



UC/FPCE\_2013

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**O estudo da influência da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) nas variáveis autoconceito e percepção de qualidade de vida em crianças com 10 a 12 anos de idade**

Mariana dos Santos Fonseca (e-mail: [sfonseca.m@hotmail.com](mailto:sfonseca.m@hotmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação, Aconselhamento e Desenvolvimento sob a orientação da Professora Doutora Teresa Sousa Machado

**O estudo da influência da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) nas variáveis autoconceito e percepção de qualidade de vida em crianças com 10 a 12 anos de idade**

Com o objetivo de examinar a influência que a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) tem nas variáveis autoconceito e percepção de qualidade de vida em crianças com 10 a 12 anos de idade, comparou-se o desempenho de 25 crianças de uma amostra de crianças diagnosticadas com PHDA com o desempenho de outras 25 crianças (grupo de controlo), considerando as variáveis sexo, idade e ano de escolaridade, autoconceito e percepção da qualidade de vida. O *PHCSCS-2* apresentou boas características psicométricas quanto à consistência interna ( $\alpha=0.761$ ), tal como o *Kidscreen 27* ( $\alpha=0.830$ ). A análise estatística não revelou diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo. Quanto à idade apenas existem diferenças estatisticamente significativas nos fatores *ansiedade* (subescala do *PHCSCS-2*) e *ambiente escolar* (subescala do *Kidscreen 27*), para crianças com 10, 11 e 12 anos de idade. *Testes Post Hoc* permitiram verificar diferenças significativas entre as faixas etárias 10-11 anos e 11-12 anos, no fator *ambiente escolar*, sendo que os sujeitos com 10 anos de idade pontuam mais elevado (ou) têm melhor *ambiente escolar*. Comparando o grupo de crianças sem diagnóstico de PHDA com aquelas que têm diagnóstico, é possível notar que as médias do primeiro grupo foram superiores às do segundo, tanto na variável autoconceito quanto na percepção de qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA); autoconceito; percepção de qualidade de vida.

**The impact of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on self concept and perception of quality of life in 10 to 12 years-old children.**

In order to evaluate the impact of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on self concept and the perception of quality of life in children, aged 10, 11 and 12 years old, we have compared the performance of 25 children diagnosed with ADHD with a typically developing comparison group of 25 children, all matched on age, gender and year of schooling. The *PHCSCS-2* showed good psychometric characteristics in what concerns internal consistency ( $\alpha=0.761$ ), as much as *Kidscreen 27* ( $\alpha=0.830$ ). There were no significant differences in gender. Significant differences were found, however, on *anxiety* (subscale *PHCSCS-2*) and *school environment* (subscale *Kidscreen 27*) in children, aged 10, 11 and 12 years old. *Post Hoc Tests* revealed significant differences between 10 and 11 year old children, as well as 11 and 12, in the *school environment*, with the 10 year old children scoring above others in *school environment*. Comparing the ADHD group with the control group, we found higher means (with statistical significance) both in self concept and the perception of quality of life for children without ADHD diagnosis.

**Key Words:** Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD); self concept; perception of quality of life.

## **Agradecimentos**

O presente trabalho é produto de um investimento e envolvimento pessoais, apenas concebível pela colaboração de várias pessoas e entidades. Pelo seu indispensável contributo e dedicação, não posso deixar de explanar o meu reconhecimento na concretização e realização desta etapa fulcral da minha formação académica.

As primeiras palavras de agradecimento devem ser direcionadas à professora Maria Teresa Sousa Machado, pelo apoio, a partilha de conhecimentos e as possibilidades de aprendizagem facultadas ao longo deste período. Não poderei deixar de realçar a dedicação e o tempo empregues neste trabalho.

À Dra. Marta Oliveira, pela sua colaboração, acompanhamento e ajuda na análise estatística dos dados. Todas as sugestões foram essenciais ao longo desta jornada, no sentido de melhorar o trabalho que se estava a desenvolver.

Ao Centro de Desenvolvimento Dr. Luís Borges (CDLB), serviço do Hospital Pediátrico de Coimbra, em especial à Dra. Margarida Almeida, por me ter proporcionado as condições necessárias para a elaboração da minha tese e por permitir a minha integração num centro de investigação de tão elevada qualidade e exigência. A todas as crianças e respetivos pais/educadores e professores que participaram neste estudo.

Mais, não poderei deixar de citar a enorme gratidão à minha família, aos meus pais e à minha irmã que, com todo o amor, carinho e apoio incondicionais permitiram que este percurso fosse exequível. Tenho de agradecer também ao meu namorado pela compreensão e apoio fundamentais, pelo tempo que passei a trabalhar e pelos momentos em que o cansaço e a fadiga falaram mais alto, agradeço toda a dedicação que tiveste para comigo.

A todos vós, o mais sincero *Muito Obrigada!*

## Índice

Resumo .....	2
<i>Abstract</i> .....	3
Introdução .....	7
<b>I – Enquadramento conceptual</b> .....	8
1. Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) .....	8
1.1. Evolução do conceito .....	8
1.2. Definição do conceito .....	9
1.3. Subtipos .....	12
1.4. Prevalência .....	14
1.5. Critérios de diagnóstico para PHDA .....	16
2. Autoconceito .....	18
3. Qualidade de vida .....	21
<b>II – Objetivos</b> .....	25
<b>III – Metodologia</b> .....	26
1. Amostra .....	26
2. Instrumentos .....	28
2.1. Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale (PHCSCS-2) .....	28
2.2. Kidscreen 27 - A perceção de qualidade de vida em crianças e adolescentes .....	29
3. Procedimento .....	30

<b>IV – Resultados</b> .....	31
1. Estudo I: características psicométricas dos testes .....	31
2. Estudo II: diferenças associadas ao sexo .....	32
3. Estudo III: diferenças associadas à idade .....	33
4. Estudo IV: diferenças associadas à PHDA .....	35
5. Estudo V: correlações entre as variáveis .....	36
<b>V – Discussão</b> .....	41
1. Estudo I: características psicométricas dos testes .....	41
2. Estudo II: diferenças associadas ao sexo .....	42
3. Estudo III: diferenças associadas à idade .....	43
4. Estudo IV: diferenças associadas à PHDA .....	43
5. Estudo V: correlações entre as variáveis .....	44
<b>VI – Conclusões</b> .....	46
1. Limitações e investigações futuras .....	47
<b>Bibliografia</b> .....	47
<b>Anexos</b> .....	50

## Introdução

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é uma perturbação do desenvolvimento que afeta um número elevado de crianças em idade escolar, surgindo muito cedo e prolongando-se ao longo do ciclo vital. Esta perturbação caracteriza-se por um padrão persistente de falta de atenção, impulsividade/hiperatividade, com uma intensidade que é mais frequente ou grave que o observado habitualmente em crianças com um nível semelhante de desenvolvimento (DSM-IV-TR, APA, 2002).

Entre as inúmeras investigações que têm sido realizadas no âmbito da PHDA, muitos pesquisadores têm estudado as implicações desta perturbação no autoconceito e perceção de qualidade de vida das crianças. Quanto à variável autoconceito, Pisecco e colaboradores (2001) averiguaram que o diagnóstico de PHDA pode contribuir para um autoconceito menos positivo, influenciando a maneira como as crianças percecionam as suas próprias competências e a imagem que têm de si mesmas (Houck *et al.*, 2011). Relativamente à variável perceção de qualidade de vida existem atualmente estudos que reforçam a tese de que a PHDA tem impacto na perceção de qualidade de vida das crianças. Danckaerts e colaboradores (2010) estudaram este impacto e notaram, através da comparação de questionários de autorrelato de pais de crianças com PHDA e crianças com PHDA, que existem discrepâncias entre ambos, sendo os relatos dos primeiros tendencialmente mais positivos.

Ainda, importa ressaltar que quanto mais precoce for feito o diagnóstico de PHDA e mais cedo se implementar um plano terapêutico adequado às necessidades da criança, mais facilmente se poderão atenuar os efeitos que um autoconceito e uma perceção de qualidade de vida menos positivos poderão ter no desenvolvimento salutar das crianças.

## **I – Enquadramento conceptual**

### **1. Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)**

#### **1.1. Evolução do conceito**

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) tal como é hoje conhecida, foi sendo objeto de diversos estudos ao longo do tempo. Ainda que uma das primeiras referências a uma criança com PHDA pareça ter sido proveniente da poesia do médico alemão Heinrich Hoffman (1865), as primeiras descrições científicas são atribuídas a George Fredrick Still (1902) e a Alfred Tredgold (1908), que foram os primeiros autores a dedicar especial atenção clínica a uma condição comportamental infantil que se aproximava do que, contemporaneamente, se conhece como PHDA (Barkley, 2006).

Em 1902, Still realizou uma série de palestras no *Royal College of Physicians*, nas quais falou sobre crianças que eram «agressivas, desafiadoras, resistentes à disciplina, excessivamente emotivas e passionais, que mostravam pouca “inibição à própria vontade”, tinham dificuldades em seguir regras, eram desatentas, hiperativas, propensas a acidentes e ameaçadoras para as outras crianças, devido a atitudes hostis». De acordo com o autor, essas crianças tinham um “defeito maior e crónico no controlo moral” (Silva, 2005, p. 192).

O termo hiperatividade infantil foi usado por Laufer (1957) e por Stella Chess (1960). Laufer acreditava que a síndrome seria uma patologia exclusiva de crianças do sexo masculino e teria remissão ao longo do crescimento natural do indivíduo. Já Stella Chess isolou o sintoma de hiperatividade de qualquer noção de lesão cerebral. Chess encarava os sintomas como parte de uma “hiperatividade fisiológica”, cujas causas estariam enraizadas mais na biologia (genética individual) do que no meio ambiente. Daí o termo «Síndrome da Criança Hiperativa» (Silva, 2005).



*Reação Hiperkinética da Infância* foi o termo usado pela Associação de Psiquiatria Americana (APA) ao publicar o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-II), em 1968 (Silva, 2005).

É por volta dos anos 60 que os estudos começam a ter maior rigor científico passando a ser colocada ênfase, sobretudo, nas manifestações comportamentais deste distúrbio e não tanto nas suas origens etiológicas. Atualmente com o DSM-IV-TR (APA, 2002), e após um período de primazia dos défices de atenção (DSM-III), a atividade motora volta a ser o ponto central desta perturbação, pelo que ICD-10 e DSM-IV-TR, apesar de proporem designações diferentes (*Distúrbio Hiperkinético* e *PHDA*, respetivamente), tendem a aproximar-se nas propostas de critérios de diagnóstico para esta perturbação (Fonseca, 1998).

Taylor e colaboradores (2004) ao proporem aquelas que pretendem ser as linhas de orientação europeias referem que estas designações têm vantagens e desvantagens pelo que podem e devem coexistir, uma vez que retratam esquemas diagnósticos diferentes. Assim, quando falamos de Distúrbio Hiperkinético deverão estar presentes problemas nas três áreas – *Atenção, Hiperatividade e Impulsividade*, enquanto na PHDA poderiam existir problemas apenas numa área (DSM-IV-TR, APA, 2002). Segundo os mesmos autores, esta distinção implica que ao estabelecermos o diagnóstico de PHDA, se torne essencial verificar se estão ou não reunidos os critérios para se classificar como Distúrbio Hiperkinético e, se tal não suceder, ter uma preocupação acrescida em analisar a presença de outro tipo de psicopatologia (Júlio, 2009).

## **1.2. Definição do conceito**

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é a condição psiquiátrica mais frequentemente diagnosticada

em crianças (*Attention Deficit Disorder*, 1995, cit. in Papalia, Olds & Feldman, 2001). Trata-se de uma perturbação neurodesenvolvimental complexa, de origem biológica, que se caracteriza por um padrão persistente de falta de atenção, impulsividade ou hiperatividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento (DSM-IV-TR, APA, 2002).

De acordo com o DSM-IV-TR, manual de referência para diagnóstico de PHDA no nosso país, estes sintomas devem ter-se manifestado antes dos 7 anos de idade. Esta perturbação é comumente caracterizada por desatenção persistente, impulsividade, baixa tolerância à frustração, distração e uma grande atividade em locais e tempos inadequados (*e.g.*, sala de aula).

Existem determinadas dificuldades associadas à PHDA, que começam usualmente numa idade precoce e são geralmente incessantes (Lahey *et al.*, 2004; Massetti *et al.*, 2008; Pierce *et al.*, 1999, cit. in DuPaul & Kern, 2011). Apesar de inicialmente se acreditar que a maioria das crianças com PHDA teria o seu problema resolvido na adolescência, é atualmente sabido que os sintomas permanecem na idade adulta (Ingram, Hechtman & Morgenstern, 1999, cit. in DuPaul & Kern, 2011). Estes mantêm-se problemáticos em aproximadamente 66% das crianças com PHDA quando estas se tornam adultas. Em aproximadamente 40% dos casos, os sintomas continuam a ser clinicamente significativos (Mannuzza & Klein, 2000, cit. in Wolraich & DuPaul, 2010).

Relativamente à sua etiologia, é pertinente salientar que a PHDA se trata de uma perturbação marcadamente hereditária. Numa recente revisão de estudos, ao serem comparados os contributos da hereditariedade e do meio, na explicação da PHDA, apurou-se que o peso da hereditariedade é de 0.76, o que aponta para a importância que os genes têm na predisposição para o desenvolvimento desta

perturbação (Biederman & Faraone, 2005). A PHDA tem sido encontrada mais frequentemente nos familiares biológicos em primeiro grau, do que na população em geral (DSM-IV-TR, APA, 2002).

Para além da hereditariedade existem outros fatores de risco que podem estar associados a esta patologia (*e.g.*, risco biológico, ambiental e psicossocial). Desta forma, a PHDA associa-se a problemas funcionais, em todas as idades, *problemas escolares* (baixo rendimento escolar e/ou risco mais elevado de retenção, necessidade de medidas educativas especiais), *problemas sociais* (dificuldades no relacionamento com os pares ou rejeição por parte destes, conflitos familiares), *problemas emocionais* (baixo autoconceito, frustração, teimosia ou insistência). Na idade adulta, a PHDA está associada a problemas laborais, maior predisposição para violação das regras de trânsito e acidentes de viação (DSM-IV-TR, APA, 2002; Barkley, 2006; Biederman & Faraone, 2005).

Uma das características peculiares da PHDA é a elevada taxa de comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas ou neurológicas, designadamente *Perturbação de Oposição*, *Perturbação do Comportamento Disruptivo*, *Perturbação da Ansiedade*, *Perturbação Depressiva*, *Perturbação de Tiques* e *Perturbação Obsessivo-Compulsiva* (Kadesjö & Gillberg, 2001; Barkley, 2002; Gillberg *et al.*, 2004, cit. in Nigg, Goldsmith & Sachek, 2004).

Tendo em conta a multiplicidade de dificuldades apresentadas por crianças com PHDA em várias áreas do desenvolvimento, importa referir, a importância da intervenção. Assim, é pertinente salientar que a PHDA é geralmente tratada com fármacos em combinação com técnicas de modificação comportamental, aconselhamento e estratégias de colocação ou adequação do aluno em sala de aula. Em cerca de 70 a 80% dos casos, o uso de medicação em combinação com estas estratégias podem ajudar a criança a concentrar-se e a reduzir a

sua hiperatividade/impulsividade (AAP Committee on Children with Disabilities and Committee on Drugs, 1996; McDaniel, 1986; “Ritalin Improves Behavior”, 1995; Zametkin, 1995, cit. in Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Assim, é essencial compreender que, pela sua natureza multidimensional, a intervenção não se pode reduzir a métodos isolados, sendo fulcral “uma visão holística que permita a combinação” de várias formas de intervenção (Shelton & Barkley, 1995; Goldstein & Goldstein, 1998, cit. in Júlio, 2009).

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), a PHDA pode ser classificada em três subtipos consoante a predominância dos sintomas assinalados.

### 1.3. Subtipos

Embora muitos sujeitos revelem sintomas de falta de atenção, hiperatividade ou impulsividade, existem indivíduos nos quais um destes padrões é predominante. Assim, é possível encontrar-se o diagnóstico de *PHDA subtipo Misto/Combinado*, se 6 (ou mais) sintomas de falta de atenção e 6 (ou mais) sintomas de hiperatividade/impulsividade persistirem pelo menos durante 6 meses. O diagnóstico de *PHDA subtipo Predominantemente Desatento* verifica-se se 6 (ou mais) sintomas de falta de atenção (mas menos do que 6 sintomas de hiperatividade/impulsividade) persistirem durante pelo menos 6 meses. Ainda, o diagnóstico de *PHDA subtipo Predominantemente Hiperativo/Impulsivo* encontra-se se 6 (ou mais) sintomas de hiperatividade/impulsividade (mas menos de 6 sintomas de falta de atenção) persistirem durante pelo menos 6 meses. Em tais casos, a falta de atenção pode muitas vezes ser uma característica clínica significativa (DSM-IV-TR, APA, 2002).

Os sujeitos que num estado precoce desta perturbação tinham o *subtipo Predominantemente Desatento* ou o *subtipo*

*Predominantemente Hiperativo/Impulsivo* podem vir a desenvolver o *subtipo Misto* ou vice-versa. O subtipo adequado é indicado com base no quadro de sintomas predominantes durante os últimos 6 meses. Se os sintomas clinicamente significativos permanecem, mas se já não se preenche qualquer dos critérios para qualquer um dos subtipos, o diagnóstico adequado é *PHDA Em Remissão Parcial* (DSM-IV-TR, APA, 2002).

Especificando mais este tópico, é pertinente citar alguns estudos que comparam o subtipo de PHDA com as dificuldades apresentadas pelas crianças. Assim, crianças com PHDA *subtipo Misto* concentram a maioria dos casos de comportamentos agressivos e de oposição (evidenciado em cerca de 50%), apresentando maiores dificuldades nos seus relacionamentos sociais (Millstein *et al.*, 1997; Murphy *et al.*, 2002; Souza, Serra, Mattos & Franco, 2001, cit. in Santos & Vasconcelos, 2010). Este dado permite notar que as crianças marcadas pela hiperatividade apresentarão uma maior tendência para comportamentos disruptivos e problemas sociais.

Segundo Maia e colaboradores (2011), crianças com PHDA *subtipo Predominantemente Desatento* manifestam maiores dificuldades cognitivas, com maior repercussão nas competências escolares e desempenho académico. Estes investigadores têm estudado ainda a variável autoconceito em crianças com os diversos subtipos de PHDA. Assim, crianças com PHDA *subtipo Predominantemente Desatento* têm níveis mais baixos de autoconceito relativamente ao seu desempenho escolar, enquanto crianças com PHDA *subtipo Misto* ou PHDA *subtipo Predominantemente Hiperativo/Impulsivo* têm níveis mais baixos de autoconceito relativamente ao seu comportamento.

Estes dados enfatizam que é no comportamento que as crianças marcadas pela hiperatividade/impulsividade sentem maiores dificuldades, enquanto aquelas onde a desatenção é mais evidente se

sentem inferiores a nível académico/escolar. Assim sendo, é possível notar que as investigações acerca do autoconceito das crianças com PHDA apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas e que estas diferenças se verificam tanto na severidade da perturbação quanto no subtipo.

#### 1.4. Prevalência

Estima-se que a PHDA afete 3% a 7% das crianças em idade escolar, sendo que as taxas variam de acordo com a natureza da amostra, o método de avaliação, o tipo de fonte de informação, e em função do sexo, da idade, do estatuto socioeconómico, da etnia e do meio de proveniência dos indivíduos (APA, 2002; Barkley, 2006).

Segundo Staller (2006), uma revisão recente acerca da prevalência da PHDA aponta que esta é mais frequente no sexo masculino do que no sexo feminino, numa proporção que oscila entre 2:1 e 9:1 (DSM-IV-TR, APA, 2002). Porém importa ressaltar que esta proporção é variável de estudo para estudo, dependendo da amostra ser da comunidade ou referenciada clinicamente (Figueira, 2010).

Segundo Rodrigues (2004), as amostras clínicas parecem não contribuir para um melhor conhecimento das diferenças entre o sexo masculino e feminino na PHDA, uma vez que podem estar enviesadas, pois é mais comum um rapaz ser enviado para um serviço especializado do que uma rapariga, o que perpetua a ideia de que a PHDA é mais prevalente no sexo masculino (Figueira, 2010).

A diferença existente na prevalência entre sexos depende do subtipo de PHDA (*e.g.*, o subtipo *Predominantemente Desatento* pode ter uma relação entre sexos menos pronunciada) e do ambiente (*e.g.*, é mais provável que as crianças referenciadas à clínica sejam do sexo masculino) (DSM-IV-TR, APA, 2002).

Os esforços levados a cabo para determinar a prevalência dos subtipos de PHDA nas raparigas dão-nos estimativas de 4% para o

*subtipo Predominantemente Desatento*, de 2,2% para o *subtipo Predominantemente Hiperativo/Impulsivo* e de 3,7% para o *subtipo Misto*, num total de 9,9% (Staller, 2006). Como é possível verificar, o sexo feminino é mais frequentemente diagnosticado com o *subtipo Predominantemente Desatento*, sendo estes sintomas menos visíveis. Assim, é perceptível que um maior número de rapazes seja diagnosticado com PHDA, pois os seus sintomas são mais visíveis (Parker, 1999, cit. in Figueira, 2010).

Vários estudos que têm sido realizados (Brown, Abramowitz, Dadan – Swain, Eckstrand & Dulcan; Nolan, Gadow, Saprakkin & Volpe, 1997, cit. in Barkley, 1998) apontam para a diferença de sexo que existe na PHDA. Estima-se que 50% a 75% da população feminina com PDHA não está diagnosticada, o que levanta a hipótese de existir um eventual subdiagnóstico desta perturbação nas raparigas (Adams, 2007; Littman, 2000; Quinn 2004, cit. in Figueira, 2010).

Atualmente, alguns estudos longitudinais sugerem que taxa de prevalência dos dados na adolescência e na idade adulta é inconsistente. A prevalência da PHDA em adultos na população geral varia de 2,5% a 8% (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas & Walters, 2005; Kooij *et al.*, 2005; Rohde *et al.*, 1998, cit. in Santos & Vasconcelos, 2010). De acordo com Barkley (2006), Biederman e Faraone (2005), cerca de 60% a 70% das crianças com PHDA apresentarão o diagnóstico na vida adulta.

Por último, importa salientar, que os sintomas de PHDA, particularmente a dificuldade de concentração e a impulsividade, podem persistir em cerca de 10-60% dos casos, no adulto (Weiss *et al.*, 1985; Mannuzza *et al.*, 1993), manifestando-se geralmente em adultos pouco organizados, com dificuldade na planificação das suas atividades, impacientes e com dificuldades na leitura e escrita. A causa permanece desconhecida, pensando-se resultar da interação

complexa de fatores genéticos e fatores de risco biológicos e do meio envolvente (Conners, 2003, cit. in Fernandes & António, 2004).

---

### **1.5. Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (DSM-IV-TR)**

**A.** (1) ou (2):

(1) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de **falta de atenção** devem persistir pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente em relação com o nível de desenvolvimento:

*Falta de atenção:*

(a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades;

(b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades;

(c) com frequência parece não ouvir quando se lhe fala diretamente;

(d) com frequência não segue instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções);

(e) com frequência tem dificuldade em organizar tarefas e atividades;

(f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (*e.g.*, trabalhos escolares ou de índole administrativa);

(g) com frequência perde objetos necessários a tarefas ou atividades (*e.g.*, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);

(h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;

(i) esquece-se com frequência das atividades quotidianas.

(2) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de **hiperatividade/impulsividade** persistiram pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente em relação com o nível de desenvolvimento:

*Hiperatividade:*

(a) com frequência movimentava excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;

(b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações



em que se espera que esteja sentado;

(c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescentes e adultos pode limitar-se a sentimentos subjetivos de impaciência);

(d) com frequência tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;

(e) com frequência «anda» ou só atua como se estivesse «ligado a um motor»;

(f) com frequência fala em excesso;

(g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;

*Impulsividade:*

(h) com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez;

(i) com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (e.g., intromete-se nas conversas ou jogos);

**B.** Alguns sintomas de hiperatividade/impulsividade ou de falta de atenção que causam défices surgem antes dos 7 anos de idade.

**C.** Alguns défices provocados pelos sintomas estão presentes em dois ou mais contextos [e.g., escola (ou trabalho) e em casa].

**D.** Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social, académico ou laboral.

**E.** Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante uma *Perturbação Global do Desenvolvimento*, *Esquizofrenia* ou outra *Perturbação Psicótica* e não são melhor explicados por outra perturbação mental (e.g., *Perturbação do Humor*, *Perturbação da Ansiedade*, *Perturbação Dissociativa* ou *Perturbação da Personalidade*).

Codificação baseada no tipo:

**Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Misto:** se estão preenchidos os Critérios A1 e A2 durante os últimos seis meses.

**Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Desatento:** se está preenchido o Critério A1 mas não o Critério A2 durante os últimos seis meses.

**Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Hiperativo/Impulsivo:** se o Critério A2 está preenchido mas não o Critério A1 durante os últimos seis meses.

(DSM-IV-TR, APA, 2002, p. 92-93)

## 2. Autoconceito

A importância do autoconceito tem vindo a ser progressivamente salientada no campo da Psicologia da Educação, da Psicologia Social ou da Psicologia Clínica (Veiga, 2006).

O autoconceito é a imagem que temos de nós próprios. É aquilo que acreditamos ser, o quadro global das nossas capacidades e traços. Segundo Harter (1993), trata-se de uma estrutura cognitiva com tonalidades emocionais e consequências comportamentais, um “sistema de representações descritivas e avaliativas acerca do *self*”, que determina como nos sentimos acerca de nós próprios e orienta as nossas ações (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Rosenberg (1975), um dos autores que maior repercussão tem tido neste âmbito, definiu-o como “a totalidade dos pensamentos e sentimentos de um indivíduo que fazem referência a si mesmo como um objeto”. Trata-se de uma entidade com múltiplas facetas, que acarreta uma dimensão social e aprende-se em consequência das experiências de interação com o mundo físico e com as pessoas (Quiles & Espada, 2008).

Como realidade psíquica complexa que é, dentro do autoconceito podem distinguir-se várias áreas ou autoconceitos específicos: *académico* (abraça a conceção que um indivíduo tem de si mesmo como estudante e como resultado de um conjunto de experiências, sucessos, fracassos e variações académicas, experimentadas ao longo dos anos escolares), *social* (inclui sentimentos de si mesmo quanto à amizade e é consequência das relações sociais), *pessoal e emocional* (refere-se aos sentimentos de bem-estar e satisfação, ao equilíbrio emocional, à segurança e confiança nas suas capacidades), *familiar* (reflete os seus próprios sentimentos como membro da família; será positivo se o indivíduo se

identificar como membro querido da família, a quem é dado valor e se sente seguro do amor e respeito que recebe dos pais e irmãos), *global* (avaliação geral de si mesmo, reflete-se em sentimentos como “em geral estou satisfeito com a pessoa que sou”) (Pope, McHale & Graighead, 1996; Sureda, 2001). O autoconceito corresponde à descrição mental que o indivíduo faz de si mesmo na dimensão cognitiva, afetiva e comportamental, em cinco áreas específicas: trabalho/escola, família, relações sociais, aspeto físico e ético-moral (Quiles & Espada, 2008).

Shapka e Keating (2005) destacam a existência de diferenças significativas entre sexos, no autoconceito das crianças. Assim sendo, crianças do sexo masculino tendem a apresentar um autoconceito global mais positivo, do que crianças do sexo feminino (Veiga, 1995; Harter, 1999; Marsh, 1989, cit. in Clemente, 2008). Outro aspeto interessante remete para a idade das crianças, segundo alguns autores (Marsh, 1989; Marsh, Barnes, Cairns & Tidman, 1984), existe um declínio do autoconceito global desde a idade de entrada na escola até ao final da adolescência, demonstrando que crianças mais novas apresentam tendência para um autoconceito mais positivo do que crianças mais velhas (Shapka & Keating, 2005).

A fim de melhor compreender esta realidade, Houck e colaboradores (1999) referem que um autoconceito positivo nas crianças está fortemente associado com a melhoria do seu desempenho académico, relações sociais saudáveis e seguras, bem como um desenvolvimento salutar ao longo das várias etapas de crescimento (Houck *et al.*, 2011). Por contraponto, um autoconceito mais negativo tem sido associado a problemas específicos, que incluem *depressão* (Battle *et al.*, 1988; Renouf, Kovacs & Mukerji, 1997), *enurese* (Hagglof *et al.*, 1997), *PHDA* (Minchom *et al.*, 1995; Graetz, Sawyer, & Baghurst, 2005; Demaray & Elliot, 2001), *obesidade* (Kimm *et al.*, 1992) e *experiências de abuso sexual*

(Hibbard *et al.*, 1992, cit. in Sukumaran *et al.*, 2003). Todos estes problemas que derivam de um autoconceito mais negativo têm sido motivo de preocupação não só por parte de pais e educadores, como também de investigadores que se dedicam a estudar questões deste âmbito.

Pisecco e colaboradores (2001) constataram que um autoconceito mais negativo, especialmente no que diz respeito às competências académicas, contribui para o desenvolvimento de PHDA, no início da adolescência, influenciando a maneira como as crianças/adolescentes percebem as suas competências académicas.

Habitualmente, os problemas que causam maior preocupação e que são mais precocemente assinalados, por serem mais visíveis são problemas como a hiperatividade, a delinquência e a agressividade, referidos como comportamentos de externalização (Achenbach, 1991; Achenbach & Edelbrock, 1978; Edelbrock & Achenbach, 1984). No entanto, outros comportamentos “menos visíveis”, como inibição, ansiedade e depressão, i.e., comportamentos de internalização (Achenbach, 1991; Achenbach & Edelbrock, 1978; Edelbrock & Achenbach, 1984), podem ser igualmente problemáticos (Clemente, 2008).

Graetz e colaboradores (2001) observaram que crianças com PHDA, *subtipo Predominantemente Desatento*, tendem a envolver-se em comportamentos de internalização e a terem um autoconceito mais negativo do que crianças com PHDA, *subtipo Predominantemente Hiperativo/Impulsivo* que tendem a envolver-se em comportamentos de externalização e a apresentarem um autoconceito menos negativo. Da mesma forma, estes investigadores constataram que crianças com PHDA, *subtipo Predominantemente Desatento*, e comportamentos de externalização tinham um autoconceito mais negativo, do que aquelas que apenas tinham PHDA, *subtipo Predominantemente Desatento* ou então que apresentavam PHDA, *subtipo Predominantemente*

*Hiperativo/Impulsivo* e comportamentos de externalização (Houck *et al.*, 2011).

Outro aspecto importante que Houck e colaboradores (2011) estudaram diz respeito ao sexo da criança com PHDA. Neste caso, as raparigas tendem a exibir mais comportamentos de internalização e menos comportamentos de externalização que os rapazes, e tendem a apresentar conseqüentemente um autoconceito mais negativo. Dada a tendência para os comportamentos de internalização, o diagnóstico nas raparigas é feito mais tardiamente.

Por último, existe outro dado interessante que Houck e colaboradores (2011) sugerem que remete para a duração da PHDA na vida da criança. Ou seja, crianças que convivem com a perturbação há mais anos apresentam um autoconceito mais negativo. Assim sendo, é possível perceber que a durabilidade da perturbação na vida da criança afeta a percepção que esta tem de si mesma e da sua imagem. Este dado pode ser relevante no momento da intervenção, para perceber quais as necessidades da criança e compreender melhor o processo pelo qual está a passar.

### **3. Qualidade de vida**

Apesar de ser uma área de pesquisa relativamente recente, vários têm sido os investigadores que se dedicam ao estudo da qualidade de vida e que têm ampliado o campo de discussão, incorporando novos pontos de vista. Segundo Gill e Feisntein (1994), o conceito de qualidade de vida inclui elementos importantes da vida das pessoas como trabalho, família, amigos, e outras circunstâncias do quotidiano. Do mesmo modo, Tani (2002) salienta que determinados aspetos da nossa vida como felicidade, amor e liberdade são essenciais ao nosso bem-estar e qualidade de vida (Pereira, Teixeira & Santos, 2012).

Atualmente os conceitos mais vigentes apontam para a multiplicidade de dimensões discutidas nas abordagens gerais ou holísticas. De acordo com Minayo, Hartz e Busse (2000), o termo qualidade de vida refere-se ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores, tratando-se de uma construção social com a marca da relatividade cultural (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012). Tendo em conta estas abordagens, é possível notar o valor atribuído ao contexto social e cultural, que considera questões como bem-estar, satisfação nas relações sociais e ambientais, experiências, valores e expectativas em relação ao conforto e bem-estar.

Em 2009, Walters aborda questões similares, definindo qualidade de vida como um conceito complexo com múltiplas dimensões (funcionamento cognitivo, emocional, bem-estar psicológico, saúde em geral e/ou funcionamento físico). Também Gonçalves (2004) remete este conceito para o estilo de vida do sujeito, tendo em conta os hábitos aprendidos e adotados durante a vida, relacionados com a realidade familiar, ambiental e social. A qualidade de vida remete para ações que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida do sujeito, em que devem ser considerados elementos como, controlo do *stress*, nutrição equilibrada, atividade física regular, relacionamentos sociais e cuidados preventivos com a saúde (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012).

Ambas as definições supramencionadas fazem referência ao conceito de saúde, que tem sido cada vez mais empregue quando se aborda esta temática. Assim, a definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998) foi uma das primeiras a declarar que a saúde é um *estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença e enfermidade*, abrangendo diferentes vertentes da saúde, física, mental e social. Leidy e

colaboradores (1999) vão ao encontro desta definição, descrevendo qualidade de vida como *a percepção subjetiva do indivíduo acerca do impacto do seu estado de saúde físico e mental, no seu funcionamento físico, psicológico e social* (Walters, 2009).

Após ter sido traçado um panorama geral acerca das várias definições de qualidade de vida, importa ressaltar alguns estudos sobre a percepção de qualidade de vida em crianças. Assim, Gaspar e Matos (2011) estudaram as diferenças no que respeita à percepção de qualidade de vida em função do sexo. Assim, compararam rapazes com raparigas quanto à sua percepção sobre a própria qualidade de vida e encontraram diferenças significativas, sendo que os rapazes apresentam valores médios mais elevados do que as raparigas, ou seja apresentam, tendencialmente, uma percepção de qualidade de vida mais positiva. Outra conclusão desta investigação remete para a idade das crianças. Neste estudo foram analisadas a relação entre dois grupos etários, 10-11 anos (crianças mais novas) e 12 anos (crianças mais velhas) quanto à sua percepção de qualidade de vida e encontraram-se diferenças significativas. O grupo das crianças mais novas apresenta valores médios mais elevados do que o grupo das crianças mais velhas, ou seja, as primeiras apresentam uma percepção de qualidade de vida mais positiva do que as segundas.

Como foi visto, o conceito de qualidade de vida tem sido definido de várias formas, mas todas as definições, em maior ou menor grau, apontam para um estado ideal ou bem-estar geral que os indivíduos experimentam no seu dia-a-dia, numa vasta gama de domínios (Danckaerts *et al.*, 2010).

Quando na vida da criança ou adolescente não estão presentes os fatores que possibilitam um bem-estar físico e psicológico, uma boa saúde mental, quando não estão reunidas as condições para que a qualidade de vida esteja presente, surgem alguns problemas ou doenças do foro psicológico que poderão prejudicar este bem-estar.

Estas doenças interagem de um modo complexo na qualidade de vida de cada um e têm um forte impacto na capacidade do indivíduo se envolver efetivamente nas atividades do dia-a-dia, acarretando consequências negativas no seu bem-estar geral (Danckaerts *et al.*, 2010).

Na infância, o impacto destas doenças na qualidade de vida é visível em distúrbios como comportamento de oposição ou PHDA. Danckaerts e colaboradores (2010) estudaram os efeitos da PHDA na percepção de qualidade de vida das crianças e notaram, através de questionários de autorrelato de pais de crianças com diagnóstico de PHDA e crianças com diagnóstico de PHDA que existem discrepâncias, sendo os segundos tendencialmente mais positivos. Ou seja, é possível notar que os pais tendencialmente subavaliavam a qualidade de vida dos filhos, relatando-a como menos positiva. Tendo em conta esta discrepância, Klassen e colaboradores (2006) sugeriram alguns fundamentos explicativos desta tendência, que apontam para o facto de as crianças com PHDA poderem querer minimizar os seus problemas ou ignorá-los como forma de lidar com eles. Ainda, tendo em conta que a percepção da qualidade de vida é muitas vezes avaliada com recurso a instrumentos de autorrelato ou autoavaliação torna-se perceptível que a característica hiperativa/impulsiva destas crianças as faça apressar-se a responder aos questionários, impedindo que estes traduzam medidas objetivas da percepção de qualidade de vida. Outra conclusão dos autores remete para a gravidade da PHDA e as comorbilidades, quanto maior for a severidade da perturbação ou se existirem outras perturbações em comorbilidade, mais reduzida será a qualidade de vida destas crianças (Danckaerts *et al.*, 2010)

Os estudos publicados até ao momento corroboram o impacto da PHDA na percepção de qualidade de vida das crianças, todavia, futuramente, seriam necessárias novas investigações no sentido de explorar as propriedades psicométricas dos instrumentos de



autorresposta e também encontrar novos métodos que combinem as formas de questionários e de entrevistas, para validar novas medidas da qualidade de vida (Danckaerts *et al.*, 2010).

## II - Objetivos

Esta investigação tem como objetivos:

- a) Estudar a influência da PHDA nas variáveis autoconceito e percepção de qualidade de vida em crianças com idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos;
- b) Verificar se crianças com diagnóstico de PHDA apresentam, em média, um autoconceito menos positivo e percepção de qualidade de vida menos positiva do que crianças sem este diagnóstico;
- c) Contribuir para o desenvolvimento de novas investigações que avaliem a influência da PHDA no autoconceito e percepção de qualidade de vida das crianças.

Tendo em conta a revisão teórica deste estudo, surgem as seguintes hipóteses:

*H1:* Existem diferenças estatisticamente significativas, no que respeita ao autoconceito e à percepção de qualidade de vida, em função do sexo, relativamente à amostra total;

*H2:* Crianças mais novas apresentam autoconceito mais positivo e percepção de qualidade de vida mais positiva do que crianças mais velhas, quanto à amostra total;

*H3.a:* Crianças sem diagnóstico de PHDA apresentam autoconceito mais positivo do que crianças com diagnóstico de PHDA;

*H3.b:* Crianças sem diagnóstico de PHDA apresentam percepção de qualidade de vida mais positiva do que crianças

com diagnóstico de PHDA;

### III - Metodologia

#### 1. Amostra

A presente investigação inclui duas amostras: uma amostra clínica constituída por crianças diagnosticadas com PHDA e uma amostra de controlo, de crianças da comunidade, sem qualquer perturbação do desenvolvimento (diagnosticada).

A amostra clínica foi recolhida no Centro de Desenvolvimento da Criança Luís Borges (CDLB), do Hospital Pediátrico de Coimbra. Neste estudo participaram crianças referenciadas para a Consulta de Hiperatividade. O pedido de consulta fazia referência à existência de dificuldades ao nível da atenção/concentração ou comportamentos sugestivos de hiperatividade/impulsividade.

Para esta amostra, os *critérios de inclusão* foram os seguintes:

- a) Idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos.
- b) Pedido específico de consulta de Hiperatividade no CDLB.
- c) Critérios de diagnóstico do *DSM-IV-TR* para PHDA (APA, 2002).
- d) Quociente de Inteligência na Escala Completa (QIEC) igual ou superior a 90 (WISC-III; Wechsler, 2003).
- e) Consentimento informado para participação nesta investigação.

Ainda, os *critérios de exclusão* para esta amostra foram:

- a) Deficiência mental, epilepsia, traumatismo crânio-encefálico, doença pervasiva do desenvolvimento, outras perturbações neurológicas ou psiquiátricas e/ou doença crónica.

Relativamente à caracterização da amostra total, é pertinente averiguar que é composta por 50 crianças, sendo 33 do sexo masculino (66%) e 17 do sexo feminino (34%). Ainda, 25 (50%) destas crianças frequentam o 5º ano de escolaridade e 25 (50%) frequentam o 6º ano de escolaridade. Quanto às idades das crianças da amostra total, estas variam entre 10 e 12 anos, sendo a média 11 (10,88) anos.

Especificando, a amostra clínica é composta por 25 crianças, sendo 17 do sexo masculino (68%) e 8 do sexo feminino (32%). Existem 9 crianças com 10 anos de idade (36%), 6 com 11 anos (24%) e 10 com 12 anos (40%) (*Tabela 1*). Importa salientar que se procurou encontrar 25 crianças da comunidade (amostra de controlo), que correspondessem, nas mesmas características, às crianças da amostra clínica, exceto no diagnóstico de PHDA.

**Tabela 1 – Características da amostra clínica referentes às variáveis sexo e idade.**

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
	17	68	8	32	25	100
<b>Idades</b>						
<b>10</b>	6	35,3	3	37,5	9	36
<b>11</b>	4	23,5	2	25	6	24
<b>12</b>	7	41,1	3	37,5	10	40

Quanto à amostra de controlo, é constituída por 25 crianças, sendo 16 do sexo masculino (64%) e 9 do sexo feminino (36%). Ainda, existem 13 sujeitos com 10 anos de idade (52%), 6 sujeitos com 11 anos (24%) e 6 sujeitos com 12 anos (24%) (*Tabela 2*).

**Tabela 2 - Características da amostra de controlo referentes às variáveis sexo e idade.**

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
	16	64	9	36	25	100
<b>Idades</b>						
<b>10</b>	9	56,2	4	44,4	13	52
<b>11</b>	2	12,5	4	44,4	6	24
<b>12</b>	5	31,2	1	11,1	6	24

## 2. Instrumentos

### **2.1. Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCS-2)**

(Piers, 1984, tradução portuguesa Veiga, 1989)

O *PHCSCS* trata-se de um instrumento de autoavaliação do autoconceito originariamente desenvolvido na década de 60 por Piers e Harris (1964), com edição revista na década de oitenta (1984). Culminando um cuidadoso processo de revisão, surge a versão do *PHCSCS-2* reduzida a 60 itens. Os objetivos gerais deste processo foram aumentar as qualidades psicométricas e a facilidade de utilização da escala, preservando as características que têm contribuído para o seu sucesso (Veiga, 2006).

A versão americana de 60 itens continua, à semelhança do que acontecia na versão inicial de 80 itens, a manter determinados itens em mais que um fator, de acordo com a saturação havida, pelo que, nessa mesma versão, a pontuação total dos itens pode atingir o valor 77 (Piers & Herzberg, 2002). Na versão portuguesa reduzida a 60 itens, optou-se pela colocação de cada um dos itens em apenas um fator. Esta decisão foi tomada atendendo à saturação do item, ao conteúdo semântico e à validade aparente do mesmo item, bem como à proximidade com a versão americana (Veiga, 2006)

O *PHCSCS* apresenta, quer na sua versão original quer na versão reduzida a 60 itens, seis fatores: *aspeto comportamental* (AC), *estatuto intelectual e escolar* (EI), *aparência e atributos físicos* (AF), *ansiedade* (AN), *popularidade* (PO), *satisfação e felicidade* (SF). Para a determinação da pontuação no item, é atribuído um ponto ou zero, conforme a resposta dada seja reveladora, respetivamente, de uma atitude positiva ou negativa face a si mesmo. Por exemplo, no item 1 (“Os meus colegas de turma troçam de mim”) a pontuação é 1 se a resposta for “não” e 0 se a resposta for “sim” (Veiga, 2006).

O *PHCSCS* é destinado para aplicação a crianças e adolescentes entre o 2º e 12º ano de escolaridade. A administração só deve ocorrer no 2º ano se as crianças tiverem pelo menos 7 anos e revelarem competências de leitura. Pode ser utilizada com adolescentes até aos 18 anos. A escala deve ser aplicada individualmente ou em pequenos grupos (Veiga, 2006).

## **2.2. Kidscreen 27 - A perceção de qualidade de vida em crianças e adolescentes** (Gaspar & Matos, 2011)

O *Kidscreen-52* é um instrumento genérico, que pode ser utilizado para medição, monitorização e avaliação. Trata-se de um instrumento que mede a saúde geral associada à perceção de qualidade de vida em crianças e adolescentes. Foi desenvolvido no âmbito do projeto Europeu “*Screening and Promotion for Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective*” criado pela Comissão Europeia. É aplicável a crianças e adolescentes entre os 8 e os 18 anos de idade e aos seus pais, no âmbito da saúde e da doença crónica. É um questionário de auto preenchimento. O tempo de aplicação é de 10 a 15 minutos (Matos *et al.*, 2006; Ravens-Sieberer *et al.*, 2001; *The Kidscreen Group Europe*, 2006) (Gaspar & Matos, 2011).

O instrumento *Kidscreen-27* é uma versão reduzida do *Kidscreen-52*. Na sua forma reduzida, este instrumento comporta 27 itens selecionados da versão original, agrupados em 5 dimensões: *bem-estar físico (BEF)* (avalia o nível de prática de atividade física, energia e resistência da criança/adolescente, o modo como se sente em relação à sua saúde); *bem-estar psicológico (BEP)* (explora as emoções positivas, a satisfação com a vida, percepção de felicidade, otimismo); *autonomia e relação com os pais (ARP)* (examina a qualidade de interação entre a criança/adolescente e os seus pais/cuidadores, a forma como se sente amada e apoiada pela família); *suporte social e grupo de pares (SSGP)* (considera as relações sociais e os amigos, a qualidade das interações entre a criança/adolescente e o grupo de pares e o apoio percebido); *ambiente escolar (AE)* (explora a percepção que a criança/adolescente tem das suas capacidades cognitivas, de aprendizagem e concentração) (Gaspar & Matos, 2011).

O *Kidscreen-27* pode ser utilizado em diversos estudos epidemiológicos e como instrumento complementar em estudos de monitorização com crianças e adolescentes com doença crónica, para as quais é fundamental avaliar também aspetos específicos da doença (Gaspar & Matos, 2011).

### **3. Procedimento**

Tendo em vista que a amostra do presente estudo foi recolhida em dois locais distintos, CDLB e Escola do Ensino Básico do Distrito de Coimbra, importa referir exatamente o modo como tal foi realizado.

Relativamente ao primeiro local (CDLB), é pertinente salientar que, após ter sido explicado o intuito da presente investigação, foi obtido consentimento por parte dos pais/cuidadores das crianças. Assim, numa primeira consulta, foi realizada uma entrevista clínica semiestruturada com base nos critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (APA, 2002) para investigar a presença ou não de PHDA, tendo-se

procedido também à recolha de informações essenciais à prossecução desta investigação. Após estarem preenchidos os critérios de inclusão do presente estudo, foram dadas instruções às crianças no sentido de perceberem o intuito daquilo que iriam fazer de seguida, bem como o modo de responder aos questionários. Desta forma, foram preenchidos os cabeçalhos com algumas informações fulcrais para o estudo. Apesar de os nomes das crianças aparecerem no cabeçalho, estes não foram explicitados em nenhum lugar da investigação, salvaguardando assim a confidencialidade dos dados. Num primeiro momento foi administrada a escala de autoconceito, *PHCSCS-2* e num segundo momento o instrumento que mede a perceção de qualidade de vida em crianças e adolescentes, *Kidscreen 27*.

Quanto à amostra recolhida na escola, foi novamente explicado o intuito da investigação e, posteriormente, obtido consentimento por parte da diretora. Assim, foram agendadas as datas e os horários mais convenientes para os professores de cada disciplina, onde iriam ser aplicados os instrumentos. No final do procedimento foram feitos os devidos agradecimentos, à diretora da escola, professores, às crianças e aos utentes do CDLB. A administração e cotação dos testes do protocolo foram sempre realizadas num registo standardizado.

#### **IV - Resultados**

Presentemente irá ser apresentada a informação obtida a partir do tratamento dos dados recolhidos, utilizando, para esse efeito, o programa de análise estatística, IBM-SPSS para o Windows, versão 20.0.

##### **1. Estudo I: características psicométricas dos testes**

Relativamente à escala total do autoconceito (*PHCSCS-2*) obteve-se um valor de alfa de *Cronbach* de 0.761 – valor inferior ao coeficiente encontrado no estudo de Veiga (2006) (alfa de *Cronbach* =

>0.85). Porém, importa ressaltar que um valor alfa de *Cronbach* de 0.761 é considerado *alto*<sup>1</sup>, tendo em conta a classificação de Pestana e Gageiro (2008). Verificou-se ainda que alguns valores de correlação de cada item com a escala total se situavam entre 0.201 e 0.540, embora muitos deles apresentassem valores de correlação inferiores a 0.200. Tendo em consideração a classificação de Pestana e Gageiro (2008), um valor de consistência interna de 0.40 já seria considerado válido, indicando uma boa consistência interna do instrumento.

Quanto à escala total da percepção da qualidade de vida (*Kidscreen 27*) obteve-se um valor de alfa de *Cronbach* de 0.830, e correlações item-total entre 0.328 e 0.645, havendo apenas 6 itens que apresentam valores de correlação inferiores. Estes valores indicam uma *boa* consistência interna da escala.

## 2. Estudo II: diferenças associadas ao sexo

Pela observação da *Tabela 3*, é possível constatar que as médias dos sujeitos do sexo masculino nas variáveis em estudo foram superiores às do sexo feminino, exceção feita no fator AC e EI da variável autoconceito.

Quanto à variável percepção de qualidade de vida, as médias dos sujeitos do sexo masculino foram superiores às do sexo feminino nas subescalas deste instrumento; note-se que estas diferenças não são estatisticamente significativas.

---

<sup>1</sup> No sentido de avaliar o índice de consistência interna, adotaram-se os valores de referência indicados por Pestana e Gageiro (2008), os quais consideram que a consistência interna é *muito baixa* ( $\alpha < .20$ ); *baixa* ( $.20 < \alpha < .39$ ); *moderada* ( $.40 < \alpha < .69$ ); *alta* ( $.70 < \alpha < .89$ ) e *muito alta* ( $.90 < \alpha < 1$ ).



**Tabela 3 - Médias e desvios-padrão das variáveis em estudo segundo a variável sexo.**

	Masculino (N=33)		Feminino (N=17)		<i>p</i>
	M	DP	M	DP	
ACT <sup>1</sup>	45,848	6,134	44,764	5,804	n.s.
AC	10,312	2,085	10,882	2,497	n.s.
AN	5,000	1,457	4,352	1,800	n.s.
EI	9,031	2,334	9,375	1,784	n.s.
PO	8,151	1,416	7,529	1,874	n.s.
AF	5,787	1,815	5,352	1,271	n.s.
SF	7,575	0,662	7,294	0,985	n.s.
QVT <sup>2</sup>	116,545	11,255	111,882	14,395	n.s.
BEF	20,787	3,199	18,941	3,648	n.s.
BEP	31,454	2,784	30,117	4,755	n.s.
ARP	29,818	4,646	29,176	4,111	n.s.
SSGP	18,636	1,834	18,058	2,794	n.s.
AE	15,848	2,463	15,588	2,739	n.s.

<sup>1</sup> Autoconceito total

<sup>2</sup> Qualidade de vida total

n.s. – As diferenças não são estatisticamente significativas.

### 3. Estudo III: diferenças associadas à idade

Analisando a *Tabela 4*, é possível destacar, quanto à variável autoconceito, que as médias dos sujeitos com 10 anos de idade são superiores às das restantes faixas etárias, tanto em termos globais como em termos dos fatores da escala. A única exceção encontrada situa-se no fator AN e PO, cujas pontuações mais elevadas pertencem às faixas etárias, 12 e 11 anos, respetivamente.

Quanto à variável percepção de qualidade de vida, importa referir que as médias dos sujeitos com 12 anos de idade são superiores às das restantes faixas etárias, tanto em termos gerais como em termos dos fatores constituintes da escala, à exceção do AE, cuja pontuação

mais elevada pertence à faixa etária dos 10 anos. Importa salientar que as diferenças observadas só são estatisticamente significativas no fator AN e AE.

**Tabela 4 - Médias e desvios-padrão das variáveis em estudo segundo a variável idade.**

Variável	Idade	N	M	DP	<i>p</i>
ACT	10	22	45,818	5,560	n.s.
	11	12	45,500	7,229	
	12	16	45,000	5,921	
AC	10	22	10,772	2,223	n.s.
	11	12	10,333	2,424	
	12	15	10,266	2,186	
AN**	10	22	4,045	1,326	0,007
	11	12	5,000	1,906	
	12	16	5,625	1,258	
EI	10	21	9,476	2,204	n.s.
	11	11	9,363	2,157	
	12	16	8,562	2,096	
PO	10	22	7,909	1,797	n.s.
	11	12	8,333	1,073	
	12	16	7,687	1,662	
AF	10	22	6,000	1,447	n.s.
	11	12	5,083	1,621	
	12	16	5,562	1,896	
SF	10	22	7,636	0,657	n.s.
	11	12	7,416	0,996	
	12	16	7,312	0,793	
QVT	10	22	114,454	13,755	n.s.
	11	12	111,416	14,311	
	12	16	118,3125	8,372	
BEF	10	22	19,727	4,096	n.s.
	11	12	19,000	2,923	
	12	16	21,625	2,276	

BEP	10	22	30,818	3,672	n.s.
	11	12	30,333	4,579	
	12	16	31,750	2,594	
ARP	10	22	29,227	4,450	n.s.
	11	12	29,750	5,029	
	12	16	30,000	4,211	
SSGP	10	22	18,363	2,341	n.s.
	11	12	18,250	2,598	
	12	16	18,687	1,740	
AE*	10	22	16,318	2,378	0,028
	11	12	14,083	2,391	
	12	16	16,250	2,435	

A correlação é estatisticamente significativa se, \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ .

n.s. – As diferenças não são estatisticamente significativas.

Relativamente à variável idade foram ainda feitas comparações entre faixas etárias (*Testes Post Hoc*) e constatou-se que existem diferenças significativas entre as faixas etárias dos 10 e 11 anos ( $p < 0,05$ ) e 11 e 12 anos ( $p < 0,05$ ), no fator AE, sendo que as crianças com 10 anos têm pontuação mais elevada no fator AE que as de 11 anos, e as de 11 anos têm pontuação menos elevada no fator AE do que as de 12 anos. Mais, existem diferenças significativas entre os 10 e 12 anos de idade no fator AN ( $p < 0,05$ ), sendo que as crianças com 10 anos têm pontuação menos elevada no fator AN do que as de 11 anos, e as de 11 anos têm pontuação menos elevada no fator AN do que as de 12 anos.

#### 4. Estudo IV: diferenças associadas à PHDA

Observando a *Tabela 5*, é possível notar que as médias dos sujeitos sem PHDA (N=25) foram superiores às dos sujeitos com diagnóstico de PHDA (N=25) em todas as variáveis em estudo, em termos globais e factoriais; no entanto, estas diferenças só foram significativas nas variáveis *ACT*, *AC*, *EI*, *SF*, *QVT*, *BEP* e *SSGP*

( $p < 0,05$ ).

**Tabela 5 - Médias e desvios-padrão das variáveis em estudo nos grupos experimental e de controlo.**

	Sem PHDA (N=25)		Com PHDA (N=25)		<i>p</i>
	M	DP	M	DP	
ACT**	48,160	4,879	42,800	5,866	0,001
AC**	11,360	1,468	9,625	2,550	0,005
AN	5,000	1,707	4,560	1,474	n.s.
EI**	10,130	2,051	8,240	1,854	0,002
PO	8,120	1,423	7,760	1,762	n.s.
AF	5,760	1,738	5,520	1,584	n.s.
SF**	7,880	0,331	7,080	0,909	0,000
QVT**	119,400	10,348	110,520	13,003	0,010
BEF	20,800	3,840	19,520	2,917	n.s.
BEP*	32,120	3,086	29,880	3,756	0,026
ARP	30,880	4,294	28,320	4,288	n.s.
SSGP*	19,160	1,280	17,720	2,669	0,019
AE	16,440	2,364	15,080	2,564	n.s.

As diferenças são estatisticamente significativas se, \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ .

n.s. – As diferenças não são estatisticamente significativas.

## 5. Estudo V: correlações entre as variáveis

Como é possível verificar pela observação da *Tabela 6*, o *ACT* encontra-se correlacionado de forma significativa, positiva e moderada com o *AC* ( $r=0,644$ ,  $p=0,000$ ), a *AN* ( $r=0,477$ ,  $p=0,000$ ), o *EI* ( $r=0,695$ ,  $p=0,000$ ), a *PO* ( $r=0,620$ ,  $p=0,000$ ), a *AF* ( $r=0,497$ ,  $p=0,000$ ) e a *SF* ( $r=0,702$ ,  $p=0,000$ ). Ainda, é possível verificar que a *PO* se encontra correlacionada de forma positiva e moderada com o *EI* ( $r=0,340$ ,  $p=0,018$ ). A *AF* encontra-se correlacionada de forma positiva com o *EI* ( $r=0,356$ ,  $p=0,013$ ) e com a *PO* ( $r=0,309$ ,  $p=0,029$ ).

Quanto à *SF*, correlaciona-se positiva e moderadamente com a *AN* ( $r=0,329$ ,  $p=0,020$ ), o *EI* ( $r=0,342$ ,  $p=0,017$ ) e a *PO* ( $r=0,331$ ,  $p=0,019$ ).

**Tabela 6 - Correlações entre a variável autoconceito e respectivas subescalas.**

	1	2	3	4	5	6	7
1 – ACT	-						
2 – AC	0,644**	-					
3 – AN	0,477**	n.s.	-				
4 – EI	0,695**	n.s.	n.s.	-			
5 – PO	0,620**	n.s.	n.s.	0,340*	-		
6 – AF	0,497**	n.s.	n.s.	0,356*	0,309*	-	
7 – SF	0,702**	n.s.	0,329*	0,342*	0,331*	n.s.	-

As diferenças são estatisticamente significativas se, \*\* $p<0,01$ ; \* $p<0,05$ .

n.s. – As diferenças não são estatisticamente significativas.

A *Tabela 7* mostra que a *QVT* se correlaciona de forma positiva e moderada com o *BEF* ( $r=0,730$ ,  $p=0,000$ ), o *BEP* ( $r=0,823$ ,  $p=0,000$ ), a *ARP* ( $r=0,799$ ,  $p=0,000$ ), o *SSGP* ( $r=0,736$ ,  $p=0,000$ ) e com o *AE* ( $r=0,727$ ,  $p=0,000$ ). É possível verificar ainda que a variável *BEP* se correlaciona positiva e moderadamente com o *BEF* ( $r=0,548$ ,  $p=0,000$ ). A *ARP* correlaciona-se de uma forma positiva e moderada com o *BEF* ( $r=0,426$ ,  $p=0,002$ ) e com *BEP* ( $r=0,460$ ,  $p=0,001$ ). O *SSGP* apresenta uma correlação moderada e positiva com o *BEP* ( $r=0,529$ ,  $p=0,000$ ) e *ARP* ( $r=0,678$ ,  $p=0,000$ ). Ainda, o *AE* encontra-se correlacionado moderada e positivamente com o *BEF* ( $r=0,487$ ,  $p=0,000$ ), *BEP* ( $r=0,624$ ,  $p=0,000$ ), *ARP* ( $r=0,361$ ,  $p=0,010$ ) e *SSGP* ( $r=0,463$ ,  $p=0,001$ ).

**Tabela 7 - Correlações entre a variável percepção de qualidade de vida e respectivas subescalas.**

	1	2	3	4	5	6
1 - QVT	-					
2 - BEF	0,730**	-				
3 - BEP	0,823**	0,548**	-			
4 - ARP	0,799**	0,426**	0,460**	-		
5 - SSGP	0,736**	n.s.	0,529**	0,678**	-	
6 - AE	0,727**	0,487**	0,624**	0,361**	0,463**	-

As diferenças são estatisticamente significativas se, \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ .

n.s. – As diferenças não são estatisticamente significativas.

Os dados da *Tabela 8* mostram que o *ACT* se relaciona de forma positiva e moderada com todas as subescalas da *QVT*, à exceção do *AE*, cuja relação não se revelou significativa. O *AC* apenas se correlaciona significativamente com o *BEP* ( $p < 0,05$ ). A *AN* relaciona-se com a escala *QVT* e restantes subescalas, excetuando a *ARP*, o *SSGP* e o *AE*. Da mesma forma, o *EI* apresenta correlações com as restantes subescalas da *QVT*, exceção feita à subescala *BEF* e *SSGP*. A *PO* apenas se correlaciona de forma positiva e moderada com a escala *QVT* e a subescala *BEP* ( $p < 0,05$ ). A *AF* relaciona-se positiva e moderadamente com a subescala *BEF* ( $p < 0,05$ ) e a *SF* não se relaciona significativamente com as subescalas *BEF* e *AE*.

**Tabela 8 - Correlações entre as variáveis autoconceito e percepção de qualidade de vida.**

	QVT	BEF	BEP	ARP	SSGP	AE
ACT	0,505**	0,399**	0,551**	0,356*	0,369**	n.s.
AC	n.s.	n.s.	0,391**	n.s.	n.s.	n.s.
AN	0,438**	0,401**	0,521**	n.s.	n.s.	n.s.
EI	0,387**	n.s.	0,293*	0,351*	n.s.	0,304*
PO	0,304*	n.s.	0,392**	n.s.	n.s.	n.s.
AF	n.s.	0,345*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

SF	0,357*	n.s.	0,382**	0,283*	0,441**	n.s.
----	--------	------	---------	--------	---------	------

As diferenças são estatisticamente significativas se, \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ .

n.s. – As diferenças não são estatisticamente significativas.

Analisou-se ainda as correlações entre as variáveis em estudo, separadamente no grupo experimental e no grupo controlo, que se apresentam a seguir. Assim, como se pode verificar pela *Tabela 9*, no grupo de sujeitos sem diagnóstico de PHDA, o *ACT* apresenta correlações positivas com as variáveis *AC* ( $r=0,399$ ,  $p=0,048$ ), *AN* ( $r=0,470$ ,  $p=0,018$ ), *EI* ( $r=0,756$ ,  $p=0,000$ ), *PO* ( $r=0,687$ ,  $p=0,000$ ) e *AF* ( $r=0,540$ ,  $p=0,005$ ).

**Tabela 9 - Correlações entre a variável autoconceito e respetivas subescalas para sujeitos sem PHDA.**

	ACT	AC	AN	EI	PO	AF	SF
ACT	-						
AC	0,399*	-					
AN	0,470*	n.s.	-				
EI	0,756**	n.s.	n.s.	-			
PO	0,687**	n.s.	n.s.	n.s.	-		
AF	0,540**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-	
SF	0,244	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-

As diferenças são estatisticamente significativas se, \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ .

n.s. – As diferenças não são estatisticamente significativas.

Pela observação da *Tabela 10*, pode averiguar-se a existência de correlações positivas e moderadas entre a *QVT* e as variáveis *BEF* ( $r=0,789$ ,  $p=0,000$ ), *BEP* ( $r=0,801$ ,  $p=0,000$ ), *ARP* ( $r=0,671$ ,  $p=0,000$ ), *SSGP* ( $r=0,567$ ,  $p=0,003$ ) e *AE* ( $r=0,522$ ,  $p=0,007$ ). Ainda, o *BEP* correlaciona-se com o *BEF* ( $r=0,621$ ,  $p=0,001$ ); o *SSGP* correlaciona-se com a *ARP* ( $r=0,701$ ,  $p=0,000$ ); o *AE* encontra-se correlacionado com o *BEF* ( $r=0,437$ ,  $p=0,029$ ) e o *BEP* ( $r=0,523$ ,  $p=0,007$ ).

**Tabela 10 - Correlações entre a variável percepção de qualidade de vida e respectivas subescalas para sujeitos sem PHDA.**

	1	2	3	4	5	6
1 – QVT	-					
2 – BEF	0,789**	-				
3 – BEP	0,801**	0,621**	-			
4 – ARP	0,671**	n.s.	n.s.	-		
5 – SSGP	0,567**	n.s.	n.s.	0,701**	-	
6 – AE	0,522**	0,437*	0,523**	n.s.	n.s.	-

As diferenças são estatisticamente significativas se, \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ .

n.s. – As diferenças não são estatisticamente significativas.

Observando a *Tabela 11*, é possível notar que, no grupo de sujeitos com diagnóstico de PHDA, o *ACT* apresenta correlações positivas com as variáveis *AC* ( $r=0,670$ ,  $p=0,000$ ), *AN* ( $r=0,481$ ,  $p=0,015$ ), *EI* ( $r=0,506$ ,  $p=0,010$ ), *PO* ( $r=0,612$ ,  $p=0,001$ ), *AF* ( $r=0,514$ ,  $p=0,009$ ) e *SF* ( $r=0,776$ ,  $p=0,000$ ).

**Tabela 11 - Correlações entre a variável autoconceito e respectivas subescalas para sujeitos com PHDA.**

	ACT	AC	AN	EI	PO	AF	SF
ACT	-						
AC	0,670**	-					
AN	0,481*	n.s.	-				
EI	0,506**	n.s.	n.s.	-			
PO	0,612**	n.s.	n.s.	n.s.	-		
AF	0,514**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-	
SF	0,776**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-

As diferenças são estatisticamente significativas se, \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ .

n.s. – As diferenças não são estatisticamente significativas.

Pela observação da *Tabela 12*, é pertinente salientar a existência de correlações positivas e moderadas entre a *QVT* e as variáveis *BEF* ( $r=0,700$ ,  $p=0,000$ ), *BEP* ( $r=0,801$ ,  $p=0,000$ ), *ARP* ( $r=0,871$ ,



$p=0,000$ ), *SSGP* ( $r=0,776$ ,  $p=0,000$ ) e *AE* ( $r=0,836$ ,  $p=0,000$ ). Mais, o *BEP* correlaciona-se positivamente com o *BEF* ( $r=0,451$ ,  $p=0,024$ ); a *ARP* correlaciona-se com o *BEF* ( $r=0,536$ ,  $p=0,006$ ) e com o *BEP* ( $r=0,520$ ,  $p=0,008$ ). O *SSGP* associa-se às variáveis *BEP* ( $r=0,553$ ,  $p=0,004$ ) e ainda *ARP* ( $r=0,674$ ,  $p=0,000$ ). Quanto ao *AE* correlaciona-se com *BEF* ( $r=0,507$ ,  $p=0,010$ ), *BEP* ( $r=0,641$ ,  $p=0,001$ ), *ARP* ( $r=0,672$ ,  $p=0,000$ ), *SSGP* ( $r=0,576$ ,  $p=0,003$ ).

**Tabela 12 - Correlações entre a variável percepção de qualidade de vida respetivas subescalas para sujeitos com PHDA.**

	1	2	3	4	5	6
1 – QVT	-					
2 – BEF	0,700**	-				
3 – BEP	0,801**	0,451*	-			
4 – ARP	0,871**	0,536**	0,520**	-		
5 – SSGP	0,776**	n.s.	0,553**	0,674**	-	
6 – AE	0,836**	0,507**	0,641**	0,672**	0,576**	-

As diferenças são estatisticamente significativas se, \*\* $p<0,01$ ; \* $p<0,05$ .

n.s. – As diferenças não são estatisticamente significativas.

## V – Discussão

### 1. Estudo I: características psicométricas dos testes

Seguidamente é feita a análise e discussão dos resultados. Assim, no que concerne à análise da fidelidade, a versão portuguesa da escala total de autoconceito (*PHCSCS-2*) revelou uma consistência interna aceitável para efeitos de investigação ( $\alpha=0.761$ ). No estudo de Veiga (2006), o valor de alfa de *Cronbach* obtido foi ligeiramente superior ( $\alpha>0.85$ ), o que pode ser explicado pelo facto de, a amostra utilizada pelo autor ( $N=830$ ) ter sido muito superior à desta investigação ( $N=50$ ) ou ainda, pela extensão da faixa etária utilizada na sua amostra (entre os 11 e os 21 anos e idade).

Relativamente à consistência interna da escala total de percepção da qualidade de vida (*Kidscreen 27*), na sua versão portuguesa, o valor de alfa de *Cronbach* obtido ( $\alpha=0.830$ ) foi elevado, indo ao encontro dos valores médios de fidelidade apontados por Gaspar e Matos (2011), ( $\alpha=0.80$  e  $\alpha=0.78$ ), *Kidscreen-52* e *Kidscreen-10*, respetivamente, que confirmam a elevada fidelidade da escala. O instrumento *Kidscreen 27*, versão reduzida do *Kidscreen-52*, apresenta um mínimo de perda de informação e revela qualidades métricas adequadas. A amostra utilizada pelas autoras é muito superior à do presente estudo ( $N=3195$ ), envolvendo 95 escolas, 162 turmas do 5º ano e do 7º ano de escolaridade, distribuídas por várias regiões do país, com idades compreendidas entre os 10 e os 16 anos.

## **2. Estudo II: diferenças associadas ao sexo**

No que concerne às diferenças associadas ao sexo, apesar de se terem verificado diferenças entre as médias dos sujeitos do sexo masculino e do sexo feminino (com os rapazes a pontuarem mais alto do que as raparigas), é pertinente salientar que estas não se revelaram estatisticamente significativas. Os resultados obtidos não corroboram o que Shapka e Keating (2005) sugerem – existem diferenças significativas entre sexos, sendo que crianças do sexo feminino tendem a apresentar autoconceito mais negativo do que crianças do sexo masculino. Quanto à variável percepção de qualidade de vida, e tal como aconteceu com o autoconceito, as médias dos sujeitos do sexo masculino foram superiores às do sexo feminino. Porém como as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas, é pertinente referir que os resultados encontrados não vão ao encontro do que Gaspar e Matos (2011) propõem – os rapazes apresentam valores médios mais elevados do que as raparigas, ou seja tendencialmente apresentam uma percepção de qualidade de vida mais positiva. Assim sendo, como as diferenças encontradas não são

estatisticamente significativas, é de referir que a hipótese *H1* não foi corroborada.

### **3. Estudo III: diferenças associadas à idade**

No que respeita às diferenças associadas à idade, importa referir que estas só são estatisticamente significativas nos fatores *AN* e *AE*, entre crianças com 10, 11 e 12 anos de idade. Recorrendo aos *Testes Post Hoc*, é possível verificar que existem diferenças significativas entre as faixas etárias 10-11 anos e 11-12 anos, no fator *AE*, sendo que as crianças com 10 anos de idade pontuam mais elevado neste fator que as de 11 anos, e as de 11 anos têm pontuação menos elevada do que as de 12 anos. Assim, é possível concluir que neste fator da perceção de qualidade de vida são as crianças mais novas que obtêm maior pontuação. Existem diferenças significativas entre os 10-11 anos e 11-12 anos, no fator *AN*, sendo que as crianças com 10 anos têm pontuação menos elevada neste fator do que as de 11 anos, e as de 11 anos têm pontuação menos elevada do que as de 12 anos. Assim, crianças mais velhas apresentam uma pontuação mais elevada nesta subescala do autoconceito. Os resultados obtidos não confirmam a hipótese *H2*, na qual se previa uma diferença significativa ao nível do autoconceito global com as crianças mais novas a apresentarem um valor mais elevado quando comparadas com as crianças mais velhas. Estes dados infirmam a literatura empírica que aponta para um declínio do autoconceito global desde a idade de entrada na escola até ao final da adolescência, sugerindo assim que crianças mais novas teriam tendencialmente um autoconceito mais positivo do que crianças mais velhas (Marsh, 1989; Marsh, Barnes, Cairns & Tidman, 1984, cit in. Clemente, 2008).

### **4. Estudo IV: diferenças associadas à PHDA**

Comparando o grupo de crianças sem diagnóstico de PHDA

com o grupo de crianças com este diagnóstico, é possível notar que as médias do primeiro grupo foram superiores às do segundo, tanto na variável autoconceito, em termos globais e fatoriais, quanto na variável percepção de qualidade de vida, também em termos de um resultado geral e fatorial, e que estas diferenças foram significativas. Ou seja é pertinente salientar que as crianças sem PHDA apresentam tendencialmente um autoconceito mais positivo do que aquelas que têm este diagnóstico. Estes resultados obtidos vão ao encontro da literatura empírica – um autoconceito mais negativo associa-se a determinados problemas, especificamente PHDA (Minchom *et al.*, 1995; Graetz, Sawyer, & Baghurst, 2005; Demaray & Elliot, 2001, cit. in Sukumaran *et al.*, 2003). Desta forma a hipótese *H3.a* é corroborada.

Ainda, os autores Danckaerts e colaboradores (2010) comprovam que a PHDA tem impacto na percepção de qualidade de vida das crianças. Este impacto é tanto maior quanto mais grave/severa for a perturbação, e conseqüentemente mais reduzida será a qualidade de vida destas crianças. Ou seja, os resultados obtidos confirmam a hipótese *H3.b*.

## **5. Estudo V: correlações entre as variáveis**

É pertinente salientar ainda que um *ACT* apresenta correlações positivas com as variáveis *AC*, *EI*, *PO* e *AF*. Ou seja, a concepção que um indivíduo tem de si mesmo como estudante, os sentimentos de si mesmo quanto à amizade e popularidade, sentimentos de bem-estar e satisfação conduzem a um autoconceito global positivo, sendo que a avaliação geral de si mesmo, reflete-se em sentimentos como “em geral estou satisfeito com a pessoa que sou” (Pope, McHale & Graighead, 1996; Sureda, 2001, cit. in Quiles & Espada, 2008).

Também Houck e colaboradores (1999) sugerem que um autoconceito positivo nas crianças está fortemente associado com a

melhoria do seu desempenho acadêmico, relações sociais saudáveis e seguras, bem como um desenvolvimento salutar ao longo das várias etapas de crescimento (Houck *et al.*, 2011).

A *QVT* correlaciona-se positivamente e de forma significativa com *BEF*, *BEP*, *ARP*, *SSGP* e *AE*. Desta forma, o nível de prática de atividade física, o modo como a criança se sente em relação à sua saúde refletem uma percepção de saúde física, atividade e energia. As emoções positivas, a satisfação com a vida correlacionam-se com percepção de felicidade, otimismo, satisfação e equilíbrio emocional. A qualidade de interação entre a criança/adolescente e os seus pais/cuidadores favorece uma relação positiva com a família. Ainda, a qualidade das interações entre a criança/adolescente e o grupo de pares, e o apoio percebido revelam uma percepção de aceitação e pertença ao grupo. Da mesma forma, a percepção que a criança/adolescente tem das suas capacidades cognitivas, de aprendizagem e concentração, assim como, os seus sentimentos pela escola e o sucesso escolar refletem-se num resultado elevado (Gaspar & Matos, 2011).

Outro aspeto importante aponta para a influência que o diagnóstico de PHDA tem no autoconceito e na percepção de qualidade de vida das crianças. No grupo experimental encontraram-se resultados respetivamente mais baixos em ambas as variáveis. Pisecco e colaboradores (2001) concluíram que a PHDA parece influenciar a maneira como as crianças percebem as suas competências académicas, contribuindo para um autoconceito mais negativo, no início da adolescência. No presente estudo, é pertinente referir que cada uma das subescalas da variável autoconceito se correlaciona positiva e moderadamente com o resultado global obtido. Ainda, é possível notar que a PHDA influencia a percepção de qualidade de vida das crianças, nos sentimentos de bem-estar subjetivo e na capacidade de funcionamento diário. Estes dados são comprovados na presente

investigação – resultados parciais obtidos em cada subescala correlacionam-se com o resultado obtido na percepção de qualidade de vida total.

## VI – Conclusões

A PHDA tal como é hoje conhecida, tem sido objeto de várias investigações ao longo do tempo. Os estudos efetuados corroboram a hipótese de a PHDA se relacionar negativamente com o autoconceito e a percepção de qualidade de vida das crianças, influenciando o modo como estas percecionam as suas competências, a imagem que têm de si e o seu bem-estar.

A presente investigação teve como objetivo estudar a influência da PHDA nas variáveis autoconceito e percepção de qualidade de vida em crianças com 10 a 12 anos de idade. Constatou-se que o *PHCSCS-2* e *Kidscreen 27* possuem boas qualidades psicométricas, como se verificou pela análise da consistência interna, bem como pelas correlações dentro dos instrumentos e entre estes mesmos. Foram encontradas relações positivas entre o resultado de *ACT* e as variáveis *AC*, *EI*, *PO* e *AF*, ou seja, a conceção que um indivíduo tem de si mesmo, o bem-estar e satisfação conduzem a um autoconceito global positivo. A *QVT* também se relacionou positivamente com o *BEF*, *BEP*, *ARP*, *SSGP* e *AE*, o que permite concluir que o modo como a criança se sente em relação à sua saúde, as emoções positivas, a satisfação com a vida e a qualidade das interações que estabelece com os pais e grupo de pares conduzem a uma percepção de qualidade de vida mais positiva.

Uma outra conclusão importante diz respeito ao diagnóstico de PHDA. Assim, verificou-se que as crianças com este diagnóstico apresentam tendencialmente um autoconceito mais negativo. Ainda, o diagnóstico de PHDA tem impacto na percepção de qualidade de vida das crianças, nos sentimentos de bem-estar subjetivo e na capacidade

de funcionamento diário, levando a que crianças com este diagnóstico apresentem valores menos elevados nesta variável.

### **1. Limitações e investigações futuras**

O reduzido número de sujeitos da amostra, fragiliza o alcance das interpretações possíveis, embora sugira a direção da relação entre as variáveis analisadas.

Quanto ao instrumento *PHSCS-2*, tem itens que frequentemente foram alvo de interrogações por parte das crianças mais novas, o que pode ter condicionado as suas respostas. Por exemplo, itens 46 e 54 “Sou popular entre os rapazes/raparigas”. Da mesma forma a dicotomia das respostas pode ter influenciado as suas respostas, pois as crianças têm que optar por responder (“Sim”) e (“Não”), em caso de incerteza.

Quanto ao instrumento *Kidscreen 27*, seria interessante aplicar a versão pais, a fim de perceber se existem de facto diferenças entre os relatos de pais e filhos, bem como o modo como estas diferenças se manifestam.

### **Bibliografia**

- Almeida, M. A. B., Gutierrez, G. L., & Marques, R. (2012). *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. São Paulo: Edições EACH.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR, 4ª ed. – Texto Revisto)*. Lisboa: Climepsi Editores (versão original, 2000).
- Barkley, R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3<sup>rd</sup> ed.)*. New York: The Guilford Press.

- Bieberman, J., & Faraone, S. V. (2005). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Lancet*, 366, 237-248.
- Clemente, I. F. (2008). *Autoconceito e problemas de comportamento em crianças com dificuldades de aprendizagem*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa.
- Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E. J. S., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Doöpfner, M., Hollis, C., ... Coghill, D. (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 83-105. Doi: 10.1007/s00787-009-0046-3.
- DuPaul, G. J., & Kern, L. (2011). *Young children with ADHD: early identification and intervention* (1<sup>st</sup> ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fernandes, E., & António, J. P. (2004). Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 20, 451-454.
- Figueira, S. S. V. (2010). *Contributo para o estudo da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção no sexo feminino*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa.
- Fonseca, A. (1998). Problemas de atenção e hiperatividade na criança e no adolescente: Questões e perspectivas atuais. *Psychologica*, 19, 7-41.
- Gaspar, T., & Matos, M, G. (2011). *Kidscreen - A percepção de qualidade de vida em crianças e adolescentes versão portuguesa dos instrumentos* (1<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Placebo.
- Houck, G., Kendall, J., Miller, A., Morrell, P., Wiebe, G. (2011). Self Concept in Children and Adolescents with ADHD. *Journal of Pediatric Nursing* 26 (3), 239-247. Doi:10.1016/j.pedn.2010.02.004.



- Júlio, A. R. P. (2009). *Representações acerca da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra.
- Maia, C., Guardiano, M., Viana, V., Almeida, J. P., Guimarães, M. J. (2011). Autoconceito em crianças com Hiperatividade e Défice de Atenção. *Ata Médica Portuguesa*, 24 (2), 493-502.
- Nigg, J. T., Goldsmith, H. H., & Sachek, J. (2004). Temperament and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: the development of a multiple pathway model. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33 (1), 42-53.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança* (8ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Pereira, E. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26 (2), 241-50.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. M. (2008). *Análise de dados para as Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pisecco S., Wristers, K., Swank, P., Silva, P. A., Baker, D. B. (2001). The effect of academic self-concept on ADHD and antisocial behaviors in early adolescence. *Journal of Learning Disabilities*, 34 (5), 450-461.
- Quiles, M. J., & Espada, J. P. (2008). *Educar para a autoestima: propostas para a escola e para o tempo livre* (2ª ed.). Sintra: Keditora.
- Santos, L. F., & Vasconcelos, L. A. (2010). Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (4), 717-724.
- Shapka, J. D. & Keating, D. P. (2005). Structure and Change in Self-Concept during Adolescence. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 37 (2), 83-96.

- Silva, A. B. B. (2005). *Mentes inquietas – Compreender o Distúrbio do Défice de Atenção* (1ª ed.). São Paulo: Pergaminho.
- Sukumaran, S., Vickers, B., Yates, P., Garralda, M. E. (2003). Self-esteem in child and adolescent psychiatric patients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 190-197. Doi:10.1007/s00787-003-0312-8
- Veiga, F. H. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCS-2). *Psicologia e Educação*, 5 (1), 39-48.
- Walters, S. J. (2009). *Quality of life outcomes in clinical trials and health-care evaluation: a practical guide to analysis and interpretation* (1<sup>st</sup> ed.). Chichester: John Wiley & Sons.
- Wechsler, D. (2003). *Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças-III (WISC-III)*. Lisboa: Cegoc.
- Wolraich, M. L., & DuPaul, G. J. (2010). *ADHD diagnosis and management: a practical guide for the clinic and the classroom* (1<sup>st</sup> ed.). Baltimore: Paul Brookes Publishing.

## ANEXOS

### Anexo 1

#### Pedido de autorização ao Doutor Feliciano Veiga para a utilização da Escala de Autoconceito Piers-Harris

**De:** Mariana Fonseca [mailto:sfonseca.m@hotmail.com]

**Enviada:** segunda-feira, 19 de Novembro de 2012 16:02

**Para:** Feliciano Veiga

**Assunto:** Escala de Autoconceito Piers-Harris

Exmo. Senhor Doutor Feliciano Veiga,

Venho por este meio solicitar, em contexto de realização de Tese de Mestrado Integrado em Psicologia, sob orientação da Professora Doutora Teresa Sousa Machado – FPCE-UC, a sua autorização para utilizar a Escala de Autoconceito Piers-Harris (versão 60 itens).


Provisoriamente o tema da referida Tese será a Relação da PHDA com qualidade de vida e/ou satisfação com a vida, tendo em conta a influência do autoconceito. No final terei muito gosto em enviar-lhe a minha Tese de MIP.

Com os melhores cumprimentos,

Mariana Fonseca

#### RE: Escala de Autoconceito Piers-Harris

[Voltar a mensagens](#) |  

 **Feliciano Veiga** [Adicionar aos contactos](#)  
Para Mariana Fonseca

17:06

[Responder](#) 

Olá Mariana,  
Sim, com muito gosto autorizo.  
Feliciano Veiga

## Anexo 2

### Pedido de autorização à Doutora Tânia Gaspar para a utilização da Escala

#### *Kidscreen 27*

No dia 19 de Novembro de 2012 17:45, Mariana Fonseca <sfonseca.m@hotmail.com> escreveu:

> Exma. Senhora Doutora Tânia Gaspar,  
>  
>  
>  
> Venho por este meio solicitar, em contexto de realização de Tese de Mestrado  
> Integrado em Psicologia, sob orientação da Professora Doutora Teresa Sousa  
> Machado - FPCE-UC, a sua autorização para utilizar a Escala Kidscreen-27  
> (versão para crianças/adolescentes e pais). Provisoriamente o te a  
ma da  
> referida Tese será a Relação da PHDA com qualidade de vida e/ou satisfação  
> com a vida, tendo em conta a influência do autoconceito. No final terei  
> muito gosto em enviar-lhe a minha Tese de MIP.  
>  
>  
>  
> Com os melhores cumprimentos,  
>  
> Mariana Fonseca

□ Tania Gaspar [Adicionar aos contactos](#)  
Para Mariana Fonseca, taniagaspar@fmh.utl.pt

19-11-2012

[Responder](#)


Cara Dra Mariana Fonseca

Tem a autorização da equipa nacional para a utilização do Kidscreen-27, deve também registar-se no site do estudo Europeu em [www.kidscreen.org](http://www.kidscreen.org).


Permita-me que lhe pergunte porque optou pela versão com 27 itens? a versão com 52 e 10 itens para fins diferentes mas tem demonstrado melhores propriedades métricas. Bom trabalho e disponha

Cumprimentos  
Tania Gaspar

## RE: Escala Kidscreen-27

[Voltar a mensagens](#) |  

Para ver mensagens relacionadas com esta, deve [agrupar mensagens por conversa](#)ção.

 Mariana Fonseca  
Para tania.gaspar.barra@gmail.com

15:04   
[Responder](#) 

Exma. Senhora Doutora Tânia Gaspar,

A opção de usar a versão com 27 itens prendeu-se apenas com o facto de a referida escala me parecer mais prática em termos de trabalho de investigação, não me parece demasiado longa nem demasiado curta, o que facilita em termos da colaboração das crianças/adolescentes. Foi esse o motivo que me levou a preferir esta versão.

Agradeço o seu cuidado e preocupação. Ainda assim, acha que devo optar por outra versão, que não a dos 27 itens?

Com os melhores cumprimentos,

Mariana Fonseca

#### *Anexo 4*

### **Pedido de autorização entregue à instituição de ensino para a realização da investigação**

Exmo. (a) Sr. (a) Diretor (a),

Venho por este meio solicitar V. Exa. a autorização para realizar um estudo no seu estabelecimento, que envolverá crianças do ensino básico (10, 11 e 12 anos de idade), no âmbito de uma dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC), orientada pela Doutora Teresa Sousa Machado. Provisoriamente, o intuito deste trabalho prende-se com o estudo da relação da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) com o autoconceito e a perceção de qualidade de vida.

Os alunos apenas terão de responder a dois questionários de autorresposta sendo que, um deles avalia o autoconceito (a imagem de si mesmo) e o outro a perceção da qualidade de vida.

Assegura-se a total confidencialidade dos dados obtidos, sendo que estes serão analisados apenas no seu conjunto e não os de cada criança individualmente.

Sem outro assunto, pede deferimento.

Atenciosamente,

Mariana Fonseca