar disso, o hiperfoco não integra os critérios diagnósticos do PHDA. (Garcia Pimenta et al., 2024).

2.4. Hiperfoco e Medicina Dentária

No contexto da medicina dentária, o hiperfoco em pacientes com PHDA pode ter implicações diversas, com impactos positivos e negativos, dependendo da perspectiva adotada. Em circunstâncias específicas, o estado de concentração profunda pode levar a um maior envolvimento em práticas de autocuidado, como seguir rotinas detalhadas de higiene oral ou seguir diretrizes com precisão, desde que sejam percebidas como altamente motivadoras ou recompensadoras para o paciente (Ashinoff & Abu-Akel, 2021). No entanto, esses efeitos positivos tendem a ser esporádicos e dependentes do interesse pessoal do indivíduo.

Entre os benefícios, destaca-se o aumento da precisão e da qualidade técnica durante procedimentos complexos, uma vez que o hiperfoco favorece a concentração e o desempenho em tarefas que exigem atenção minuciosa. Estudos sobre prontidão mental na medicina dentária mostram que há uma associação entre práticas como o foco intenso, o controlo de distrações e a preparação mental com o sucesso em situações desafiadoras, que promovem a excelência clínica e a segurança do paciente (McDonald & Paganelli, 2021).

A identificação de pacientes com tendência para o hiperfoco permite também personalizar o atendimento clínico e adaptar a comunicação para garantir a compreensão e a adesão ao tratamento. Estratégias como o uso de linguagem clara, instruções passo a passo e reforço visual podem ser particularmente eficazes para promover maior envolvimento e reduzir a ansiedade durante os procedimentos (Nowak et al., 2018; Mills et al., 2023). Além disso, o reconhecimento desta característica permite evitar a sobrecarga de informação e priorizar mensagens essenciais, tornando a comunicação clínica mais eficaz.

Segundo Smith et al. (2024), a integração de avaliações comportamentais e de saúde mental na prática clínica permite identificar antecipadamente necessidades específicas e encaminhar para apoio psicológico, o que promove uma abordagem centrada no paciente e favorece a continuidade dos cuidados. A formação das equipas clínicas com competências de comunicação e saúde mental é igualmente essencial para promover relações de confiança e melhorar os resultados em saúde oral (Berryhill et al., 2024).

Contudo, os efeitos negativos do hiperfoco são mais prevalentes e clinicamente relevantes. A dificuldade em interromper atividades de interesse pode resultar em esquecimento de consultas, baixa adesão a tratamentos e atraso na procura de cuidados de saúde oral, com consequências para a saúde oral (Ashinoff & Abu-Akel, 2021; Ozel-Kizil et al., 2013; Zhang et al., 2023). Os défices nas funções executivas podem intensificar a desorganização e aumentar a vulnerabilidade a comportamentos aditivos, como o uso excessivo da internet, comprometendo o autocuidado bucal (Friedlander et al., 2007).

Além disso, o hiperfoco pode prejudicar a comunicação entre profissionais de saúde e dificultar a alternância entre tarefas ou a perceção de sinais contextuais importantes, o que compromete a abordagem multidisciplinar. Esse padrão também pode aumentar o risco de fadiga mental e síndrome de burnout, especialmente em contextos clínicos exigentes (Ashinoff & Abu-Akel, 2021).

2.5. Hiperfoco e Bruxismo

Além das implicações comportamentais e cognitivas, o hiperfoco pode ter consequências fisiológicas relevantes. A literatura sobre dor musculoesquelética ocupacional indica que fatores psicossociais, como a ansiedade, a depressão e a exigência cognitiva elevada, estão associadas a uma maior prevalência de dor e tensão muscular localizada e generalizada (Ruela et al., 2022). Assim, a relação entre a dor muscular mastigatória, o bruxismo, o desgaste dentário e as disfunções temporomandibulares (DTM) deve ser compreendida à luz dos mecanismos psicossociais e comportamentais que modulam a atividade muscular mastigatória.

Estudos indicam uma prevalência significativamente maior de bruxismo, tanto de vigília como do sono, em indivíduos com PHDA, com um risco quase três vezes superior ao da população em geral. Este comportamento está associado a desgaste dentário, fraturas, sensibilidade, dores musculares e disfunções temporomandibulares. Outros comportamentos parafuncionais, como o apertamento dentário, dores mandibulares e cefaleias, também são mais frequentes, independentemente da utilização de psicoestimulantes, podendo ser exacerbados em estados de concentração intensa (Souto Souza et al., 2020; Malacarne et al., 2024).

Estes estados de atenção prolongada também estão ligados à manutenção de posturas por longos períodos, à diminuição da percepção de desconforto e ao aumento do tempo em atividades sedentárias, contribuindo para a tensão muscular em regiões como o pescoço, o rosto, os ombros e as costas (Santos Filho & Barreto, 2001). Há ainda evidência de uma maior gravidade da má oclusão e da rotação dentária em indivíduos com PHDA, frequentemente associadas ao bruxismo (Malacarne et al., 2024).

Além disso, o uso de estimulantes do sistema nervoso central, como o metilfenidato, pode agravar episódios de bruxismo em crianças com PHDA, intensificando o desgaste dentário e os sintomas associados (Malki et al., 2004).

Neste contexto, destaca-se o desenvolvimento do *Bruxism Screener* (BruxScreen), um instrumento psicométrico padronizado para a triagem do bruxismo do sono e de vigília, que identifica sinais como o desgaste dentário, dores musculares e episódios de apertamento consciente. Baseado em critérios atualizados da Academia Americana de Medicina do Sono, o BruxScreen apresenta validade de conteúdo e aplicabilidade clínica em diferentes contextos (Lobbezoo et al., 2024). A sua utilização no âmbito da saúde dentária é especialmente relevante para pacientes neurodivergentes, ao permitir a deteção precoce de manifestações orais multifatoriais frequentemente subvalorizadas.

Tendo em conta a elevada prevalência do hiperfoco em indivíduos com PHDA e a maior incidência de bruxismo neste grupo (Souto-Souza et al., 2020), é fundamental investigar a interligação entre estes dois fenómenos. A atenção extrema e prolongada associada ao hiperfoco pode gerar tensão muscular involuntária, especialmente na região

orofacial, contribuindo para episódios de bruxismo em vigília, muitas vezes inconscientes.

A integração de instrumentos psicométricos, como o AHQ-D (para avaliação da propensão ao hiperfoco) e o BruxScreen (para triagem de sinais clínicos de bruxismo), representa uma abordagem clínica holística. Esta articulação permite otimizar a compreensão das manifestações psicofisiológicas do hiperfoco em pacientes com PHDA e contribuir para o desenvolvimento de estratégias personalizadas de diagnóstico, prevenção e intervenção em saúde oral (Lobbezoo et al., 2024; Souto-Souza et al., 2020).

2.6. Avaliação do Hiperfoco

A avaliação do hiperfoco deve ser feita com recurso a instrumentos psicométricos validados, com destaque para as escalas de autorrelato desenvolvidas especificamente para medir este fenómeno. Atualmente, o questionário AHQ-D é uma das ferramentas mais robustas para a avaliação quantitativa do hiperfoco em adultos, apresentando uma elevada consistência interna e validade convergente com outras medidas de hiperfoco, sintomas de PHDA e traços de atenção. Outra escala utilizada é a *Hyperfocusing Scale* (HFS), que também demonstrou utilidade em populações com sintomas de PHDA (Hupfeld et al., 2024; Ozel-Kizil et al., 2013). Outras escalas, como o *Attentional Style Questionnaire* (ASQ), avaliam estilos atencionais amplos, mas não são específicas para hiperfoco e, portanto, têm aplicabilidade limitada para esse construto (Kraft et al., 2020).

Segundo Garcia Pimenta et al. (2024) e Groen et al. (2020) a avaliação deve incluir a frequência, duração e pervasividade dos episódios de hiperfoco. Além disso, deve considerar o contexto em que ocorrem. Por exemplo, atividades prazerosas versus tarefas obrigatórias.

Não há diretrizes de sociedades internacionais formalmente estabelecidas para a avaliação do hiperfoco, mas a literatura recente respalda o uso de escalas validadas e a análise multidimensional do fenómeno, incluindo aspetos motivacionais e situacionais (Hupfeld et al., 2024; Garcia Pimenta et al., 2024; Groen et al., 2020). Em contextos de investigação, podem ser utilizadas avaliações neuropsicológicas e medidas

comportamentais ou neurofisiológicas, especialmente em casos como a esquizofrenia ou o autismo, de acordo com Hahn et al. (2022) e Luck et al. (2019).

2.6.1. Escala Psicométrica para avaliar o Hiperfoco

As principais escalas psicométricas disponíveis para avaliação de hiperfoco em adultos são o AHQ-D e HFS.

A HFS desenvolvida por Ozel-Kizil et al. (2013) é um questionário psicométrico estruturado é utilizada para avaliar a intensidade e frequência do hiperfoco em adultos principalmente em estudos com indivíduos com PHDA. O objetivo principal da criação da HFS foi quantificar o hiperfoco como uma dimensão separada do PHDA em adultos, diferenciando-o da simples desatenção ou hiperatividade.

O estudo comparou adultos com PHDA (com e sem uso de psicoestimulantes) e controlos saudáveis, e reforçou a hipótese de que o hiperfoco é uma característica intrínseca do PHDA adulto, não modificada pelo tratamento farmacológico também demonstra boa validade e diferenciação entre grupos clínicos e controlos, mas seu objetivo é mais restrito ao contexto do PHDA e menos explorado em populações normativas.

A base teórica da HFS residiu na observação clínica de que pacientes com PHDA não apenas apresentam dificuldade em manter a atenção, mas também em desengajar-se de tarefas altamente motivadoras, resultando em períodos de atenção intensa e prolongada. A escala foi desenvolvida para preencher a lacuna na literatura, que até então se baseava principalmente em relatos de caso, e para permitir a investigação sistemática do hiperfoco como constructo psicopatológico distinto.

Já o desenvolvimento do ASQ baseou-se em critérios teóricos de controle atencional, buscando mensurar estilos de atenção interna e externa. O objetivo do estudo de Kraft et al. (2020) foi avaliar as propriedades psicométricas do ASQ em uma população de língua inglesa, incluindo sua estrutura fatorial, validade de constructo e validade incremental para predição de sintomas psicopatológicos como ansiedade, depressão e preocupação.

O questionário foi fundamentado em modelos contemporâneos de controle atencional e psicopatologia, com itens elaborados para capturar tanto a capacidade de manter o foco quanto a tendência à distração ou evitação cognitiva. As principais características do ASQ são: instrumento de autorrelato, avaliação de estilos atencionais em dois fatores (distratibilidade/evitação cognitiva e focalização), aplicável em adultos, e com utilidade incremental para avaliação de risco psicopatológico. Sua importância reside em fornecer uma medida psicometricamente robusta de estilos atencionais, útil tanto em pesquisa quanto em contextos clínicos para compreensão do papel do controle atencional em transtornos emocionais.

O AHQ-D apresenta elevada validade convergente com outras medidas de hiperfoco, sintomas de PHDA e constructos relacionados, além de baixa influência de viés de desejabilidade social. A sua estrutura cobre uma ampla gama de respostas e foi validada em amostras não clínicas, o que favorece sua aplicabilidade em contextos populacionais diversos, incluindo processos de tradução e validação transcultural (Hupfeld et al., 2024).

Portanto, a principal diferença é que a HFS é direcionada ao hiperfoco no PHDA, o AHQ-D avalia hiperfoco como traço geral em adultos, e o ASQ mensura estilos atencionais amplos, sem foco específico em hiperfoco.

Importa salientar que o diagnóstico clínico do hiperfoco deve ser realizado por um psicólogo, com base em avaliação especializada e integrada.

2.6.2. AHQ-D

O desenvolvimento do AHQ-D acompanha a evolução da compreensão do hiperfoco como fenómeno psicológico. Ozel et al. (2016) propôs a HFS, um dos primeiros instrumentos psicométricos para avaliar este fenómeno, evidenciando que o hiperfoco constitui uma dimensão distinta do PHDA e não depende do uso de psicoestimulantes.

Em 2019, Hupfeld e colaboradores publicaram um estudo que introduziu um instrumento inicial para avaliação de hiperfoco em adultos, denominado "*Adult Hyperfocus Questionnaire*", e demonstraram sua associação com sintomas de PHDA em amostras clínicas e não clínicas (Hupfeld et al., 2019). Mais recentemente, Hupfeld et al.

(2024) desenvolveram o AHQ-D com o objetivo de criar uma medida quantitativa fiável e aplicável à população adulta geral. Validado formalmente assim, no referido ano, o AHQ-D.

Entre as diferenças entre as versões de 2019 e 2024, destaca-se que a versão de 2019 introduziu o instrumento e demonstrou sua associação com sintomas de PHDA em amostras clínicas e não clínicas, enquanto a versão de 2024 aprimorou a análise psicométrica, consolidou a estrutura unifatorial, ampliou a amostra populacional e confirmou a validade convergente e discriminante do AHQ-D

No âmbito da validação da versão original do instrumento, o objetivo do estudo AHQ-D, conforme descrito por Hupfeld et al. (2024), é estabelecer o AHQ-D como uma métrica quantitativa válida e confiável para mensurar o hiperfoco em adultos. A população-alvo utilizada no estudo foi composta por adultos da população geral, totalizando 347 participantes, com idade média de 33 anos (desvio padrão de 11 anos) e 47% do sexo feminino. Não houve recrutamento específico de indivíduos com PHDA ou outras condições clínicas; portanto, trata-se de uma amostra não clínica e representativa de adultos da comunidade (Hupfeld et al., 2024).

A estrutura fatorial do AHQ-D, conforme descrito no estudo de validação por Hupfeld KE, Osborne JB, Tran QT, et al., é unifatorial. Essa estrutura unidimensional foi corroborada por métricas psicométricas robustas, indicando que o AHQ-D mede de forma consistente um único domínio latente relacionado ao hiperfoco disposicional em adultos (Hupfeld et al., 2024). No âmbito das propriedades psicométricas, a AHQ-D apresenta boas propriedades psicométricas, de acordo com a versão original da escala. Em particular, a fiabilidade do AHQ-D, conforme relatado no estudo, é alta, com alfa de Cronbach de 0,93 e confiabilidade de divisão ao meio (*split-half reliability*) média de 0,93. Esses resultados indicam excelente consistência interna e estabilidade das respostas entre os itens do questionário, sustentando assim o uso do AHQ-D como uma medida psicometricamente consistente para avaliar hiperfoco em adultos.

Dada a importância anteriormente referida, esta investigação justifica-se pela necessidade de dispor de um instrumento validado e culturalmente adaptado à população portuguesa, capaz de avaliar o hiperfoco de forma fiável e padronizada. . A ausência de

ferramentas psicométricas em português europeu limita a investigação rigorosa deste fenómeno e compromete a sua aplicação prática em contextos clínicos e académicos. A adaptação da Escala de Hiperfoco - AHQ-D permitirá ultrapassar esta limitação, favorecendo o desenvolvimento do conhecimento científico e a implementação de intervenções mais eficazes, especialmente na área da medicina dentária, onde a identificação deste traço poderá influenciar de forma positiva o comportamento do paciente e a atuação do profissional de saúde.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como quantitativo, descritivo, observacional e transversal. Os estudos quantitativos são apropriados quando se pretende medir e quantificar fenómenos, analisando relações entre variáveis através de instrumentos padronizados e análises estatísticas. Este tipo de abordagem é particularmente útil quando se procura obter dados objetivos e generalizáveis sobre determinado fenómeno psicológico. No caso deste estudo, a utilização de um questionário psicométrico (AHQ-D) justifica a natureza quantitativa, pois permite mensurar a frequência e intensidade do hiperfoco em adultos (PaisRibeiro, 2010).

A investigação assume um carácter descritivo, pois visa identificar e caracterizar o fenómeno do hiperfoco na população portuguesa, sem a intenção de manipular variáveis ou estabelecer relações causais. É ainda um estudo observacional, na medida em que os dados são recolhidos tal como ocorrem na realidade, sem intervenção do investigador sobre as condições em que o fenómeno se manifesta (PaisRibeiro, 2010).

Por fim, trata-se de um estudo transversal, dado que a recolha de dados ocorre num único momento no tempo, permitindo uma análise pontual do fenómeno junto da amostra seleccionada (PaisRibeiro, 2010).

Este delineamento metodológico é adequado para os objetivos propostos, pois permite explorar de forma sistemática e rigorosa a presença e expressão do hiperfoco em adultos portugueses, com implicações relevantes para a prática clínica, nomeadamente na medicina dentária. (PaisRibeiro, 2010).

3.1. Critérios de inclusão

- Indivíduos fluentes em português europeu;
- Indivíduos acima de 18 anos;
- Aceitação voluntária formalizada através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

- Indivíduos com ou sem diagnóstico de PHDA, perturbação do espectro do autismo ou outras perturbações neuropsiquiátricas ligeiras a moderadas.

3.2. Critérios de exclusão

- Diagnósticos psiquiátricos graves (ex.: esquizofrenia, psicose);
- Utilização de medicamentos psicotrópicos com efeito direto sobre a atenção, exceto quando em regime estável e devidamente controlado;
- Dificuldades significativas de compreensão, leitura ou comunicação que inviabilizem o preenchimento autónomo do questionário.

3.3. Amostra

A presente investigação foi desenvolvida na Universidade Egas Moniz, no âmbito do projeto intitulado “Tradução e Validação da Escala de Hiperfoco em Portugal: Desafios e Benefícios para a Medicina Dentária”, para o Mestrado Integrado em Medicina Dentária. A amostragem foi não probabilística, por conveniência, sendo a amostra constituída por 250 participantes adultos, falantes nativos de português europeu. Serão incluídos indivíduos com ou sem historial de diagnóstico neurológico ou neuropsiquiátrico, com o objetivo de representar de forma mais abrangente a diversidade existente na população universitária e adulta

3.4. Instrumento

O questionário foi composto por dois blocos: (1) um bloco sociodemográfico, com informações sobre sexo, idade, nacionalidade, língua, escolaridade e situação profissional; e (2) a Escala de Hiperfoco (AHQ-D), composta por 12 itens, originalmente em inglês e adaptada para o português europeu através de um processo de tradução direta, retrotradução e validação por especialistas, assegurando a equivalência semântica, idiomática e cultural (Beaton et al., 2000).

3.4.1. AHQ-D

Para avaliar o hiperfoco utilizou-se a versão disposicional do *Adult Hyperfocus Questionnaire* validada por Hupfeld et al. (2024). A escala contém 12 itens que abrangem seis dimensões teóricas (perda de noção do tempo, ausência de percepção do ambiente, negligência de necessidades pessoais, dificuldade em parar/mudar, absorção total e fixação em detalhes); contudo, estudos psicométricos demonstram uma estrutura unifatorial. Cada afirmação é classificada numa escala de Likert de seis pontos: Nunca (1), 1-2 vezes em 6 meses (2), 1-2 vezes por mês (3) 1 vez por semana (4), 2-3 vezes por semana (5) e Todos os dias (6), considerando as experiências do último ano. A pontuação total resulta da soma dos 12 itens, variando de 12 a 72 pontos; valores mais altos indicam maior propensão ao hiperfoco. O racional teórico da escala baseia-se na versão original ampla descrita por Hupfeld, Abagis e Shah (2019), que deu origem às dimensões utilizadas na presente tradução.

A adaptação para português europeu seguiu as etapas de tradução direta, retrotradução e validação por especialistas propostas por Beaton et al. (2000) (Conforme citada em Etapas de adaptação do instrumento e da Tradução e Adaptação Cultural).

3.5. Procedimentos

O recrutamento dos participantes foi realizado pelo próprio autor entre os meses de abril e maio de 2025. A divulgação do estudo ocorreu tanto de forma presencial na Egas Moniz School of Health & Science como digital. A divulgação online, foi realizada através das redes sociais Facebook, WhatsApp e Instagram, de modo a alcançar um público mais amplo.

A recolha de dados decorreu entre abril e maio de 2025, por meio de um questionário digital construído na plataforma Google Forms. Presencialmente, o link do GoogleForms e o QR Code de acesso ao questionário foram partilhados em áreas comuns da Universidade Egas Moniz, frequentadas por estudantes, funcionários e utentes. Para os participantes que foram recrutados online, foi partilhado, também, o link do GoogleForms.

A participação foi voluntária, informada, anónima e não remunerada. Antes de iniciar o preenchimento, todos os participantes tiveram acesso ao TCLE digital, que apresentava de forma clara os objetivos da investigação, a natureza voluntária da participação, a

confidencialidade e o anonimato dos dados, bem como o direito de desistência a qualquer momento, sem prejuízo.

O consentimento informado foi obrigatório para a continuidade no questionário, garantindo assim o cumprimento das normas éticas e legais vigentes, em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) e os princípios da investigação em ciências da saúde (Beaton et al., 2000) Aprovação pelo Comité de Ética da Universidade Egas Moniz; Conformidade com a Declaração de Helsínquia; (World Medical Association, 2024)

Tendo sido aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Egas Moniz, sob o parecer nº PT-464/24 (ver Anexo 1);

3.6. Etapas de adaptação do instrumento e da Tradução e Adaptação Cultural

A adaptação linguística do AHQ-D para o português de Portugal seguiu protocolos metodológicos recomendados para tradução e validação transcultural de instrumentos psicométricos (Beaton et al., 2000; Mendes et al., 2019).

3.7. Tradução Direta e Consenso

A tradução do questionário foi realizada com base nas diretrizes para adaptações transculturais. Dois tradutores bilíngues, com o português europeu como língua materna, traduziram de forma independente o instrumento original em inglês para o português de Portugal. As duas versões foram comparadas e unificadas numa versão consensual, denominada T-12, por ambos os tradutores e um observador. Esta etapa visou resolver divergências e garantir a fidelidade semântica e conceitual ao conteúdo original.

3.7.1. Retrotradução

A versão consensual em português (T-12) foi então submetida à retrotradução (*back-translation*) por um terceiro tradutor bilíngue, que desconhecia o conteúdo do questionário original. Essa etapa teve como objetivo verificar se o significado das afirmações foi mantido, permitindo identificar eventuais distorções, perdas de sentido ou ambiguidade introduzidas na tradução.

3.7.2. Verificação de Equivalência e Revisão Final da Versão Portuguesa

Com base na análise comparativa entre a retrotradução e a versão original em inglês, foram avaliadas a equivalência linguística e a correspondência conceitual. Pequenos ajustes foram realizados na versão portuguesa para assegurar a clareza, coerência e adequação cultural dos itens. Todo o processo foi documentado de forma sistemática, garantindo a rastreabilidade e a transparência da adaptação linguística.

3.8. Análise de Dados

A análise visa avaliar a consistência interna, validade fatorial e fiabilidade temporal da versão portuguesa do AHQ-D.

3.8.1. Análise Teste-Reteste

Foi realizada uma análise de fiabilidade com a amostra piloto, tendo como objetivo avaliar a consistência interna e a estabilidade temporal da escala. Para tal, utilizou-se o coeficiente alfa de Cronbach (Cronbach, 1951) e o coeficiente de correlação intraclassa (ICC), de acordo com as recomendações de Koo e Li (2016).

Na aplicação da escala à população geral, avalia a fiabilidade através do alfa de Cronbach onde se interpreta $0,70 \leq \alpha < 0,80$ como aceitável, $0,80 \leq \alpha < 0,90$ Boa e $\alpha \geq 0,90$ Excelente indicando o grau de coerência entre os itens de cada dimensão da escala.

Teste-reteste (ICC): O coeficiente de correlação intraclassa foi utilizado para avaliar a fiabilidade temporal da escala, com base numa subamostra que respondeu à escala em dois momentos distintos.

3.8.2. Análise Descritiva

Foi realizada uma análise descritiva dos dados sociodemográficos e dos itens da escala para a amostra total. Foram calculadas as médias, desvios padrão e valores

mínimos do AHQ-D, conforme recomendado por Field (2018), permitindo caracterizar estatisticamente a amostra e a distribuição dos itens.

3.8.3. Análise Inferencial

Os dados foram analisados com recurso ao software IBM SPSS *Statistics* v30 (IBM Corp., 2024), tendo sido submetidos a metodologias de análise estatística e inferencial. No que respeita à análise inferencial, foram utilizados testes estatísticos comparativos não paramétricos (Mann-Whitney e Kruskal-Wallis), tendo em consideração a tipologia e características das variáveis estudadas.

Foram ainda realizadas análises de correlação, através do coeficiente de correlação de Spearman, e de confiabilidade, recorrendo ao ICC. No contexto das análises inferenciais, foi adotado um nível de significância de 5%.

3.8.4. Análise Fatorial Exploratória (AFE)

A amostra total foi dividida aleatoriamente em duas partes iguais: a primeira parte (n = 125) foi utilizada para a AFE e a segunda parte (n = 125) para a análise fatorial confirmatória (AFC) Antes da realização da AFE, foram verificados os pressupostos necessários:

- Índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para medir a adequação da amostra;
- Teste de esfericidade de Bartlett, para verificar a correlação entre os itens.
- A estrutura fatorial foi identificada com base no critério do eigenvalue > 1, análise do gráfico scree plot e da variância explicada.

O método de extração adotado foi o de componentes principais, seguido de rotação ortogonal Varimax, conforme as boas práticas descritas por Kaiser (1958) com o intuito de obter uma estrutura mais clara e interpretável dos fatores.

3.8.5. AFC

Com a segunda parte da amostra ($n = 125$), foi realizada uma AFC, com o objetivo de testar o modelo obtido na AFE (Costello e Osborne, 2005).

Foram utilizados os seguintes índices de ajustamento para avaliar a adequação do modelo: GFI (Goodness of Fit Index) $> 0,90$; CFI (Comparative Fit Index) $> 0,90$; NFI (Normed Fit Index) $> 0,90$; RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) $< 0,05$

Intervalos de confiança para RMSEA incluídos na análise.

Além disso, considerou-se que os pesos fatoriais (β) de cada item deveriam ser superiores a 0,50, garantindo a representatividade dos itens nos fatores.

3.8.6. Fiabilidade da Escala na Amostra Total

Foi ainda avaliada a fiabilidade da escala na amostra total. A consistência interna foi medida através do alfa de Cronbach, com os mesmos critérios descritos anteriormente para interpretação dos valores obtidos.

Esta análise visa demonstrar a robustez da versão portuguesa do AHQ-D enquanto instrumento de avaliação psicométrica fiável.

4. RESULTADOS

4.1. Amostra

. A amostra é composta maioritariamente por participantes do sexo feminino (n = 175; 70%), sendo que a faixa etária mais representada corresponde aos 21-30 anos (n = 133; 53,2%). No que diz respeito à escolaridade, destaca-se a licenciatura como o grau mais frequente (n = 105; 42%), seguida do mestrado (n = 65; 26%). A maioria dos participantes tem nacionalidade portuguesa com o português de Portugal como língua nativa (n = 234; 93,6%). Em termos de situação profissional, quase metade dos participantes são estudantes (n = 118; 47,2%).

Tabela 1. Características Sociodemográficas dos Participantes: Apresenta a distribuição da amostra (n = 250) de acordo com sexo, idade, nacionalidade, escolaridade e situação profissional. Esta caracterização visa descrever o perfil dos respondentes, contribuindo para a contextualização dos resultados psicométricos da escala AHQ-D.

Características sócio-demográficas	n	%
Sexo		
Feminino	175	70
Masculino	75	30
Idade		
21 - 30 anos	133	53.2
31 - 40 anos	56	22.4
41 - 50 anos	35	14
51 - 60 anos	24	9.6
Mais de 60 anos	2	0.8
Nacionalidade		
Portuguesa com português de Portugal como língua nativa	234	93.6
Outra nacionalidade com português de Portugal como língua nativa	6	2.4
Outra nacionalidade com português de Portugal sem ser língua nativa	10	4
Escolaridade		
Ensino básico incompleto	6	2.4
Ensino básico	66	26.4
Licenciatura	105	42
Mestrado	65	26
Doutoramento	8	3.2
Situação Profissional		
Estudante	118	47.2
Trabalhador por conta de outrem	61	24.4

Trabalhador por conta própria	61	24.4
Desempregado/a	5	2
Reformado/a	5	2

4.2. Teste -reteste – Amostra piloto

A versão final do AHQ-D foi aplicada numa amostra piloto ($n = 20$) para avaliar se os itens estavam claros, além de verificar a consistência interna e a estabilidade ao longo do tempo. O questionário foi reaplicado após 15 dias com os mesmos participantes.

Adicionalmente, foi realizada uma análise teste-reteste, em que o questionário foi reaplicado a uma subamostra ($n = 20$) após um intervalo de 15 dias, tendo-se obtido um alfa de Cronbach no valor de 0.937 o que indica uma excelente confiabilidade do instrumento, segundo os critérios estabelecidos por Koo e Li (2016) e um coeficiente de correlação intraclasse (ICC) = 0,881.

4.3. Resultados amostra total

Em relação à amostra total ($n = 250$), a média do hiperfoco é de 36,78 (DP = 13,98) com um valor mínimo de 12 e um valor máximo de 69.

O teste de Mann–Whitney indicou uma diferença estatisticamente significativa entre géneros apenas no item P1 – “Perde a noção do tempo” ($p = 0,048$), revelando maior variabilidade de respostas no grupo feminino (Amplitude Interquatorial (AIQ) = 3) face ao masculino (AIQ = 2). Para o item P8 – “Não reage a distrações” observou-se uma tendência limítrofe ($p = 0,060$), que não atingiu o nível de significância adoptado. Nos restantes itens (P2, P3, P4, P5, P6, P7, P9, P10, P11 e P12) não se registaram diferenças entre homens e mulheres ($p \geq 0,213$) (ver Tabela 2 – Género).

Tabela 2. Diferenças de Género nos Itens do AHQ-D: Mostra os resultados comparativos entre participantes do sexo feminino e masculino em cada item do AHQ-D, utilizando o teste de Mann–Whitney. Destaca diferenças estatisticamente significativas ou limítrofes na forma como os géneros experienciam o hiperfoco.. Género. F- Feminino; M-Masculino.

Pergunta	F: Med (AIQ)	Min– Máx	M: Med (AIQ)	Min– Máx	p
P1 – Perde noção do tempo	3 (3)	1–6	3 (2)	1–6	0,048

P2 – Ignora o ambiente	2 (3)	1–6	3 (3)	1–6	0,505
P3 – Falha necessidades básicas	2 (3)	1–6	2 (3)	1–6	0,988
P4 – Dificuldade em mudar de tarefa	3 (3)	1–6	3 (3)	1–6	0,916
P5 – Envolvimento excessivo	4 (3)	1–6	4 (3)	1–6	0,817
P6 – Foco em detalhes	3 (3)	1–6	4 (3)	1–6	0,703
P7 – Confusão temporal	2 (3)	1–6	2 (3)	1–6	0,649
P8 – Não reage a distrações	3 (3)	1–6	3 (3)	1–6	0,060
P9 – Ignora necessidades pessoais	3 (4)	1–6	3 (3)	1–6	0,737
P10 – Não consegue parar	3 (2)	1–6	2 (3)	1–6	0,213
P11 – Absorção total	4 (3)	1–6	3 (3)	1–6	0,455
P12 – Preso a pormenores	3 (3)	1–6	3 (2)	1–6	0,490

Efeito da idade. O teste de Kruskal-Wallis graus de liberdade ($gl = 4$) não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os cinco grupos etários em nenhum dos doze itens do AHQ-D ($p \geq 0,061$). Observou-se, contudo, uma tendência ligeira em quatro itens P5 “Envolvimento excessivo” ($p = 0,063$), P6 “Foco em detalhes” ($p = 0,089$), P8 “Não reage a distrações” ($p = 0,073$) e P12 “Preso a pormenores” ($p = 0,061$), além de um valor marginal em P4 “Dificuldade em mudar de tarefa” ($p = 0,101$). Estes resultados sugerem que a idade pode exercer influência subtil em aspetos específicos do hiperfoco, ainda que não se alcance significância ao nível convencional de 5 %. Para todos os demais itens (P1, P2, P3, P7, P9, P10, P11) as distribuições de respostas foram estatisticamente equivalentes entre as faixas etárias analisadas (ver Tabela 3 – Idade).

Tabela 3. Efeito da Idade nas Respostas aos Itens do AHQ-D: Apresenta a distribuição das respostas por faixas etárias, evidenciando variações subtis nos padrões de hiperfoco conforme a idade. Os dados foram analisados com recurso ao teste de Kruskal–Wallis

Pergunta	21-30: Med (AIQ)	Min-Máx	31-40	Min-Máx	41-50	Min-Máx	51-60	Min-Máx	61+	Min-Máx	p
P1 - Perde noção do tempo	3 (3)	1-6	3 (2)	1-6	3 (3)	1-6	3,50 (4)	1-6	2,50 (-)	2-3	0,346
P2 - Ignora o ambiente	3 (3)	1-6	3 (3)	1-6	2 (3)	1-5	2 (3)	1-6	1,50 (-)	1-2	0,646
P3 - Falha necessidades básicas	2 (3)	1-6	3 (3)	1-6	2 (1)	1-6	1,50 (3)	1-6	1,50 (-)	1-2	0,158
P4 - Dificuldade em mudar de tarefa	3 (2)	1-6	3 (2)	1-6	2 (2)	1-6	2 (3)	1-6	2 (0)	2-2	0,101
P5 - Envolvimento excessivo	4 (3)	1-6	3 (3)	1-6	3 (2)	1-6	4 (3)	1-6	3 (-)	2-4	0,063
P6 - Foco em detalhes	4 (3)	1-6	3,50(3)	1-6	3 (2)	1-6	2,50 (3)	1-6	2 (0)	2-2	0,089
P7 - Confusão temporal	3 (3)	1-6	3 (4)	1-6	2 (3)	1-6	1,50 (2)	1-6	1 (0)	1-1	0,175
P8 - Não reage a distrações	3 (3)	1-6	3 (4)	1-6	3 (3)	1-6	2 (2)	1-6	1,5 (-)	1-2	0,073
P9 - Ignora necessidades pessoais	3 (3)	1-6	3 (4)	1-6	2 (4)	1-6	1,5 (4)	1-6	1 (0)	1-1	0,343
P10 - Não consegue parar	3 (2)	1-6	3 (4)	1-6	2 (3)	1-6	2 (3)	1-6	1,50(-)	1-2	0,246
P11 - Absorção total	4 (3)	1-6	4 (3)	1-6	3 (3)	1-6	2 (3)	1-6	2,5 (-)	2-3	0,274
P12 - Preso a pormenores	3 (3)	1-6	3 (3)	1-6	3 (2)	1-6	2 (2)	1-6	2 (0)	2-2	0,061

Efeito da nacionalidade/proficiência em português: O teste de Kruskal–Wallis ($g1 = 2$) não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos: portugueses nativos, estrangeiros nativos em português e estrangeiros não-nativos em nenhum dos doze itens do AHQ-D ($p \geq 0,252$). Este padrão indica que a pontuação de hiperfoco não varia de forma relevante com a nacionalidade ou com o estatuto de língua materna dentro da amostra. Mesmo os itens com maiores contrastes de mediana (por exemplo, P5 “Envolvimento excessivo” ou P12 “Preso a pormenores”) apresentaram valores-p elevados ($p = 0,323$ e $p = 0,446$, respectivamente), confirmando a ausência de efeitos robustos. Todos os resultados detalhados constam na (Tabela 4 – Nacionalidade e Língua).

Tabela 4. Efeito da Nacionalidade e Proficiência Linguística: . Efeito da Nacionalidade e Proficiência Linguística: Analisa possíveis diferenças nas respostas ao AHQ-D entre participantes portugueses nativos e estrangeiros, com ou sem o português como língua materna. Os resultados reforçam a adequação linguística da versão portuguesa da escala.

Pergunta	PT-nativo: Med (AIQ)	Min-Máx	Outra/nativo-PT	Min-Máx	Outra/não-nativo	Min-Máx	p
P1 - Perde noção do tempo	3 (3)	1-6	3.50 (4)	1-6	2 (3)	1-6	0,742
P2 - Ignora o ambiente	2 (3)	1-6	3.50 (3)	1-6	2 (3)	1-5	0,721
P3 - Falha necessidades básicas	2 (3)	1-6	3 (4)	1-6	2.50 (3)	1-6	0,522
P4 - Dificuldade em mudar de tarefa	3 (2)	1-6	2 (3)	1-6	1.50 (2)	1-5	0,252
P5 - Envolvimento excessivo	4 (3)	1-6	3 (3)	1-6	4 (3)	1-6	0,323
P6 - Foco em detalhes	4 (3)	1-6	3.50 (2)	1-6	3 (3)	1-6	0,714
P7 - Confusão temporal	2 (3)	1-6	3 (3)	1-6	3 (2)	1-6	0,803
P8 - Não reage a distrações	3 (3)	1-6	3.50 (2)	1-6	2.50 (3)	1-6	0,631
P9 - Ignora necessidades pessoais	3 (3)	1-6	3.50 (4)	1-6	2 (3)	1-6	0,446
P10 - Não consegue parar	3 (2)	1-6	2 (4)	1-6	2 (1)	1-6	0,777
P11 - Absorção total	3 (3)	1-6	4,5 (3)	1-6	2.50 (2)	1-6	0,323
P12 - Preso a pormenores	3 (3)	1-6	3,5 (3)	1-6	2.50 (1)	2-6	0,446

O teste de Kruskal–Wallis ($gl = 4$) indicou diferenças estatisticamente significativas entre os cinco níveis de escolaridade em cinco itens do AHQ-D: P1 “Perde a noção do tempo” ($p = 0,017$), P4 “Dificuldade em mudar de tarefa” ($p = 0,020$), P5 “Envolvimento excessivo” ($p = 0,008$), P10 “Não consegue parar” ($p = 0,015$) e P11 “Absorção total” ($p = 0,042$).

Estes resultados sugerem que participantes com formação universitária tendem a relatar experiências de hiperfoco mais acentuadas do que aqueles com escolaridade básica ou secundária.

O item P12 “Preso a pequenos pormenores” apresentou um valor limítrofe ($p = 0,055$), indicando tendência que não atinge o nível de significância convencional. Para os restantes itens (P2, P3, P6, P7, P8, P9) não se observaram diferenças significativas ($p \geq 0,136$), apontando para uniformidade das respostas nesses domínios (ver Tabela 5 – Escolaridade).

Tabela 5. Efeito do Nível de Escolaridade nos Itens do AHQ-D: Compara os scores de hiperfoco segundo diferentes níveis de escolaridade, revelando padrões diferenciados sobretudo em participantes com formação universitária. Aplicado o teste de Kruskal–Wallis.

Pergunta	Básico incompleto: Med (AIQ)	Min - Máx	Básico completo	Min - Máx	Licenciatura	Min - Máx	Mestrado	Min - Máx	Doutor.	Min - Máx	p
P1 – Perde noção do tempo	1 (3)	1-5	4 (3)	1-6	3 (3)	1-6	3 (3)	1-6	2,5 (1)	1-6	0,017
P2 – Ignora o ambiente	2 (4)	1-6	3 (2)	1-6	3 (3)	1-6	2 (2)	1-6	2 (2)	1-4	0,236
P3 – Falha necessidades básicas	4 (5)	1-6	3 (3)	1-6	2 (3)	1-6	2 (2)	1-6	1,50 (2)	1-6	0,149
P4 – Dificuldade em mudar de tarefa	2,50 (4)	1-6	4 (3)	1-6	3 (2)	1-6	2 (3)	1-6	2,50 (2)	1-3	0,020
P5 – Envolvimento excessivo	5 (2)	1-6	4 (2)	1-6	4 (3)	1-6	3 (3)	1-6	3,50 (3)	1-5	0,008
P6 – Foco em detalhes	3,50 (2)	2-5	4 (2)	1-6	3 (3)	1-6	3 (3)	1-6	3 (2)	1-5	0,597

P7 – Confusão temporal	2 (3)	1-5	3 (3)	1-6	2 (3)	1-6	2 (3)	1-6	2,50 (3)	1-6	0,90 5
P8 – Não reage a distrações	3 (3)	1-5	3 (3)	1-6	3 (3)	1-6	2 (4)	1-6	3 (3)	1-6	0,59 7
P9 – Ignora necessidade s pessoais	4,50 (4)	1-6	3 (3)	1-6	3 (4)	1-6	2 (3)	1-6	4 (4)	1-6	0,14 9
P10 – Não consegue parar	4 (5)	1-6	4 (3)	1-6	3 (2)	1-6	2 (3)	1-6	2,50 (3)	1-6	0,01 5
P11 – Absorção total	5 (4)	2-6	4 (3)	1-6	4 (3)	1-6	3 (3)	1-6	3,50 (4)	2-6	0,04 2
P12 – Preso a pormenores	3 (3)	2-6	4 (3)	1-6	3 (3)	1-6	3 (3)	1-6	3 (3)	1-6	0,05 5

Efeito da situação profissional: o teste de Kruskal–Wallis ($gl = 4$) revelou diferenças estatisticamente significativas entre as cinco categorias profissionais (Estudante, Trabalhador por conta de outrem, Trabalhador por conta própria, Desempregado, Reformado) em três itens do AHQ-D: P5 “Envolvimento excessivo” ($p = 0,044$), P6 “Foco em detalhes” ($p = 0,015$) e P12 “Preso a pormenores” ($p = 0,001$).

Estes resultados indicam que certos aspetos do hiperfoco variam consoante a atividade laboral, destacando-se o item P12, onde os desempregados apresentaram a mediana mais alta (4) e os reformados a mais baixa (2).

Observou-se ainda uma tendência limítrofe em P2 “Ignora o ambiente”, P4 “Dificuldade em mudar de tarefa”, P8 “Não reage a distrações” e P11 “Absorção total” (p entre 0,081 e 0,100), sugerindo variações subtis que não atingem o nível de significância convencional. Nos restantes itens (P1, P3, P7, P9, P10) não se verificaram diferenças estatisticamente relevantes ($p \geq 0,117$), apontando para respostas homogéneas entre grupos profissionais (ver Tabela 6 – Situação Profissional).

Tabela 6. Efeito da Situação Profissional nos Itens do AHQ-D: Explora como diferentes contextos ocupacionais influenciam as respostas ao AHQ-D, com destaque para diferenças significativas em itens associados ao envolvimento e atenção aos pormenores.

P12 – Preso a pormenores	P11 – Absorção total	P10 – Não consegue parar	P9 – Ignora necessidades pessoais	P8 – Não reage a distrações	P7 – Confusão temporal	P6 – Foco em detalhes	P5 – Envolvimento excessivo	P4 – Dificuldade em mudar de	P3 – Falha necessidades básicas	P2 – Ignora o ambiente	P1 – Perdeção do	Pergunta
3 (3)	4 (2)	3 (2)	3 (3)	3 (3)	3 (3)	4 (2)	4 (2)	3 (2)	2 (3)	3 (3)	3 (3)	Estudante Med (AIQ)
1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	Min-Máx
2 (2)	3 (3)	2 (3)	2 (3)	2 (3)	2 (2)	3 (2)	3 (3)	2 (2)	2 (2)	2 (3)	3 (2)	Trab. outrem
1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	Min-Máx
3 (3)	3 (3)	3 (2)	3 (4)	3 (4)	2 (3)	3 (3)	4 (3)	3 (2)	2 (3)	2 (3)	3 (3)	Trab. própria
1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	1-6	Min-Máx
4 (3)	4 (3)	5 (4)	4 (2)	4 (2)	4 (3)	4 (2)	4 (2)	4 (3)	4 (3)	4 (1)	3 (2)	Desempreg.
1-5	1-5	1-6	3-6	3-5	1-5	3-5	3-5	1-5	1-6	3-4	3-5	Min-Máx
2 (1)	2 (1)	2 (4)	2 (4)	2 (3)	2 (4)	4 (3)	5 (5)	2 (4)	2 (3)	2 (2)	3 (4)	Reformado
2-3	1-2	1-5	1-6	1-5	1-5	2-5	1-6	1-6	1-3	1-4	1-6	Min-Máx
0,001	0,100	0,324	0,693	0,081	0,117	0,015	0,044	0,100	0,158	0,100	0,338	p

4.3.1. Estrutura fatorial (resultados da AFE e AFC)

A adequação dos itens à análise fatorial exploratória (AFE) foi confirmada pela medida (KMO = 0,909), indicando uma excelente adequação da amostra. O teste de esfericidade de Bartlett também se revelou significativo ($\chi^2(66) = 856,473$; $p < 0,001$), corroborando a pertinência da análise. Foi efetuada uma AFE com metade da amostra ($n = 125$) e a estrutura revelada apresentou-se unifatorial, com um autovalor superior a 1, explicando 55% da variância total. Esta configuração foi igualmente confirmada pelo gráfico *scree-plot*, em consonância com a estrutura fatorial da versão original da escala (Hupfeld et al., 2024).

Com base nesta estrutura unifatorial, procedeu-se à AFC, aplicada à segunda metade da amostra ($n = 125$), com o objetivo de testar a consistência da estrutura identificada no contexto da população portuguesa. Os resultados indicaram que todos os pesos fatoriais padronizados foram superiores a 0,50 na maioria dos itens, com valores variando entre 0,427 (AHQ_8) e 0,763 (AHQ_10), refletindo pesos fatoriais adequados para cada item da escala.

A avaliação da qualidade do ajustamento dos modelos revelou resultados considerados aceitáveis. Optou-se por manter todos os itens, uma vez que os pesos fatoriais estandardizados se apresentaram como estatisticamente significativos ($p < 0,001$) e acima do valor mínimo recomendado ($\beta > 0,5$). Além disso, não foram identificadas violações do pressuposto da normalidade multivariada, nem justificações teóricas que fundamentassem a exclusão de itens (Hair, 2014) (Ver Figura 1).

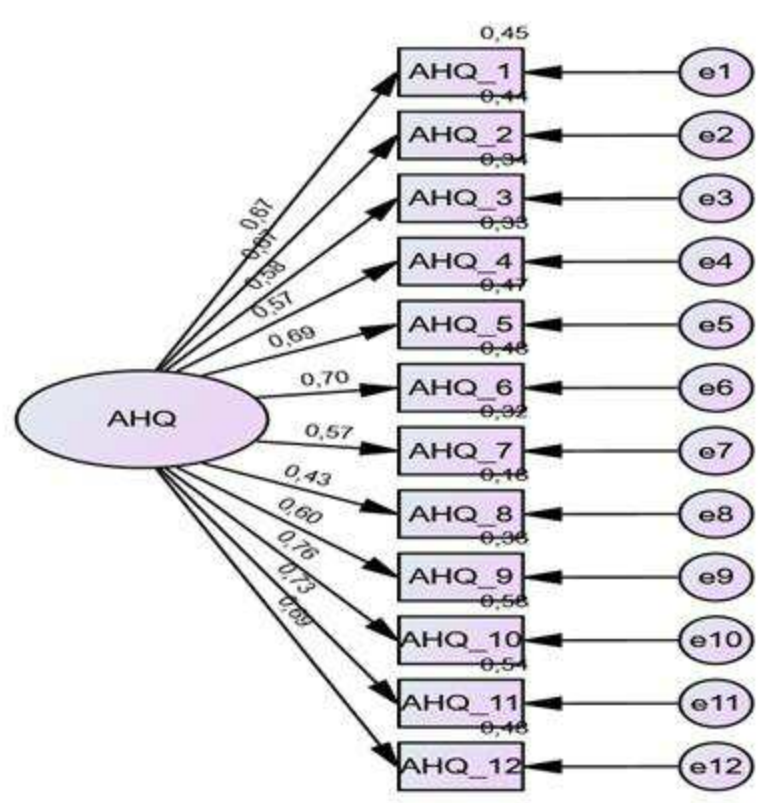


Figura 1. Infograma de resultados AFC.

7

4.3.2. Propriedades psicométricas

Em termos de fiabilidade, a escala revelou um excelente coeficiente de consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,913, confirmando a robustez do instrumento. Com base nos índices de ajustamento e na fundamentação teórica, foi selecionado o modelo original da escala como estrutura final a ser adotada, permitindo uma justificação concepcional sólida para o construto de hiperfoco na população estudada (Hupfeld et al., 2024).

5. DISCUSSÃO

A tradução e adaptação do questionário de hiperfoco para o contexto português surge como resposta a uma lacuna existente na avaliação deste fenómeno na população portuguesa. Esta necessidade é especialmente relevante face à crescente atenção que o hiperfoco tem recebido na literatura internacional, tanto pela sua relação ambivalente com perturbações neurocognitivas, como pelo seu impacto funcional em contextos educacionais e clínicos (Hupfeld et al., 2019; Ozel et al., 2016). Assim, o presente estudo procurou adaptar a AHQ-D para o português europeu e avaliar a sua robustez psicométrica numa amostra da população geral.

Relativamente à estrutura fatorial, os resultados da análise fatorial exploratória confirmaram uma organização unidimensional, com cargas fatoriais elevadas e consistentes. Esta estrutura corrobora a proposta original de Hupfeld et al. (2019), bem como os resultados obtidos por Groen et al. (2020) e Kraft (2023), que também identificaram o hiperfoco como uma dimensão singular da atenção sustentada em adultos. A unidimensionalidade observada pode estar relacionada com a clareza semântica dos itens na versão portuguesa e com a natureza estável da expressão do hiperfoco em adultos, como sugerido por Groen et al. (2020), o que reforça a adequação da adaptação linguística e conceitual realizada.

A consistência interna revelou-se elevada, com coeficientes superiores a 0,90 tanto para o alfa de Cronbach (0,913) como para o ômega de McDonald (0,92), situando-se acima dos valores observados na validação original ($\alpha = 0,87$; Hupfeld et al., 2019) e em amostras com diagnóstico de PHDA ($\alpha = 0,74$; Ozel et al., 2016). Também superou os valores reportados por Groen et al. (2020) em estudantes de áreas criativas e por Ishii et al. (2023) em indivíduos com características subclínicas de PHDA e uso problemático da internet. Estes dados sugerem que a versão portuguesa da AHQ-D apresenta uma estrutura coesa e confiável, permitindo uma medição sensível do fenómeno na população adulta. O elevado coeficiente de correlação intraclasse (ICC = 0,467) indica uma estabilidade temporal moderada, reforçando a utilidade do instrumento para aplicações longitudinais.

No plano sociodemográfico, apenas o item P1 – “Perde a noção do tempo” apresentou diferença significativa entre sexos ($p = 0,048$), com maior dispersão de respostas no grupo feminino; a pontuação global de hiperfoco não variou entre géneros.

O Kruskal-Wallis indicou diferenças em cinco itens para a escolaridade (P1, P4, P5, P10, P11) e em três itens para a situação profissional (P5, P6, P12). Como não realizámos testes pós-hoc, as interpretações apoiam-se nas medianas observadas.

Embora este resultado ainda não seja consensual na literatura, alguns estudos apontam que mulheres tendem a envolver-se mais profundamente em tarefas com significado pessoal e emocional, o que pode potenciar episódios de hiperfoco mais frequentes ou intensos (Masataka, 2016; Ozel et al., 2013). No que diz respeito à idade, não se observaram diferenças estatisticamente significativas, um resultado que se encontra em consonância com os achados de Groen et al. (2020), que sugerem estabilidade do padrão atencional do hiperfoco ao longo da vida adulta.

A média global obtida no presente estudo revelou-se superior às médias observadas em amostras clínicas ou com características subclínicas de PHDA (Ozel et al., 2016; Ishii et al., 2023). Este resultado pode relacionar-se com o fato de a amostra portuguesa não apresentar perturbações atencionais diagnosticadas e de a adaptação semântica da escala favorecer uma leitura mais acessível dos itens. Hupfeld et al. (2024) salientam, por exemplo, que a redação de alguns itens em inglês apresentava ambiguidades linguísticas para falantes nativos, o que poderá ter comprometido a precisão da autoavaliação nos estudos anteriores.

Para além dos resultados psicométricos, este estudo procurou ainda refletir sobre a relevância do hiperfoco na prática da medicina dentária. Embora não se trate de uma investigação clínica, os dados obtidos permitem sustentar a potencial aplicabilidade da escala em diferentes cenários clínicos e académicos da área. No âmbito do comportamento dos pacientes, o hiperfoco pode manifestar-se tanto como facilitador da adesão ao tratamento, através de uma atenção intensa às orientações recebidas como fator de rigidez comportamental, dificultando a flexibilidade necessária em procedimentos invasivos ou incertos. Por outro lado, no desempenho clínico de profissionais e estudantes, o hiperfoco poderá assumir um papel ambivalente: enquanto capacidade para

manter concentração elevada em tarefas técnicas detalhadas, como procedimentos endodônticos ou cirurgias prolongadas, poderá igualmente conduzir à negligência de sinais contextuais, como o desconforto do paciente ou limitações de tempo clínico (Friedlander et al., 2007; Chau et al., 2016).

Deste modo, a escala adaptada poderá constituir uma ferramenta útil no ensino da medicina dentária, ao permitir que estudantes e docentes identifiquem padrões atencionais e desenvolvam estratégias de autorregulação cognitiva. Além disso, a avaliação sistemática do hiperfoco pode apoiar práticas clínicas mais conscientes, prevenindo erros associados à hiperconcentração não flexível. Como salientado por Pimenta et al. (2024), a compreensão das funções executivas associadas ao hiperfoco permite delinear perfis de atenção mais adaptativos em ambientes exigentes.

Em síntese, os resultados sustentam a tradução e adaptação da versão portuguesa da AHQ-D e a sua pertinência para investigação e prática em saúde, oferecendo uma base sólida para futuras explorações em contextos da medicina dentária, educacionais e clínicos.

5.1. Limitações e perspectivas futuras

Algumas limitações devem ser reconhecidas. A amostra foi recolhida através de recrutamento misto (presencial e online), com preenchimento exclusivamente digital. Este método poderá ter introduzido um viés de autosseleção, atraindo participantes com maior literacia digital e predisposição para tarefas cognitivas introspectivas, o que pode ter influenciado os níveis de hiperfoco reportados. Embora o tamanho amostral tenha sido suficiente para as análises fatoriais, não permitiu testar invariância entre subgrupos com maior profundidade. O fato de a amostra ser não probabilística por conveniência, limita a generalização dos resultados para a população portuguesa com hiperfoco.

Além disso, a dependência de instrumentos de autorrelato limita a inferência sobre manifestações comportamentais do hiperfoco; estudos futuros poderão integrar dados observacionais ou neuropsicológicos. A natureza transversal da investigação também impede estabelecer relações causais entre hiperfoco e variáveis clínicas ou de desempenho.

Tendo em conta estas limitações, recomendam-se investigações futuras que explorem a estabilidade temporal do constructo em contextos longitudinais, testem a invariância da escala entre grupos clínicos e não clínicos, e aprofundem a associação entre hiperfoco, desempenho ocupacional e bem-estar psicológico. Para além disso, recomenda-se a aplicação desta versão adaptada da escala AHQ-D para uma amostra representativa da população portuguesa com hiperfoco, permitindo assim a validação da escala. Seria ainda pertinente avaliar a eficácia de estratégias de regulação atencional em indivíduos com pontuações elevadas de hiperfoco, especialmente em profissões que exigem concentração prolongada e controlo executivo, como é o caso da medicina dentária.

6. CONCLUSÃO

A presente adaptação da versão portuguesa da Escala de Hiperfoco (AHQ-D) revelou uma estrutura psicométrica sólida e coerente com a proposta teórica original.

A disponibilização desta versão da Escala de Hiperfoco em Português Europeu representa um avanço relevante na investigação dos fenómenos atencionais em adultos, ao oferecer uma ferramenta psicometricamente fiável, culturalmente adaptada e clinicamente aplicável.

A estrutura fatorial identificada revelou-se unidimensional e estável, explicando mais de metade da variância total, o que reforça a coesão conceitual da escala. A consistência interna demonstrou-se elevada, superando valores obtidos em estudos prévios, e o coeficiente de correlação intraclasse confirmou a estabilidade da medida.

A versão portuguesa da AHQ mostrou-se adequada para captar esse fenómeno com sensibilidade cultural e precisão estatística, permitindo mapear com maior profundidade os estilos atencionais presentes na população adulta. Os resultados obtidos contribuem para o reconhecimento do hiperfoco como uma variável relevante em saúde mental e desempenho académico ou profissional, com especial utilidade em áreas que requerem elevada concentração, como a medicina dentária. Ao viabilizar a identificação de padrões atencionais intensos, a escala poderá informar práticas clínicas, educativas e investigativas, promovendo estratégias que favoreçam a flexibilidade cognitiva e o bem-estar ocupacional.

.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ashinoff, B. K., & Abu-Akel, A. (2021). Hyperfocus: the forgotten frontier of attention. *Psychological research*, 85(1), 1–19. <https://doi.org/10.1007/s00426-019-01245-8>

Autistologos. (n.d.). Hiperfoco no autismo: O que é e como lidar com ele. Autistologos. Disponível em <https://www.autistologos.com/copia-ling-nao-verbal-olhar-apont>

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>

Berryhill, M. B., Culmer, N., Smith, T., Kopycka-Kedzierawski, D., Gurganus, R., & Curry, G. (2024). Perceptions of mental health screening and referral to treatment in National Dental-Practice Based Research Network practices: A qualitative study. *Journal of Public Health Dentistry*, 84(2), 124–135. <https://doi.org/10.1111/jphd.12607>

Chau, Y. C., Lai, K. Y., McGrath, C. P., & Yiu, C. K. (2017). Oral health of children with attention deficit hyperactivity disorder. *European Journal of Oral Sciences*, 125(1), 49–54. <https://doi.org/10.1111/eos.12323>

Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10(7), Article 7. <https://doi.org/10.7275/jyj1-4868>

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>

Doyle, N. (2020). Neurodiversity at work: A biopsychosocial model and the impact on working adults. *British Medical Bulletin*, 135(1), 108–125. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldaa021>

Field, A. P. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). Sage

Filipe, A. M. (2020). Situar a hiperatividade e déficit de atenção em Portugal: dimensões sociais, históricas e éticas de um tema emergente na saúde global [Situating attention deficit and hyperactivity in Portugal: Social, historical, and ethical dimensions of an emerging global health issue]. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(12), e00056420. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056420>

Friedlander, A. H., Yagiela, J. A., Mahler, M. E., & Rubin, R. (2007). The pathophysiology, medical management and dental implications of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Dental Association*, 138(4), 475–537. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2007.0199>

Garcia Pimenta, M., Gruhnert, R. K., Fuermaier, A. B. M., & Groen, Y. (2024). The role of executive functions in mediating the relationship between adult ADHD symptoms and hyperfocus in university students. *Research in developmental disabilities*, 144, 104639. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2023.104639>

Groen, Y., Priegnitz, U., Fuermaier, A. B. M., Tucha, L., Tucha, O., Aschenbrenner, S., Weisbrod, M., & Garcia Pimenta, M. (2020). Testing the relation between ADHD and hyperfocus experiences. *Research in Developmental Disabilities*, 107, 103789. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103789>

Hahn, B., Robinson, B. M., Kiat, J. E., Geng, J., Bansal, S., Luck, S. J., & Gold, J. M. (2022). Impaired filtering and hyperfocusing: Neural evidence for distinct selective attention abnormalities in people with schizophrenia. *Cerebral Cortex*, 32(9), 1950–1964. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhab327>

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Pearson Education.

Hsu, J. W., Chen, L. C., Huang, K. L., Tsai, S. J., Bai, Y. M., Su, T. P., Chen, T. J., Lo, W. L., & Chen, M. H. (2024). Risk of periodontitis in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: A cohort study of 81,055 participants. *Journal of Attention Disorders*, 28(14), 1726–1733. <https://doi.org/10.1177/10870547241273093>

- Hupfeld, K. E., Abagis, T. R., & Shah, P. (2019). Living “in the zone”: Hyperfocus in adult ADHD. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 11(2), 191–208. <https://doi.org/10.1007/s12402-018-0272-y>
- Hupfeld, K. E., Osborne, J. B., Tran, Q. T., Hyatt, H. W., Abagis, T. R., & Shah, P. (2024). Validation of the dispositional adult hyperfocus questionnaire (AHQ-D). *Scientific Reports*, 14(1), 19460. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-70028-y>
- Hupfeld, K. E., Osborne, J. B., Tran, Q. T., Hyatt, H. W., Abagis, T. R., & Shah, P. (2024). Adult Hyperfocus Questionnaire – Dispositional (AHQ-D): User manual [PDF]. Recuperado em 27 maio 2025, de <http://www.kathleenhupfeld.com/AHQ>
- IBM Corp. (2024). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Versão 29.0) [Software de computador]. IBM Corp. <https://www.ibm.com/products/spss-statistics>
- Ishii, S., Takagi, S., Kobayashi, N., Jitoku, D., Sugihara, G., & Takahashi, H. (2023). Hyperfocus symptom and internet addiction in individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder trait. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1127777. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1127777>
- Kaiser, H. F. (1958). The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika*, 23(3), 187–200. <https://doi.org/10.1007/BF02289233>
- Kofler, M. J., Raiker, J. S., Sarver, D. E., Wells, E. L., & Soto, E. F. (2016). Is hyperactivity ubiquitous in ADHD or dependent on environmental demands? Evidence from meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 12–24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.004>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Kraft, J. D., Grant, D. M., Taylor, D. L., Frosio, K. E., Nagel, K. M., & Deros, D. E. (2020). Assessing the psychometric properties of the Attentional Style Questionnaire. *Cognition & Emotion*, 34(3), 403–412. <https://doi.org/10.1080/02699931.2019.1632802>

Lobbezoo, F., Ahlberg, J., Verhoeff, M. C., Aarab, G., Bracci, A., Koutris, M., Nykänen, L., Thymi, M., Wetselaar, P., & Manfredini, D. (2024). The bruxism screener (BruxScreen): Development, pilot testing and face validity. *Journal of Oral Rehabilitation*, 51(1), 59–66. <https://doi.org/10.1111/joor.13442>

Luck, S. J., Hahn, B., Leonard, C. J., & Gold, J. M. (2019). The Hyperfocusing Hypothesis: A New Account of Cognitive Dysfunction in Schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 45(5), 991–1000. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz063>,

Malacarne, A., Jain, S., Barouxis, L., Walterscheid, B., & Finkelman, M. (2024). Attention-deficit hyperactivity disorder and psychostimulant use in patients seeking dental care—Associations with common orofacial pain complaints. *Journal of Oral Rehabilitation*, 51(6), 947–953. <https://doi.org/10.1111/joor.13662>

Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6ª ed.). ReportNumber, Lda

Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações* (2ª ed.). ReportNumber, Lda

Masataka, N. (2017). Implications of the idea of neurodiversity for understanding the origins of developmental disorders. *Physics of Life Reviews*, 20, 85–108. <https://doi.org/10.1016/j.plrev.2016.11.002>

McDonald, J. M., & Paganelli, C. (2021). Exploration of mental readiness for enhancing dentistry in an inter-professional climate. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7038. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137038>

MedlinePlus. (n.d.). Attention-deficit hyperactivity disorder. U.S. National Library of Medicine. Retrieved May 27, 2025, from: <https://medlineplus.gov/genetics/condition/attention-deficit-hyperactivity-disorder/>

Mendes, J., Rego, R., & Pereira, V. (2019). Tradução e adaptação da escala CARSAL/CARVAL para Portugal: Estudo psicométrico. *Revista Psicologia*, 33(1), 33–47. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v33i1.1380>

Mills, A., Berlin-Broner, Y., & Levin, L. (2023). Improving patient well-being as a broader perspective in dentistry. *International Dental Journal*, 73(6), 785–792. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2023.05.005>

Nowak, M. J., Buchanan, H., & Asimakopoulou, K. (2018). “You have to treat the person, not the mouth only”: UK dentists’ perceptions of communication in patient consultations. *Psychology, Health & Medicine*, 23(6), 752–761. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1457167>

Osborne, J. W. (2014). Best practices in exploratory factor analysis. *CreateSpace Independent Publishing Platform*.

Ozel-Kizil, E. T., Kokurcan, A., Aksoy, U. M., Kanat, B. B., Sakarya, D., Bastug, G., & Oncu, B. (2016). Hyperfocusing as a dimension of adult attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 59, 351–358. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.09.016>

Ozel-Kizil, E., Demirbas, H., Bastug, G., Kirici, S., Tathan, E., Kasmer, N., & Baskak, B. (2013). P.7.b.012 A scale for the assessment of hyperfocusing in attention deficit and hyperactivity disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 23(Supplement 2). Retrieved from <http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.elsevier-642fc531-d358-3cd1-a4c8-338e569e3389>

Pais Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde* (2ª ed.). Placebo Editora. <https://www.sp-ps.pt/site/livros/114>

Pujalte, G. G. A., Narducci, D. M., Smith, M. S., King, R., Logan, K., Callender, S. S., Liebman, C. A., Kane, S. F., Israel, M. P., Wolf, S. F., Nuti, R., & Khodae, M. (2023). Athletes with attention-deficit/hyperactivity disorder: Position statement of the American Medical Society for Sports Medicine. *Clinical Journal of Sport Medicine: Official Journal of the Canadian Academy of Sport Medicine*, 33(3), 195–208. <https://doi.org/10.1097/JSM.0000000000001152>

Ruela, G. A., Barreto, S. M., Griep, R. H., Benseñor, I. M., Telles, R. W., & Camelo, L. V. (2022). Job stress and chronic and widespread musculoskeletal pain: A cross-

sectional analysis from the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health. *Pain*, 163(10), 2044–2051. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002602>

Santos Filho, S. B., & Barreto, S. M. (2001). Atividade ocupacional e prevalência de dor osteomuscular em cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: Contribuição ao debate sobre os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho [Occupational activity and prevalence of osteomuscular pain among dentists in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: A contribution to the debate on work-related musculoskeletal disorders]. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1), 181–193. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2001000100019>

Smith, T. B., Berryhill, M. B., Culmer, N., McBurnie, M. A., Kopycka-Kedzierawski, D., Gilbert, G. H., Barton, D., & Machen, C. (2024). Mental health screenings in dental settings: Feasibility and outcomes from a study by The National Dental Practice-Based Research Network. *Journal of the American Dental Association*, 155(11), 963–971. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2024.09.001>

Sonuga-Barke, E. J. S. (2023). Paradigm 'flipping' to reinvigorate translational science: Outlining a neurodevelopmental science framework from a 'neurodiversity' perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(10), 1405–1408. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13886>

Soto, E. F., Black, K., & Kofler, M. J. (2024). Is hyperactivity in children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) a functional response to demands on specific executive functions or cognitive demands in general? *Neuropsychology*, 38(8), 699–713. <https://doi.org/10.1037/neu0000975>

Souto-Souza, D., Mourão, P. S., Barroso, H. H., Douglas-de-Oliveira, D. W., Ramos-Jorge, M. L., Falci, S. G. M., & Galvão, E. L. (2020). Is there an association between attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents and the occurrence of bruxism? A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 53, 101330. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101330>

Wang, X. Q., Albitos, P. J., Hao, Y. F., Zhang, H., Yuan, L. X., & Zang, Y. F. (2022). A review of objective assessments for hyperactivity in attention deficit hyperactivity

disorder. *Journal of Neuroscience Methods*, 370, 109479.
<https://doi.org/10.1016/j.jneumeth.2022.109479>

World Medical Association. (2024). WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects. Retrieved May 27, 2025, from <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

Zhang, H., Miyake, A., Osborne, J., Shah, P., & Jonides, J. (2023). A d factor? Understanding trait distractibility and its relationships with ADHD symptomatology and hyperfocus. *PLOS ONE*, 18(10), e0292215.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292215>

ANEXOS

Anexo 1. Questionário de Hiperfoco Adulto Disposicional (AHQ-D)

Este questionário faz parte de um estudo do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário Egas Moniz School of Health and Science, sob a orientação da Prof. Doutora Catarina Maria Silva Carvalho Sousa Machado e co-orientação do Mestre André Mariz de Almeida e da Prof. Doutora Ana Catarina Marques Barge Ramos, que pretende conhecer melhor o seu padrão de concentração e/ou de foco mental.

Consentimento Informado

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Unidade Curricular de Dor Orofacial e ATM do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação da Prof. Doutora Catarina Maria Silva Carvalho Machado e co-orientação do Mestre André Mariz de Almeida e da Prof. Doutora Ana Catarina Marques Barge Ramos, solicita-se autorização para a participação no estudo clínico “Tradução e Validação do Questionário de Hiperfoco Adulto Disposicional (AHQ-D)” da Clínica Universitária Egas Moniz para a pesquisa da Aluna de Mestrado Integrado em Medicina Dentária Iscárlet Ramos do Amaral. Esta pesquisa tem como objetivo principal traduzir a Escala de Hiperfoco para a língua portuguesa. Este questionário avalia qual o seu nível de atenção/foco no seu dia-a-dia. Terá que preencher um questionário online traduzido para Português, com uma duração de preenchimento de aproximadamente 3 minutos. A sua participação na pesquisa é voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, sem qualquer penalização ou prejuízo.

Os resultados deste estudo irão trazer benefícios para conhecer melhor o perfil de um indivíduo com hiperfoco, o que irá permitir gerir clinicamente esta situação de uma forma mais estruturada. A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo(s) orientador(es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

1. Aceito (a) participar	2. Género: Feminino	3. Idade: 21-30 anos
Sim	Masculino	31-40 anos
Não	Prefiro não dizer	41-50 anos
		51-60 anos
		Mais de 60 anos

4. Nacionalidade e Língua: Portuguesa com Português de Portugal como língua nativa	5. Nível de escolaridade (completo): Sem escolaridade
Outra nacionalidade com Português de Portugal como língua nativa	Ensino básico incompleto
Outra nacionalidade com Português de Portugal sem ser língua nativa	Ensino básico
Género:	Licenciatura
	Mestrado
	Doutoramento

6. Situação profissional:
 Estudante
 Trabalhador por conta de outrem
 Trabalhador por conta própria
 Desempregado/a
 Reformado/a

As seguintes frases descrevem alguns sentimentos e experiências que podem ocorrer frequentemente, quando as pessoas estão envolvidas em atividades de que gostam ou que consideram especialmente gratificantes. Indique com que frequência sentiu ou experienciou cada uma dessas situações no último ano.

1. Para mim é comum perder completamente a noção do tempo.

Nunca

1-2 vezes a cada 6 meses

1-2 vezes por mês

Uma vez por semana

2-3 vezes por semana

Todos os dias

2. Não presto atenção ao mundo à minha volta e não me apercebo se alguém me chama ou se o meu telefone toca.

Nunca

1-2 vezes a cada 6 meses

1-2 vezes por mês

Uma vez por semana

2-3 vezes por semana

Todos os dias

3. Posso falhar refeições acidentalmente, ficar acordado/a toda a noite ou continuar a fazer uma atividade até ter mesmo de ir à casa de banho.

Nunca

1-2 vezes a cada 6 meses

1-2 vezes por mês

Uma vez por semana

2-3 vezes por semana

Todos os dias

4. Acho muito difícil parar e mudar de atividade, mesmo que tenha muitas outras tarefas importantes que deveria estar a fazer.

Nunca

1-2 vezes a cada 6 meses

1-2 vezes por mês

Uma vez por semana

2-3 vezes por semana

Todos os dias

5. Posso sentir-me totalmente envolvido ou "viciado" numa atividade.

Nunca

1-2 vezes a cada 6 meses

1-2 vezes por mês

Uma vez por semana

2-3 vezes por semana

Todos os dias

6. Às vezes, concentro-me durante demasiado tempo num pequeno detalhe da tarefa e ignoro outras partes importantes.

Nunca

1-2 vezes a cada 6 meses

1-2 vezes por mês

Uma vez por semana

2-3 vezes por semana

Todos os dias

7. Posso não ter a certeza em que período do dia estou, ou quanto tempo se passou desde que comecei uma atividade.

Nunca

1-2 vezes a cada 6 meses

1-2 vezes por mês

Uma vez por semana

2-3 vezes por semana

Todos os dias

9. Esqueço-me de prestar atenção às minhas necessidades pessoais (p.ex., esqueço-me de dormir ou de comer, ou aguento até ao último minuto para ir à casa de banho).

Nunca

1-2 vezes a cada 6 meses

1-2 vezes por mês

Uma vez por semana

2-3 vezes por semana

Todos os dias

11. Posso sentir-me completamente absorvido/a ou fixado/a numa atividade.

Nunca

1-2 vezes a cada 6 meses

1-2 vezes por mês

Uma vez por semana

2-3 vezes por semana

Todos os dias

8. Não reajo a nenhuma distração (p.ex., se alguém falar comigo).

Nunca

1-2 vezes a cada 6 meses

1-2 vezes por mês

Uma vez por semana

2-3 vezes por semana

Todos os dias

10. Sinto que não consigo parar de fazer uma atividade, mesmo que tenha outras responsabilidades mais importantes.

Nunca

1-2 vezes a cada 6 meses

1-2 vezes por mês

Uma vez por semana

2-3 vezes por semana

Todos os dias

12. Posso ficar “preso/a” a pequenos pormenores que me impeçam de terminar uma tarefa.

Nunca

1-2 vezes a cada 6 meses

1-2 vezes por mês

Uma vez por semana

2-3 vezes por semana

Todos os dias

Anexo 2. Consentimento informado



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

Consentimento Informado

Código IMP-EM-PE-17_03

Monte de Caparica, 10 de Fevereiro de 2025

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Unidade Curricular de Dor Orofacial e ATM do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação da Prof^a Doutora Catarina Maria Silva Carvalho Machado e co-orientação do Mestre André Mariz de Almeida e da Prof^a Doutora Ana Catarina Marques Barge Ramos, solicita-se autorização para a participação no estudo clínico “Tradução e Validação do Questionário de Hiperfoco Adulto Disposicional (AHQ-D)” da Clínica Universitária Egas Moniz para a pesquisa da Aluna de Mestrado Integrado em Medicina Dentária Iscárlet Ramos do Amaral.

Esta pesquisa tem como objetivo principal traduzir a Escala de Hiperfoco para a língua portuguesa. Este questionário avalia qual o seu nível de atenção/foco no seu dia a dia. Terá que preencher um questionário online traduzido para português, com uma duração de preenchimento de aproximadamente 3 minutos. A sua participação na pesquisa é voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, sem qualquer penalização ou prejuízo.

Os resultados deste estudo irão trazer benefícios para conhecer melhor o perfil de um indivíduo com Hiperfoco, o que irá permitir gerir clinicamente esta situação de uma forma mais estruturada. A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo(s) orientador(es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

- **ACEITO** preencher o questionário e participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.
- **NÃO ACEITO** preencher o questionário, nem participar neste estudo.

(Assinatura do participante ou tutor legal)

Egas Moniz - Cooperativa de Ensino Superior, CRL
Campus Universitário - Quinta da Granja
2829-511 Monte da Caparica, Portugal
NIF 504 218 611

Anexo 3. Comissão de Ética



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

Comissão de Ética EGAS MONIZ

Processo Interno: 1577

PT 464/24

Adenda

Ex.ma Senhora

Iscalet Ramos do Amaral

Monte de Caparica, 5 de fevereiro de 2025.

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado: "Tradução e Validação da Escala de Hiperfoco em Portugal: Desafios e Benefícios", foi aprovado.

.

A Vice-Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

Prof.ª Doutora Ana Filipa Vicente