



UC/FPCE_2015

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Crianças com dislexia: qualidade de vida e
caracterização socioafetiva**

Ana Patrícia Santos Tavares (e-mail: patricia_apst@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia área de especialização em
Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento
apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra, realizada sob a orientação do Professor Doutor
Marcelino Arménio Martins Pereira.

Crianças com dislexia: qualidade de vida e caracterização socioafetiva

A investigação relativamente à dislexia de desenvolvimento foca-se, maioritariamente, nos fatores neuropsicológicos e descuida os fatores de ordem afetiva e a forma como esta perturbação afeta a qualidade de vida da criança. Tentando suprir esta falha, este estudo comparativo analisa o impacto da dislexia em variáveis como a qualidade de vida, o autoconceito e as práticas parentais. Desta forma, procedemos à comparação dos resultados de 21 crianças diagnosticadas com dislexia e 21 crianças sem qualquer perturbação do neurodesenvolvimento, com idades entre os 8 e os 13 anos. O protocolo de avaliação inclui o KIDSCREEN-52 Versão Criança e Adolescente e Versão Pais, a Escala de Autoconceito de Piers-Harris 2, o Egna Minnen Bertraffande Uppfostran (EMBU) Crianças 6-12 e Pais e o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por) Versão Pais. Os resultados apontam para uma qualidade de vida significativamente mais baixa nas crianças com dislexia, bem como um autoconceito, especialmente ao nível académico, significativamente inferior. Para além disso, os pais das crianças com dislexia relatam um maior número de dificuldades no reportório comportamental dos seus filhos.

Palavras-chave: dislexia, qualidade de vida, autoconceito, práticas parentais.

Children with dyslexia: quality of life and socio-affective characterization

The research regarding developmental dyslexia focus, mostly, on neuropsychological factors and neglect emotional factors and how this affects their quality of life. Trying to fill this gap, this comparative study analyzes dyslexia's impact in variables such as quality of life, self-concept and parental practices. Thus, we compared the results of 21 children diagnosed with dyslexia and 21 children without any neurodevelopmental disorder, with ages between 8 and 13. The evaluation protocol included the KIDSCREEN-52 for Children and Young People and their Parents, the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale, the Egna Minnen Bertraffande Uppfostran (EMBU) Children 6-12 and Parents and the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Por) for Parents. The results point to a significantly lower quality of life in dyslexic children, as well as a self-concept, particularly on academic achievement, significantly lower. Furthermore, parents of children with dyslexia report more difficulties on their children's behavioral repertoire.

Key Words: dyslexia, quality of life, self-concept, parental practices.

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento Concetual	2
1.1. Dificuldades de Aprendizagem versus Perturbação de Aprendizagem Específica	2
Dislexia de Desenvolvimento: definição e análise diacrónica do conceito.....	3
1.2. Dislexia de desenvolvimento e Qualidade de Vida	6
1.3. Dislexia e autoconceito.....	7
1.4. Dislexia e práticas parentais.....	10
II – Estudo empírico	13
2.1. Objetivos e hipóteses.....	13
2.2. Metodologia.....	14
Participantes.....	15
Medidas e procedimentos	16
2.3. Análise estatística.....	19
2.4. Análise e discussão dos resultados.....	20
2.4.1. Qualidade de vida.....	20
2.4.2. Autoconceito	23
2.4.3. Estilos parentais	24
2.4.4. Capacidades e dificuldades da criança	26
III – Conclusões	29
Bibliografia	31
Anexos	33

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização dos grupos

Tabela 2. Análise comparativa da percepção das crianças acerca da sua qualidade de vida entre os grupos (Kidscreen-C)

Tabela 3. Análise comparativa da percepção dos pais acerca da qualidade de vida dos filhos entre os grupos (Kidscreen-P)

Tabela 4. Análise comparativa entre a percepção de pais e crianças acerca da qualidade de vida (Kidscreen-C vs Kidscreen-P)

Tabela 5. Análise comparativa do autoconceito entre grupos

Tabela 6. Análise comparativa das práticas parentais do ponto de vista das crianças em relação aos pais entre os grupos (EMBU-C)

Tabela 7. Análise comparativa das práticas parentais do ponto de vista dos pais entre os grupos (EMBU-P)

Tabela 8. Comparações entre as dimensões do EMBU-Pais e Crianças

Tabela 9. Análise comparativa do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) entre os grupos

Tabela 10. Análise comparativa da dimensão “impacto” do SDQ entre os grupos

Lista de Anexos

Anexo I. Consentimento Informado para Pais – grupo controlo

Anexo II. Consentimento Informado para Pais – grupo clínico

Anexo III. Instrumentos utilizados para o grupo controlo e para o grupo clínico

Anexo IV. Síntese das diferenças significativas entre os grupos

Introdução

A presente dissertação é realizada no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento e tem como principal enfoque a análise do impacto da Perturbação de Aprendizagem Específica com défice na leitura (Dislexia do desenvolvimento) na qualidade de vida da criança e em algumas dimensões socio-afetivas. Analisa ainda as práticas parentais, tal como são percebidas pelos filhos e pelos pais.

A investigação no âmbito da dislexia de desenvolvimento têm, maioritariamente, uma orientação mais neuropsicológica, descurando os fatores de ordem afetiva, a forma como esta perturbação neurodesenvolvimental afeta a qualidade de vida da criança e as alterações que, eventualmente, possa provocar na dinâmica familiar.

Na primeira parte deste trabalho, será analisado o conceito de perturbação de aprendizagem específica de uma forma mais lata, para de seguida nos focarmos na definição de dislexia de desenvolvimento e na operacionalização dos seus critérios de diagnóstico segundo o DSM-V (APA, 2013). Num segundo momento, será feita uma revisão da literatura no que se reporta às noções de qualidade de vida, autoconceito e práticas parentais, centrando, posteriormente, a nossa análise nos estudos que examinam as relações entre essas variáveis e a dislexia de desenvolvimento.

Na segunda parte são apresentados os dados do estudo empírico, nomeadamente os objetivos e as hipóteses, a caracterização dos participantes, os instrumentos utilizados e os procedimentos de recolha da amostra. Por último, é feita a análise e a discussão dos resultados obtidos e apresentadas as potencialidades e limitações deste estudo, bem como sugestões para investigações futuras.

I – Enquadramento concetual

1.1. Dificuldades de Aprendizagem versus Perturbação de Aprendizagem Específica

O conceito de Dificuldades de Aprendizagem (DA) tem evoluído ao longo dos anos. A primeira definição surge na década de 60, por iniciativa de Kirk (Correia, 2007, p.157) que a definiu como: *“um atraso, desordem ou imaturidade num ou mais processos da linguagem falada, da leitura, da ortografia, da caligrafia ou da aritmética, resultantes de uma possível disfunção cerebral e/ou distúrbios de comportamento e não dependentes de uma deficiência mental, de uma privação sensorial, de uma privação cultural ou de um conjunto de fatores pedagógicos”*. Atualmente, e segundo a Learning Disabilities Association of Canada (2015), o conceito de DA refere-se a um número de distúrbios que podem afetar a aquisição, organização, retenção e o uso de informação verbal e não-verbal e que resultam de défices em um ou mais processos relacionados com o pensamento, a memória ou a aprendizagem.

Dado que o conceito de DA é bastante abrangente, muitos autores, numa tentativa de maior operacionalização, têm vindo a defender a utilização de um termo mais restrito - Perturbação de Aprendizagem Específica - para se referirem à *“incapacidade ou impedimento específico para a aprendizagem numa ou mais áreas académicas, podendo ainda envolver a área socioemocional”* (Correia & Martins, 1999, p. 5). Mais recentemente a American Psychiatric Association retoma e renova este conceito. Assim, as perturbações de aprendizagem específica têm uma prevalência de 5 a 15%, nas crianças em idade escolar, sendo mais comuns no sexo masculino do que no sexo feminino (2:1 a 3:1). É uma perturbação do neurodesenvolvimento com origem biológica, influenciada por fatores genéticos, epigenéticos e ambientais, que afetam a capacidade do cérebro de perceber e processar informação verbal e não-verbal de forma eficiente e precisa. A perturbação de aprendizagem específica é muitas vezes precedida, nos anos pré-escolares, por atrasos na atenção, linguagem ou capacidades motoras e pode ter consequências funcionais negativas ao longo da vida, incluindo realização académica baixa, taxas mais elevadas de abandono

escolar no ensino secundário, de desemprego e subemprego, salários mais baixos, taxas mais baixas de ensino superior, níveis altos de angústia psicológica e saúde mental mais pobre em geral (American Psychiatric Association, 2013).

Dislexia de Desenvolvimento: definição e análise diacrónica do conceito

Ao longo dos anos, foram várias as teorias que tentaram explicar o porquê de algumas crianças manifestarem grandes dificuldades no que diz respeito à leitura. Desta forma, W. Pringle Morgan, em 1896, descreveu o caso de um adolescente com severas dificuldades na leitura, apesar de um desempenho académico normal em todas as outras áreas e sem qualquer lesão cerebral que pudesse explicar um défice na leitura. Tendo em conta todos estes dados, a hipótese colocada por Morgan foi a da existência de uma falha congénita que provocaria uma dificuldade em armazenar a impressão visual das palavras, definindo-a como “cegueira verbal congénita” (Vellutino & Fletcher, 2007). Posteriormente, os trabalhos de James Hinshelwood e de Morgan chamam a atenção para a possibilidade destas dificuldades, em algumas crianças, representarem uma perturbação neurodesenvolvimental que afetam as capacidades cognitivas subjacentes à aprendizagem da leitura. Em 1925, Samuel Orton descreve as dificuldades na leitura como resultantes de um atraso na definição da dominância hemisférica, que levaria a uma tendência para perceber os símbolos visuais como imagens invertidas (por exemplo, “b” visto como “d”), a que deu o nome de estrefossimbolia (Vellutino & Fletcher, 2007).

Em 1968, surge por parte da Federação Mundial de Neurologia uma definição de dislexia de desenvolvimento, segundo a qual a dislexia é “*uma desordem manifestada por uma dificuldade severa na aprendizagem da leitura, apesar de uma inteligência normal, de um ensino convencional e de oportunidades socioculturais adequadas*”. No entanto, esta definição cai em desuso uma vez que se baseia apenas em critérios de exclusão, não fornecendo critérios que permitam operacionalizar o seu diagnóstico (Sprenger-Charolles & Colé, 2013). Em 2002, a *International Dyslexia Association* define a dislexia como uma dificuldade de aprendizagem específica com origem neurobiológica, caracterizada por dificuldades na

precisão e fluência na leitura resultantes de um défice na via fonológica (International Dyslexia Association, 2002).

Atualmente, na sua versão mais recente de 2013, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) integra a dislexia nas perturbações do neurodesenvolvimento, integrando-a nas perturbações de aprendizagem específica. Assim, é definida por dificuldades em aprender e usar as capacidades académicas, sendo necessária a existência de pelo menos 1 dos seguintes sintomas: 1. Leitura de palavras imprecisa ou lenta e esforçada; 2. Dificuldade em compreender o significado do que lê; 3. Dificuldades em soletrar; 4. Dificuldades com a expressão escrita, que persistiram pelo menos 6 meses, apesar das intervenções direcionadas para essas dificuldades (Critério A). Este critério, no entanto, não é totalmente aceite pelos especialistas neste domínio, uma vez que assumem a necessidade de o problema persistir pelo menos durante 2 anos de frequência escolar e não apenas 6 meses, para que não seja confundido com um problema transitório ou um atraso de desenvolvimento.

Outro critério importante é o de que as capacidades académicas afetadas deverão ser substancial e quantificavelmente abaixo das esperadas para a idade cronológica do indivíduo e causam interferência significativa no desempenho académico ou ocupacional ou em atividades da vida diária (Critério B). Apesar de estabelecer um ponto de corte de 1.5 desvios-padrão, ou seja, um resultado-padrão abaixo de 78 ou do percentil 7, o DSM-5 também alerta para o facto de ser um critério arbitrário, uma vez que pode ser usado um limiar mais brando tendo em conta a avaliação clínica, a história académica, relatórios escolares ou resultados de testes. O critério C refere que as dificuldades de aprendizagem começam durante os anos escolares, mas podem não se manifestar completamente até que as exigências para essas aptidões académicas excedam as capacidades limitadas do indivíduo. Desta forma, é possível que o diagnóstico de dislexia ocorra em idades mais tardias do que o previsto até agora.

Por último, as dificuldades de aprendizagem não são melhor explicadas por incapacidade intelectual, acuidade visual ou auditiva não corrigida, outras perturbações mentais ou neurológicas, adversidade psicossocial, falta de proficiência na língua da instrução académica ou instrução educacional inadequada. A este critério está subjacente o facto da

dislexia afetar a aprendizagem de indivíduos com níveis normais de funcionamento intelectual, definido por um QI maior do que 70 ± 5 .

Para além dos critérios supracitados, o DSM-5 apresenta uma nova forma de classificar a perturbação de aprendizagem específica, tendo em conta a intensidade do défice e o número de áreas académicas afetadas, reconhecendo, assim, que os problemas do neurodesenvolvimento devem ser vistos ao longo de um contínuo no qual é extremamente difícil estabelecer fronteiras:

- Ligeira: algumas dificuldades na aprendizagem de um ou dois domínios académicos, mas de gravidade suficientemente ligeira para que o indivíduo possa ser capaz de compensar ou funcionar bem quando são fornecidas adaptações ou serviços de suporte apropriados, especialmente durante os anos escolares.

- Moderada: dificuldades marcadas na aprendizagem de um ou mais domínios académicos, de tal forma que é pouco provável que o indivíduo se torne competente sem alguns períodos de ensino intensivo ou especializado durante os anos escolares. Serão necessárias algumas adaptações ou serviços de suporte para completar as atividades com precisão e eficácia.

- Grave: graves dificuldades na aprendizagem, afetando vários domínios académicos, de tal forma que é pouco provável que o indivíduo aprenda essas capacidades sem um ensino intensivo e especializado contínuo, na maioria dos anos escolares. Mesmo com adaptações ou serviços, o indivíduo pode não ser capaz de completar todas as atividades eficazmente.

A definição de dislexia de desenvolvimento da APA, de 2013, à semelhança de outras, coloca a ênfase nos aspetos do neurodesenvolvimento, remetendo a maior parte da investigação para a análise de questões referentes a défices em funções neurocognitivas específicas, embora não descure a amplitude alargada do impacto da dislexia, que vai muito além das aprendizagens académicas e do contexto escolar. Neste trabalho, privilegiamos este segundo eixo e consideramos que os aspetos referentes às dimensões socioafetivas e o impacto que a dislexia de desenvolvimento possam ter na qualidade de vida das crianças e no seu bem-estar subjetivo são questões de forte relevância. Nesse sentido, apresentamos, em seguida,

uma revisão da literatura referente a essas dimensões.

1.2. Dislexia de desenvolvimento e Qualidade de Vida

A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como “*a percepção que um indivíduo tem da sua vida, tendo em conta o contexto, a cultura e o sistema de valores em que está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito bastante abrangente e depende do bem-estar físico e psicológico, do nível de independência, das relações sociais, das crenças pessoais e das relações que estabelecemos com o ambiente em que estamos inseridos*” (World Health Organization, 1997, p. 1).

O conceito de qualidade de vida é, assim, um constructo multidimensional, relevante para todas as idades, todas as culturas, qualquer estatuto socioeconómico ou localização geográfica (Gaspar & Matos, 2008). No mesmo sentido, entender a relação entre as dificuldades de leitura, autoestima e problemas de comportamento é essencial para o desenvolvimento da prevenção efetiva e implementação de estratégias profiláticas (Terras, Thompson, & Minnis, 2009).

Num estudo de Ginieri-Coccosis et al. (2012) as crianças com dislexia, comparativamente ao grupo controlo, reportaram menores níveis de bem-estar emocional bem como uma autoestima mais baixa e um nível mais elevado de insatisfação com as relações familiares e com os amigos. De salientar que este resultado é ainda mais relevante se tivermos em conta que os resultados obtidos pelas crianças com dislexia, na dimensão relativa ao desempenho escolar, não foram mais baixos ou diferentes das crianças sem dificuldades de aprendizagem.

Contrariamente a estes resultados, Carroll e Iles (2006) demonstram que os estudantes disléxicos exibem maiores níveis de ansiedade e sentimentos de incompetência a nível académico, estando presente ansiedade-traço no que diz respeito a situações académicas, comparativamente aos estudantes sem qualquer dificuldade de leitura. De igual modo, Willcutt e Pennington (2000 citado por Terras, Thompson, & Minnis, 2009) documentam que o baixo desempenho académico decorrente da dislexia pode fazer com que as crianças se isolem, se tornem mais ansiosas e deprimidas. Analisando as implicações da dislexia de

desenvolvimento num outro prisma, Rutter e Yule (1970 citados por Terras, Thompson, & Minnis, 2009) referem que as crianças com dificuldades de aprendizagem têm cinco vezes mais probabilidade de exibir comportamentos antissociais do que crianças da população geral. A investigação sugere, ainda, que as crianças e os jovens com dislexia apresentam uma baixa autoestima em geral, uma baixa competência percebida nos domínios escolares e sintomatologia mais depressiva (Terras, Thompson, & Minnis, 2009). A ansiedade social que possam experienciar relaciona-se sobretudo com situações que envolvam o exercício da leitura, sendo que os alunos com mais dificuldades nesta competência académica básica podem exibir mais comportamentos de ansiedade em situações sociais (Carroll & Iles, 2006).

A qualidade de vida em crianças com Perturbação de Aprendizagem Específica não tem sido alvo de investigação e, por isso, não existem dados consistentes que descrevam o modo com estas crianças avaliam a sua qualidade de vida e que permitam saber se experienciam défices em áreas específicas ou não (Ginieri-Coccosis, et al., 2012). Apesar da pesquisa com crianças e jovens com dislexia ser frequentemente baseada nas avaliações dos pais e professores e raramente ter em conta a criança/jovem (Ingesson, 2007), Gaspar e Matos (2008) defendem que as crianças são capazes de relatar o seu bem-estar se o questionário for apropriado para a sua idade e nível cognitivo. Assim, na análise clínica e psicoeducativa é fundamental ter em conta a perceção que as crianças têm da sua saúde a nível físico, cultural, envolvimento social, stressores sociais, comportamentos de saúde e processos psicossociais (Gaspar & Matos, 2008).

1.3. Dislexia e autoconceito

O autoconceito é a *“concepção e avaliação de si mesma, incluindo características psicológicas e físicas, qualidades e habilidades (...) Pode ainda influenciar o julgamento, o humor e padrões comportamentais”* (Dicionário de Psicologia da APA, 2010, p.116). Do mesmo modo, para Vaz Serra (1988, p.101) *“o autoconceito pode ser definido de uma forma simples, como a perceção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si”*. Segundo Shavelson et al. (1976), o autoconceito desenvolve-se como resultado das experiências do indivíduo com o ambiente e a avaliação dessas experiências, sendo que as opiniões de

pessoas significativas, bem como o *feedback* concreto e as atribuições causais desempenham também um papel decisivo no seu desenvolvimento (Möller, Streblow, & Pohlmann, 2008). De forma a clarificar conceitos, é importante salientar que as noções de autoconceito e de autoestima estão muitas vezes interligadas e podemos cair no erro de os operar como uma e a mesma coisa. No entanto, Vaz Serra (1988) define a autoestima como constituinte do autoconceito, sendo o “*produto dos julgamentos que a pessoa faz acerca de si própria, de onde decorrem atribuições de bom ou de mau feitas a aspectos considerados relevantes da sua identidade*” (p.102).

Segundo Alesi, Rappo e Pepi (2012) o autoconceito tem sido concetualizado como o julgamento do nosso valor pessoal e como o componente avaliativo do *self*, que resulta do processo de comparação entre o *self* real¹ e o *self* ideal², sendo que este processo de avaliação se inicia com os primeiros dias de escola, quando a criança compara o seu desempenho em várias tarefas. É importante ter em conta uma perspetiva multidimensional deste conceito, uma vez que podemos diferenciar entre autoconceito global e aquele relativo a um domínio específico, como a escola ou o trabalho (Bracken, 1992 citado por Alesi, Rappo, & Pepi, 2012). Tendo em conta que a leitura e o cálculo são as atividades centrais das crianças durante os primeiros anos de escolaridade, constituindo os referenciais tradicionais do sucesso, é expectável que os níveis de desempenho nestes domínios académicos condicionem a imagem que a criança vai construindo de si próprio. De facto, a investigação demonstra que as crianças com dislexia, entre os 7 e os 11 anos, associam o facto de se ser um bom leitor com o ser feliz (Thomson e Hartley, 1980 citado por Ingesson, 2007). Por seu turno, Humphrey e Mullins (2002) referem a associação que as crianças estabelecem entre desempenho na leitura e inteligência. Assim, na sua investigação, revelam que as crianças com dislexia acreditam que quando se é um bom leitor, poderá ser-se considerado inteligente e vice-versa. Importa ainda referir que os fatores mais importantes que determinam a relação entre dislexia e o autoconceito no geral são o género, o nível desenvolvimental, o desempenho académico passado e a atitude parental (Ridsdale, 2004).

Desta forma, um baixo desempenho nestes dois domínios pode

¹ Realidade percebida de si próprio.

² Ideais e objetivos que a pessoa gostaria de alcançar ou aquilo que gostaria de ser.

desenvolver estratégias mal adaptativas para evitar as tarefas desafiantes (Alesi, Rappo, & Pepi, 2012). Neste sentido, a investigação defende que a dislexia influencia o autoconceito, mas afeta de uma forma mais evidente o autoconceito acadêmico. Nesta linha, a investigação suporta que existe uma relação entre a dislexia, um baixo autoconceito e as dificuldades emocionais e comportamentais e que uma aprendizagem estruturada de forma apropriada pode ter um impacto no desempenho acadêmico e no autoconceito (Ridsdale, 2004).

No sentido de dar maior inteligibilidade à relação entre rendimento acadêmico e autoconceito, Marsh (1986, 1990 citado por Möller, Streblov, & Pohlmann, 2008) propõe o Modelo do Quadro de Referência Interno/Externo – Modelo I/E (*Internal/External Frame of Reference Model*), segundo o qual os estudantes comparam os seus níveis de competência acadêmica usando dois quadros de referência diferentes: 1) Fazem comparações interindividuais ou sociais comparando o seu desempenho numa determinada disciplina com o dos seus colegas (Externo); 2) Fazem comparações intraindividuais ou dimensionais comparando o seu próprio desempenho nas várias disciplinas (Interno).

A relação exposta neste modelo pode ser generalizada para a amostra de estudantes com dificuldades de aprendizagem, na medida em que o bom desempenho numa disciplina pode ter um efeito positivo no autoconceito, enquanto aqueles que apresentam piores notas desenvolvem um autoconceito mais baixo, em resultado do processo de comparação social. Por outro lado, o bom desempenho numa disciplina pode também ter um efeito negativo no autoconceito de outra disciplina, como efeito da comparação dimensional (Möller, Streblov, & Pohlmann, 2008).

Num estudo de Ingesson (2007), os efeitos negativos das dificuldades na leitura e na escrita, em termos de sentimentos de *stress* e baixa realização, eram mais evidentes nos primeiros 6 anos de escolaridade (7-13 anos). Foi possível, ainda, estabelecer uma correlação significativa entre o impacto das dificuldades específicas de aprendizagem na autoestima e a confiança no futuro, na medida em que quanto mais negativo for o impacto na autoestima, menos otimista é a visão que as crianças têm do seu futuro. Os estudantes que experienciam dificuldades repetidamente, como é o caso daqueles com dislexia, têm maior probabilidade de se prejudicarem a eles próprios, criando

obstáculos ou desvantagens antes da tarefa ameaçadora, o que cria um ciclo vicioso: os comportamentos auto-prejurativos tendem a minar os desempenhos futuros e a aumentar as dificuldades de aprendizagem (Alesi, Rappo, & Pepi, 2012).

1.4. Dislexia e práticas parentais

As práticas parentais são unanimemente reconhecidas como elemento estruturante do desenvolvimento da criança. Numa análise compreensiva do modo como essas práticas condicionam ou influenciam o desenvolvimento da criança, deveremos ter em conta os objetivos mais alargados da socialização, as práticas parentais utilizadas para ajudar a criança a alcançar esses objetivos e o clima emocional no qual decorre todo o processo (Darling e Steinberg, 1993 citado por Brás, 2008).

Diana Baumrind, 1966, foi a responsável pelos estudos pioneiros nesta área, que tinham como objetivo avaliar o impacto das práticas parentais na vida do indivíduo e que permitiram a formulação de quatro estilos parentais decisivos no desenvolvimento das crianças (Brás, 2008): permissivo, autoritário, autoritativo e negligente.

No estilo parental permissivo, os pais evitam exercer controlo e não encorajam a obediência a padrões externos, tentando obter a cooperação da criança através de explicações ou de manipulação, mas não do uso claro do poder que detêm. São, portanto, pais que fazem poucas exigências, dando autonomia à criança para tomar as suas próprias decisões, sendo que os baixos níveis de exigência podem levar os filhos a sentirem-se excessivamente dependentes e protegidos (Baumrind, 1966).

Os pais autoritários tentam modelar o comportamento dos filhos de acordo com os seus padrões de conduta através do controlo e valorizam o respeito pela autoridade. As suas medidas para obter obediência são punitivas e não encorajam a troca de opiniões com os seus filhos, acreditando que as crianças devem aceitar a palavra dos pais como aquilo que está certo (Baumrind, 1966).

O estilo autoritativo caracteriza-se por um controlo firme mas de forma racional; valorizam tanto a obediência como a autonomia, estabelecendo um certo equilíbrio entre elas, o que resulta num controlo consistente quando há divergências, mas não recorrem a práticas punitivas

exageradas, encorajando a troca de ideias e partilham a razão de ser das regras e punições (Baumrind, 1966).

Os pais negligentes não exigem responsabilidade aos filhos, mas também não encorajam a sua independência. De um modo geral, são pais frios, inacessíveis, indiferentes, centrados neles próprios, não são afetuosos com a criança e recorrem a castigos ou pressões para evitar que o filho perturbe o seu comodismo (Baumrind, 1989 citado por Brás, 2008).

Os estilos parentais acima descritos estão subjacentes a duas dimensões principais: 1) controlo exercido pelos pais e 2) afeto, aceitação e suporte. O primeiro promove a aceitação de regras sociais, podendo ser inibidor (controlo psicológico) ou comportamental (controlo comportamental) e influencia a capacidade da criança para viver em grupo e em sociedade (Barber, 2002 citado por Brás, 2008). O controlo comportamental manifesta-se através de ações/regras que a criança deve cumprir, monitorização e supervisão das mesmas, enquanto o controlo psicológico é intrusivo e recorre a técnicas de manipulação das emoções e interfere negativamente no desenvolvimento psicológico e emocional da criança (Steinberg, 2005 citado por Brás, 2008). A dimensão afeto/aceitação inclui o suporte parental, a disponibilidade afetiva, as expressões de afeto, a aceitação da criança, a sensibilidade para os estados psicológicos do filho e respostas adequadas às necessidades psicológicas do mesmo (Rohner, 2004 citado por Brás, 2008). Apesar de ser este o modelo mais conhecido e abordado na literatura da especialidade, o instrumento utilizado neste projeto para avaliar as práticas parentais – Egná Minnen Bertraffande Uppfostran (EMBU) - divide-se em três fatores: Suporte Emocional, Rejeição e Tentativa de Controlo.

De acordo com a investigação, os diferentes estilos parentais promovem de modo diferenciado o desenvolvimento das crianças. Desta forma, as atitudes parentais positivas e o seu entendimento das dificuldades da criança correlacionam-se significativamente com a autoestima global da criança (Terras, Thompson, & Minnis, 2009). No que se refere à problemática da dislexia, a investigação demonstra que os pais de adolescentes com dislexia têm expectativas mais baixas relativamente ao seu futuro educacional do que os pais de crianças sem dislexia, sendo esse facto mais evidente em relação aos rapazes do que às raparigas. Os resultados

mostram ainda que a dislexia nos adolescentes está negativamente associada com as expectativas dos pais (Rimkute, Torppa, Eklund, Nurmi, & Lyytinen, 2014).

II – Estudo Empírico

Na primeira parte deste trabalho foram apresentados os dados de algumas investigações acerca do impacto da dislexia na qualidade de vida e dimensões socioafetivas do desenvolvimento humano. Apesar da existência de poucos estudos neste contexto, a ideia principal que parece emergir é a de que a qualidade de vida das crianças com dislexia é mais baixa do que a das crianças sem esta dificuldade. Da mesma forma, o seu o autoconceito é negativamente condicionado. No entanto, a investigação reduzida neste campo e os resultados fracamente convergentes de algumas investigações já efetuadas, mantêm em aberto um conjunto de questões, o que justifica a nossa abordagem desta temática.

Neste capítulo serão apresentados os objetivos e as hipóteses do estudo, a metodologia e os instrumentos utilizados. Caracterizar-se-ão também os participantes, grupo clínico e de controlo. Numa segunda parte serão apresentados e analisados os resultados com recurso ao programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* - versão 22.0), para de seguida procedermos à sua interpretação e posterior discussão. Por fim, serão apresentadas as potencialidades e limitações do estudo.

2.1. Objetivos e hipóteses

O presente estudo pretende essencialmente avaliar o impacto da dislexia de desenvolvimento na qualidade de vida das crianças que apresentam esta perturbação neurodesenvolvimental. Em simultâneo, analisam-se outras dimensões socio-afetivas e comportamentais, bem como a perceção das práticas parentais.

Neste contexto, procedemos à análise comparativa das diferentes dimensões tendo por base um grupo clínico de crianças com diagnóstico de perturbação específica de aprendizagem, e um grupo de controlo com crianças sem perturbações do neurodesenvolvimento, que foram emparelhadas por idade e por género.

Foram estabelecidos os seguintes objetivos: (1) Caracterizar a qualidade de vida das crianças com dislexia de desenvolvimento e proceder a uma análise comparativa tendo como referência um grupo de controlo; (2) Analisar e comparar o autoconceito das crianças dos dois grupos em análise; (3) Analisar e comparar a perceção dos estilos parentais do ponto de vista

das crianças e dos pais entre ambos os grupos; 4) Analisar o impacto da dislexia no repertório comportamental da criança.

Tendo em conta a revisão da literatura efetuada anteriormente, formulámos as seguintes hipóteses de trabalho, algumas das quais são meramente exploratórias, atendendo à investigação residual no domínio:

H1: A qualidade de vida do grupo clínico, tal como percebida pelas crianças, será mais baixa do que a do grupo controlo, no que diz respeito ao bem-estar emocional, às relações familiares e às amizades.

H2: A qualidade de vida das crianças com dislexia, tal como é percebida pelos pais, será mais baixa do que a do grupo controlo, no que diz respeito à escola e ambiente escolar.

H3: O grupo clínico apresentará um autoconceito mais baixo do que o grupo de controlo.

H4: Nas crianças com dislexia, a dimensão do autoconceito mais afetada será a aprendizagem, comparativamente às restantes.

H5: Na percepção de estilos parentais, os fatores rejeição e tentativa de controlo terão valores mais elevados no grupo clínico comparativamente ao grupo de controlo.

H6: Os pais das crianças com dislexia identificarão mais problemas comportamentais nos seus filhos do que os pais do grupo de controlo.

2.2. Metodologia

O presente trabalho insere-se numa investigação mais alargada que pretende analisar, em termos gerais, a qualidade de vida e desenvolvimento socio-afetivo das crianças com necessidades educativas especiais, entre elas, dislexia de desenvolvimento, perturbação de hiperatividade e défice de atenção, e crianças e jovens com características de sobredotação. É um estudo comparativo de natureza transversal e que integra amostras de conveniência.

Nesta tese tomámos como referência o grupo clínico das crianças com dislexia de desenvolvimento. A amostra foi recolhida no Centro de Prestação de Serviços à Comunidade, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, na consulta de avaliação psicológica, aconselhamento e reabilitação. As crianças sinalizadas como tendo dificuldades específicas de aprendizagem da leitura deveriam ter

idades cronológicas compreendidas entre os 8 e os 13 anos, ter como língua materna o português europeu e não possuir qualquer condição de comorbidade associada. As crianças foram avaliadas individualmente com recurso a um extenso protocolo de avaliação, intelectual, neuropsicológico e linguística. Mediante os resultados obtidos nas diversas provas (nomeadamente, percentil igual ou inferior a 20 num ou em ambos os índices do teste “O Rei” (Carvalho, 2008) e quociente intelectual geral igual ou superior a 90), foi operado o diagnóstico de dislexia de desenvolvimento.

De forma a podermos comparar os resultados destas crianças com aquelas sem qualquer perturbação do desenvolvimento, procedemos à recolha de uma amostra controlo em escolas dos concelhos da Guarda e Vale de Cambra. As crianças dos dois grupos deveriam ter idades entre os 8 e os 13 anos, sendo que os participantes da amostra controlo não poderiam ter qualquer perturbação do neurodesenvolvimento nem reparações. Foi pedido às crianças e aos seus pais que respondessem a seis questionários, sendo que três deles deveriam ser respondidos pelas crianças e os restantes três pelos pais. Neste sentido, foram entregues em ambas as escolas 53 protocolos, dos quais foram devolvidos 44, sendo que um destes não autorizou a participação. Após o emparelhamento com a amostra clínica, tendo como referências as variáveis idade e género, a amostra de controlo ficou reduzida a 21 crianças.

Participantes

Cada uma das amostras integra 21 crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 13 anos. Tendo em conta o emparelhamento da amostra em função das variáveis idade e género, tal como observamos na tabela 1, ambos os grupos apresentam uma média de idades semelhante (10,14) e distribuem-se uniformemente pelos dois sexos: 52.4% são raparigas e 47.6% são rapazes. No que diz respeito ao nível socioeconómico verifica-se que a distribuição do número de crianças por nível socioeconómico não ocorre com igual probabilidade ($\chi^2=13.29$; $p=0.001$), sendo que 33.3% das crianças com dislexia se situam no nível baixo, contra apenas 14.3% das crianças do grupo controlo. Existe ainda uma maior percentagem de crianças do grupo controlo no nível alto (28.6%) comparativamente ao grupo clínico (4.8%).

Tabela 1. Caracterização dos grupos

	Dislexia (N=21)	Controlo (N=21)	Total (N=42)	χ^2	df	p
Idade (em anos)						
M	10.14	10.14	10.14			
DP	0.35	0.35	0.24			
Min-Max	8 - 13	8 - 13	8 - 13			
Género						
Masculino	11 (52.4%)	11 (52.4%)	22 (52.4%)			
Feminino	10 (47.6%)	10 (47.6%)	20 (47.6%)			
Nível socioeconómico^a						
Baixo	7 (33.3%)	3 (14.3%)	10 (23.8%)			
Médio	13 (61.9%)	12 (57.1%)	25 (59.5%)	13.29	2	0.001
Alto	1 (4.8%)	6 (28.6%)	7 (16.7%)			

^a Análise efetuada com o teste do Qui-Quadrado

Medidas e procedimentos

Para a recolha dos dados foram usados os seguintes instrumentos:

KIDSCREEN-52 Versão Criança e Adolescente e KIDSCREEN-52 Versão Pais (The KIDSCREEN Group, 2004; tradução e adaptação: Matos, Gaspar, Calmeiro & KIDSCREEN Group, 2005): tem como objetivo avaliar a qualidade de vida das crianças dos 8 aos 18 anos, do seu ponto de vista e da perspetiva dos pais. Pode ser utilizado para medição, monitorização e avaliação da saúde geral associada à qualidade de vida. É composto por 52 itens divididos em 10 dimensões: (1) Saúde e Atividade Física. Avalia o nível de atividade, energia e aptidão física da criança/adolescente, tendo como referência a sua capacidade de praticar alguma atividade física em casa e na escola. (2) Sentimentos, refere-se ao bem-estar psicológico da criança/adolescente, nomeadamente às emoções positivas e satisfação com a vida. (3) Estado de Humor Global, avalia a quantidade de sentimentos e emoções depressivas e stressantes, como a solidão e a tristeza, que a criança experiencia e o modo como são percebidos. (4) Auto perceção (sobre si próprio), explora a perceção que a criança/adolescente tem de si próprio, incluindo a imagem corporal. (5) Autonomia / Tempo Livre, relaciona-se com a oportunidade que a criança

tem para o seu tempo social e de lazer, a sua autonomia e liberdade de escolha. (6) Família e Ambiente Familiar, avalia a relação com os pais bem como o ambiente em casa, a qualidade das interações entre a criança e os pais. (7) Questões Económicas, tem em conta a perceção da criança/adolescente acerca da qualidade dos recursos financeiros. (8) Amigos (Relações interpessoais de apoio social), explora a natureza das relações da criança/adolescente com os seus pares. (9) Ambiente Escolar e Aprendizagem, avalia a perceção que a criança/adolescente tem da sua capacidade cognitiva, de aprendizagem e de concentração e a satisfação em relação ao seu desempenho escolar. (10) Provocação, abarca os sentimentos de rejeição pelos pares na escola, bem como a ansiedade para com o grupo de pares. As diferentes dimensões do Kidscreen apresentam um Alfa de Cronbach entre 0.76 e 0.89 (Gaspar & Matos, 2008).

Escala de Autoconceito de Piers-Harris 2 (Piers & Hertzberg, 2002; Veiga, 2006): destina-se a crianças e adolescentes entre os 7 e os 18 anos e é composta por 60 itens agrupados em 6 fatores: (1) Aspeto Comportamental, que se refere às atitudes e comportamentos dos adolescentes em relação aos seus familiares e grupo de pares; (2) Estatuto intelectual e escolar, que avalia a atitude para com a escola; (3) Aparência e atributos físicos, que tem em atenção a satisfação da criança com a sua aparência; (4) Ansiedade, que avalia os níveis de medo e otimismo nas tarefas escolares e nas relações que estabelece com os outros; (5) Popularidade, que se relaciona com a aceitação social percebida pela criança; (6) Satisfação e felicidade, que avalia se a criança se sente bem consigo própria e com as suas ações. No que diz respeito à pontuação, é atribuído 1 ponto se a resposta revelar uma atitude positiva ou 0 se a resposta for indicadora de uma atitude negativa, sendo que a pontuação total do instrumento varia dos 0 aos 60 pontos. No que diz respeito à consistência interna, apresenta valores entre os 0.62 e os 0.90 nas suas diferentes dimensões (Veiga, 2006).

EMBU-Crianças 6-12 (Castro, 1993; Canavarro & Pereira, 2007): tem como objetivo avaliar a perceção que as crianças têm dos estilos educativos parentais dos seus progenitores, sendo a avaliação realizada separadamente por cada um deles, as idades de aplicação vão 8 aos 11 anos. É constituído por 32 itens, avaliados numa escala de formato Likert de 4 pontos desde *Não, nunca* a *Sim, Sempre*, divididos em três fatores: Suporte

Emocional, Rejeição e Tentativa de Controlo. O fator Suporte Emocional refere-se à disponibilidade dos progenitores, a nível físico e afetivo, e à aceitação da criança por parte dos pais. O fator Rejeição diz respeito a comportamentos de hostilidade física e verbal bem como comportamentos de rejeição para com a criança. Por fim, o fator Tentativa de Controlo refere-se a comportamentos dos pais que têm como objetivo o controlo do comportamento da criança. Relativamente à consistência interna deste instrumento, encontramos valores entre os 0.62 e os 0.85 (Canavarro & Pereira, 2007a).

EMBU-Pais (Castro, 1993; Canavarro & Pereira, 2007): tem como objetivo avaliar os estilos parentais educativos segundo a perceção dos progenitores. É constituído por 42 itens, avaliados numa escala de formato Likert de 4 pontos desde *Não, nunca* a *Sim, sempre*, divididos em três fatores: Suporte Emocional, Rejeição e Tentativa de Controlo. O fator Suporte Emocional traduz o suporte afetivo por parte dos pais, aceitação e a sua disponibilidade física e psicológica. O fator Rejeição manifesta hostilidade ou agressão verbal e física, bem como a não-aceitação da criança. Finalmente, o fator Tentativa de Controlo descreve intenções e ações dos pais que têm como objetivo o controlo dos filhos e preocupações com o bem-estar da criança. Os valores do coeficiente alpha de Cronbach situam-se entre os 0.71 e os 0.82 (Canavarro & Pereira, 2007b).

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por) Versão Pais (Goodman, 2005): é um questionário comportamental composto por 25 itens, organizados em 5 escalas: (1) Sintomas Emocionais; (2) Problemas de Comportamento; (3) Hiperatividade; (4) Problemas de Relacionamento com os Colegas; (5) Comportamento Pró-Social. A pontuação total de cada subescala varia entre 0 e 10, com todos os itens respondidos. Do somatório das 4 primeiras escalas obtemos a Pontuação Total de Dificuldades, que varia de 0 a 40. O suplemento do impacto, que inclui itens referentes ao sofrimento global e às dificuldades sociais varia de 0 a 10, sendo que uma pontuação igual ou superior a 2 é anormal, 1 é limítrofe e uma pontuação de 0 é normal. Cada item tem como opções de resposta *Não é verdade*, *É um pouco verdade*, *É muito verdade*. As respostas têm como referência o comportamento da criança nos últimos 6 meses. A consistência interna da escala indica valores de alfa de Cronbach que variam entre 0.70 e 0.80.

Para a constituição da amostra de controlo, foram contactados dois agrupamentos de escolas dos concelhos da Guarda e de Vale de Cambra. Depois de entrarmos em contacto com os diretores dos agrupamentos, foram-lhes explicadas as condições do estudo, os objetivos da investigação, os procedimentos de avaliação e os critérios de inclusão na amostra de controlo.

Obtida a autorização por parte das escolas, solicitámos aos diretores que operassem a sinalização das crianças sem qualquer tipo de necessidade educativa especial, sem retenções no histórico escolar e cujas idades se situassem dentro da faixa etária dos 8 aos 13 anos.

Posteriormente foram enviados os pedidos de autorização e consentimento informado aos pais das crianças juntamente com o protocolo de avaliação a ser respondido tanto pelas crianças como pelos pais.

Assim, em Março do presente ano procedemos à entrega de 53 protocolos nas escolas, sendo que destes, 1 recusou participar e 6 não devolveram os questionários. Das 46 que efetivamente responderam, fizemos uma seleção de 21 crianças, de forma a emparelhar com a amostra clínica, em função da idade e do género.

No que diz respeito ao grupo clínico, os dados foram recolhidos de duas formas. Para aqueles que já tinham sido avaliados anteriormente na consulta de Dificuldades de Aprendizagem do Centro de Prestação de Serviços à Comunidade, foram enviados por correio 39 protocolos, dos quais obtivemos 13 respostas. Para além disso, foi pedido aos pais e às crianças das novas consultas, com diagnóstico de dislexia, que também eles preenchessem o protocolo, de forma a serem incluídos na amostra. Destes, 8 responderam aos questionários, perfazendo um total de 21 crianças com dislexia de desenvolvimento.

2.3. Análise estatística

Para a realização das análises estatísticas foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS – versão 22.0). De forma a obtermos um perfil geral da amostra recolhida foi realizada uma análise exploratória dos dados (medidas de tendência central e dispersão) bem como a verificação da normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias através dos testes de *Kolmogorov-Smirnov* e teste de *Levene*,

respetivamente. Uma vez que as amostras para cada um dos grupos têm menos de 30 participantes, foram utilizados os testes não paramétricos *U de Mann-Whitney* e o teste *Z de Wilcoxon*. Foram ainda calculadas correlações entre algumas variáveis, através dos coeficientes de correlação de *Spearman*.

2.4. Análise e discussão dos resultados

São expostos, de seguida, os resultados obtidos nos questionários aplicados e a análise comparativa dos mesmos. Tendo em conta as dimensões avaliadas, a sequência de apresentação dos resultados será a seguinte: (i) *Kidscreen-C e P*, como forma de avaliar a qualidade de vida das crianças; (ii) Escala de Autoconceito de *Piers-Harris*, com o objetivo de analisar o autoconceito; (iii) *EMBU-C e P*, para que possamos comparar as práticas parentais entre grupos; (iv) Questionário de Capacidades e Dificuldades, como medida das competências e obstáculos sentidos pelos pais das crianças.

2.4.1. Qualidade de vida

Analisando a tabela 2, referente à comparação dos resultados do *Kidscreen-Criança* nos dois grupos, verificamos diferenças estatisticamente significativas na dimensão família e ambiente familiar ($U=130,50$; $p=0,02$), questões económicas ($U=130,50$; $p=0,02$) e provocação ($U=128,50$; $p=0,02$). Comparativamente às crianças normoleitoras, as crianças com dislexia sentem-se não apreciados pelos pais, provocados ou rejeitados pelos seus pares e economicamente desfavorecidos. De facto, a caracterização sociodemográfica permite-nos observar que existem mais crianças na classe baixa no grupo clínico (33.3%) do que no grupo controlo (14.3%), o que pode explicar as diferenças relativas à situação económica.

Um dado curioso desta análise, e que importa salientar, refere-se ao facto de a dimensão Escola não ser vista como problemática pelos alunos com dislexia. Este resultado poderá alertar-nos para o facto de que apesar das dificuldades sentidas por estes alunos ao longo da sua aprendizagem, existem outras dimensões da vida da criança afetadas por esta perturbação, e que elas percecionam como muito importantes, nomeadamente no que diz respeito às relações familiares. Sendo assim, os dados apresentados confirmam a primeira hipótese deste estudo e vão de encontro a conclusões

de estudos anteriores (Ginieri-Cocossis *et al.*, 2012; Terras, Thomson & Minnis, 2007).

Tabela 2. Análise comparativa da percepção das crianças acerca da sua qualidade de vida entre os grupos (Kidscreen-C)

	Dislexia				Controlo				U	df
	N	M	DP	Amp.	N	M	DP	Amp.		
Saúde e	21	51.47	8.95	40.45	21	54.78	9.99	36.55	171.50	40
Atividade				73.20				73.20		
Física										
Sentimentos	21	52.98	9.22	34.13	21	56.22	7.42	43.25	178.00	40
				68.49				68.49		
Humor	21	51.81	10.11	37.76	21	58.45	10.40	33.58	151.50	40
				70.91				70.91		
Auto	21	51.20	10.00	36.43	21	56.45	9.13	41.83	150.50	40
percepção				69.78				69.78		
Autonomia	21	55.75	11.54	38.98	21	57.30	10.44	33.70	199.50	40
				68.75				68.75		
Família	21	50.84	7.62	36.98	21	57.03	8.15	42.55	130.50*	40
				65.87				65.87		
Economia	21	48.51	10.27	23.24	21	55.63	7.87	41.92	132.00*	40
				62.86				62.86		
Amigos	21	53.82	10.57	36.81	21	54.19	10.40	34.03	210.50	40
				71.46				71.46		
Escola	21	54.37	10.55	36.77	21	58.91	9.13	46.94	161.50	40
				73.80				73.80		
Provocação	21	44.10	10.80	29.13	21	51.98	9.01	31.08	128.50*	40
				58.85				58.85		

* $p < .05$

Os pais responderam a uma versão do mesmo instrumento (*cf.* Tabela 3), na análise comparativa dos dois grupos, observam-se diferenças com significado estatístico nas dimensões estado de humor geral ($U=124.50$; $p=0.02$), ambiente escolar/aprendizagem ($U=103.50$; $p=0.003$) e questões económicas ($U=142.50$; $p=0,005$), que surgem como mais problemáticas no grupo clínico. Tendo em conta as respostas de pais e filhos, os pais cujos filhos têm o diagnóstico de dislexia veem-nos com mais dificuldades económicas, justificada pela distribuição socioeconómica da amostra, o que é consonante com as respostas das crianças.

Comparativamente às crianças do grupo de controlo, as crianças com dislexia são ainda vistas pelos pais como mais infelizes e mais insatisfeitas com a escola e a aprendizagem, contrariamente à visão que os filhos têm de si próprios em relação a essa dimensão. Estes resultados confirmam a

segunda hipótese em estudo e parecem alertar para a importância da distinção entre aquilo que é visto pelos pais como problemático e o que as crianças realmente percebem como ameaçador.

Tabela 3. Análise comparativa da percepção dos pais acerca da qualidade de vida dos filhos entre os grupos (Kidscreen-P)

		Dislexia				Controlo				U	df
		N	M	DP	Amp.	N	M	DP	Amp.		
Saúde	e	21	52.16	10.88	28.78	21	58.14	8.51	49.54	151.50	40
Atividade Física^a					–				–		
Sentimentos^b		21	51.94	9.15	32.72	21	57.93	7.33	48.87	145.00	40
					–				–		
Humor^b		21	49.87	11.28	26.95	21	58.08	8.63	41.77	124.50*	40
					–				–		
Autopercepção^b		21	50.40	11.89	70.82	21	51.65	9.24	70.82	184.00	40
					35.81				38.88		
Autonomia^a		21	49.75	9.76	70.98	21	49.79	6.73	70.98	197.50	40
					–				–		
Família^b		21	52.19	11.18	67.95	21	55.15	7.76	67.95	190.00	40
					23.83				40.20		
Economia^a		21	50.01	12.37	69.22	21	57.38	6.76	69.22	142.50*	40
					23.96				46.06		
Amigos^b		21	50.13	7.20	65.02	21	53.68	5.94	65.02	144.50	40
					–				40.52		
Escola^a		21	48.36	10.25	66.69	21	57.69	8.88	66.69	103.50**	40
					23.85				45.39		
Provocação^a		21	41.91	11.93	72.50	21	47.15	9.51	72.50	157.00	40
					18.25				27.63		
					–				–		
					58.83				58.83		

*p < .05, **p < .01

Quanto ao acordo entre pais e crianças no que se refere à qualidade de vida (cf. tabela 4), podemos constatar que há uma forte convergência, entre as respostas de pais e filhos, sendo que as diferenças estatisticamente significativas se limitam apenas à dimensão Ambiente Escolar ($Z = -2,56$; $p = 0,01$), no que diz respeito ao grupo clínico. Ou seja, as crianças com dislexia avaliam a sua aprendizagem como menos problemática do que os seus pais.

Tendo em conta a situação desafiadora que é ter um filho com dificuldades de aprendizagem, é natural que os pais se foquem na dimensão escolar e a vejam como mais problemática. Desta forma, e para que as dimensões socioafetivas e as consequências da dislexia noutras áreas não sejam descuradas, seria importante alargar a investigação e a intervenção

neste sentido, de forma a prevenir estas dificuldades e fornecer ferramentas para que pais e filhos possam saber como lidar com estes aspetos socioemocionais.

Relativamente ao grupo controlo, existem diferenças estatisticamente significativas entre as respostas de pais e filhos, nas dimensões Autonomia ($Z = -2,94$; $p = 0,003$), sendo que os pais veem os filhos como menos autónomos, comparativamente à avaliação das próprias crianças, e Provocação ($Z = -2,28$; $p = 0,02$), uma vez que os pais veem os filhos como rejeitados pelos pares, num grau superior ao que as crianças sentem.

Tabela 4. Análise comparativa entre a perceção de pais e crianças acerca da qualidade de vida (Kidscreen-C vs Kidscreen-P)

	Dislexia		Controlo	
	Z	df	Z	df
Saúde e Atividade Física Criança /Pais	-0.58	20	-1.27	20
Sentimentos Criança /Pais	-0.12	20	-1.11	20
Humor Criança /Pais	-0.82	20	-0.02	20
Auto perceção Criança /Pais	-0.64	20	-1.90	20
Autonomia Criança /Pais	-1.72	20	-2.94**	20
Família Criança /Pais	-0.64	20	-0.96	20
Economia Criança /Pais	-0.12	20	-0.99	20
Amigos Criança /Pais	-1.34	20	-0.16	20
Escola Criança /Pais	-2.56*	20	-0.23	20
Provocação Criança /Pais	-0.89	20	-2.28*	20

**p < .01; *p < .05

2.4.2. Autoconceito

No que se refere ao autoconceito, os resultados expostos na tabela 5 revelam diferenças estatisticamente significativas entre grupos ao nível das dimensões comportamental ($U = 85.50$; $p < 0.001$), estatuto intelectual ($U = 50.50$; $p < 0.001$), felicidade ($U = 152.50$; $p = 0.048$) e popularidade

($U=78.00$; $p<0.001$), bem como no total obtido por cada um dos grupos ($U=61.50$; $p<0.001$). De uma forma geral, as crianças com dislexia apresentam um autoconceito mais baixo, comparativamente às crianças sem qualquer perturbação do neurodesenvolvimento, confirmando as expectativas expressas na terceira hipótese deste estudo.

Tabela 5. Análise comparativa do autoconceito entre grupos

	Dislexia				Controlo				U	df
	N	M	DP	Amp.	N	M	DP	Amp.		
AC	21	49.97	12.18	23.36	21	59.99	5.65	47.65	85.50**	40
Comport.				63.85				63.85		
AC	21	48.89	12.00	23.22	21	54.17	13.33	23.22	155.00	40
Ansiedade				67.67				67.67		
AC	21	48.59	10.97	22.60	21	62.94	6.78	45.50	50.50**	40
Estatuto				64.58				68.40		
Intelectual				15.22				9.78	78.00**	40
AC	21	49.64	12.19	64.13	21	58.95	11.84	64.13		
Popularidade				30.72				40.29	146.50	40
AC	21	50.08	9.14	59.43	21	55.55	6.70	64.21		
Aparência				20.16				43.41	152.50*	40
AC	21	51.53	9.64	58.91	21	56.33	5.10	58.91		
Felicidade				19.83				29.17	61.50**	40
Total	21	49.64	12.43	67.89	21	64.01	10.18	74.57		

** $p < .01$; * $p < .05$

De uma forma mais específica, os resultados apontam para um autoconceito significativamente mais baixo no grupo clínico no que diz respeito ao estatuto intelectual, o que é consonante com o estudo de Ridsdale (2004), no qual as crianças com dislexia de desenvolvimento reportam um autoconceito mais baixo no que se refere à esfera académica. Este resultado vem assim confirmar a quarta hipótese deste estudo e chama-nos a atenção para a importância de trabalhar esta dimensão no processo de intervenção. Adicionalmente, o aspeto comportamental, a felicidade e a popularidade são também dimensões do autoconceito significativamente mais baixas nas crianças com dislexia.

2.4.3. Estilos parentais

Passando agora à análise dos estilos educativos parentais, tendo como referência as percepções da criança, da análise comparativa, entre os grupos

(cf. tabela 6), surgem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões rejeição, seja referente à mãe ($U=138,50$; $p=0,04$) ou ao pai ($U=139,50$; $p=0,04$). As crianças com dislexia percebem mais sentimentos de rejeição por parte dos pais, comparativamente às crianças sem qualquer perturbação do neurodesenvolvimento. Estes dados confirmam, ainda que parcialmente, a quinta hipótese deste estudo, uma vez que o fator rejeição é significativamente mais elevado no grupo clínico.

Tabela 6. Análise comparativa das práticas parentais do ponto de vista das crianças em relação aos pais entre os grupos (EMBU-C)

	Dislexia				Controlo				U	df
	N	M	DP	Amp.	N	M	DP	Amp.		
Pai	21	44.95	7.39	32.00	21	46.57	6.34	29.00	200.50	40
Suporte Emocional				55.00				54.00		
Pai	21	12.24	2.64	8.00	21	10.81	3.36	8.00	138.50*	40
Rejeição				16.00				20.00		
Pai	21	23.14	4.38	14.00	21	22.29	4.39	15.00	190.00	40
Tentativa de Controlo				33.00				31.00		
Mãe	21	47.81	6.55	30.00	21	48.71	5.25	32.00	216.50	40
Suporte Emocional				55.00				56.00		
Mãe	21	12.29	2.88	8.00	21	10.52	2.96	8.00	139.50*	40
Rejeição				17.00				21.00		
Mãe	21	25.00	4.29	18.00	21	22.90	4.95	17.00	150.00	40
Tentativa de Controlo				33.00				35.00		

* $p < .05$

Os resultados do EMBU-Pais (cf. tabela 7) não apresentam nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Tabela 7. Análise comparativa das práticas parentais do ponto de vista dos pais entre os grupos (EMBU-P)

	Dislexia				Controlo				U	df
	N	M	DP	Amp.	N	M	DP	Amp.		
Suporte	21	47.71	4.82	37.00	21	48.52	3.92	39.00	194.50	40
Emocional				55.00				55.00		
Rejeição	21	27.95	5.03	20.00	21	26.24	4.54	20.00	170.00	40
				37.00				38.00		
Tentativa de	21	30.48	3.98	25.00	21	29.67	4.93	22.00	201.00	40
Controlo				36.00				38.00		

Como forma de perceber as diferenças entre as respostas de pais e filhos no que diz respeito às práticas parentais, realizou-se uma comparação para os três fatores. Tendo em conta a análise efetuada, podemos concluir que as respostas não são convergentes no que diz respeito aos fatores Rejeição ($Z = -4.02$; $p < 0.001$) e Tentativa de Controlo ($Z = -3.83$; $p < 0.001$ e $Z = -3.28$; $p < 0.001$), no grupo clínico. Da mesma forma, no grupo controlo os fatores com diferenças estatisticamente significativas são a Rejeição ($Z = -4.02$; $p < 0.000$ e $Z = -3.93$; $p < 0.001$) e Tentativa de Controlo ($Z = -3.65$; $p < 0.001$ e $Z = -3.33$; $p < 0.001$).

Tabela 8. Comparações entre as dimensões do EMBU-Pais e Crianças

	Dislexia		Controlo	
	Z	df	U	df
Pais vs Criança_Pai	-1.14	20	-1.01	20
Suporte Emocional				
Pais vs Criança_Mãe	-0.31	20	-0.41	20
Suporte Emocional				
Pais vs Criança_Pai	-4.02**	20	-4.02**	20
Rejeição				
Pais vs Criança_Mãe	-4.02**	20	-3.93**	20
Rejeição				
Pais vs Criança_Pai	-3.83**	20	-3.65**	20
Tentativa de controlo				
Pais vs Criança_Mãe	-3.28**	20	-3.33**	20
Tentativa de controlo				

** $p < .01$

2.4.4. Capacidades e dificuldades da criança

No que diz respeito aos resultados (*cf.* tabela 9) no Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ), começamos por destacar o facto de os grupos se diferenciarem entre si em três das cinco dimensões, observando-se as diferenças mais evidentes ao nível dos problemas de comportamento ($U=117$; $p=0.01$), da hiperatividade ($U=70$; $p<0.001$) e dos problemas de relacionamento com os colegas ($U=129.50$; $p=0.02$). Sendo que é bastante frequente a ocorrência de comorbilidades nesta perturbação, nomeadamente com a perturbação de hiperatividade e défice de atenção. A este propósito, Willcutt, Penningto, Olson, Chhabildas e Hulslander (2005) referem que 15 a 40% das crianças com dislexia de desenvolvimento, apresentam uma Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção. Estes resultados,

parecem indicar a dislexia como um problema que envolve múltiplos défices. Observa-se a mesma tendência no total de problemas apontados pelos pais ($U=81.50$; $p<0.001$). Os pais das crianças com dislexia relatam significativamente mais problemas de comportamento, mais sinais de hiperatividade e mais problemas de relacionamento nos seus filhos, do que os pais do grupo controlo. De uma forma geral, os pais cujos filhos têm o diagnóstico de dislexia, relatam um maior número de problemas, comparativamente aos pais de crianças sem dislexia, o que parece demonstrar que os problemas das crianças com dislexia vão muito para além das aprendizagens escolares, influenciando grande parte do seu reportório comportamental. Estes dados vêm reforçar, uma vez mais, a necessidade de uma intervenção ao nível destas dimensões e não apenas no que diz respeito ao treino de funções neurocognitivas, e confirmam a sexta hipótese deste estudo.

Tabela 9. Análise comparativa do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) entre os grupos

	Dislexia				Controlo				U	Df
	N	M	DP	Amp.	N	M	DP	Amp.		
Sintomas	21	3.48	2.20	0.00	21	2.48	1.94	0.00	160.50	40
Emocionais				8.00				7.00		
Problemas	21	2.48	2.20	0.00	21	0.90	1.00	0.00	117.00**	40
Comportam.				9.00				3.00		
Hiperat.	21	5.76	2.45	0.00	21	2.48	2.06	0.00	70.00**	40
				10.00				7.00		
Problemas	21	2.10	1.64	0.00	21	0.95	0.97	0.00	129.50*	40
Relacionam.				5.00				3.00		
Colegas										
Comportam.	21	8.67	1.74	4.00	21	9.00	1.52	5.00	185.50	40
Pró-Social				10.00				10.00		
Total	21	0.38	6.70	0.00	21	6.81	3.87	2.00	81.50**	40
Problemas				26.00				14.00		

* $p < .05$, ** $p < .01$

Em relação ao suplemento de impacto do SDQ (*cf.* tabela 10), as principais diferenças significativas são ao nível do sofrimento que as dificuldades causam na criança ($U=147$; $p=0.004$), em casa ($U=168$; $p=0.02$) e na aprendizagem ($U=84$; $p<0.001$). Ou seja, os pais das crianças com dislexia afirmam que esta dificuldade faz sofrer o seu filho, interferindo em

casa e na aprendizagem, de uma forma significativa, contrariamente aos pais das crianças sem dislexia, uma vez que não apontam qualquer tipo de dificuldade nestes níveis. Este resultado vem reforçar a necessidade e a importância de uma intervenção ao nível socioafetivo e a nível familiar, uma vez que o impacto da dislexia de desenvolvimento não se circunscreve apenas à escola, influenciando também as relações familiares.

Tabela 10. Análise comparativa da dimensão “impacto” do SDQ entre os grupos

	Dislexia				Controlo				U	df
	N	M	DP	Amp.	N	M	DP	Amp.		
Dificuldades incomodam	21	0.38	0.59	0.00 – 2.00	21	0.00	0.00	0.00 – 0.00	147.00**	40
Casa	21	0.38	0.74	0.00 – 2.00	21	0.00	0.00	0.00 – 0.00	168.00*	40
Amigos	21	0.14	0.36	0.00 – 1.00	21	0.00	0.00	0.00 – 0.00	189.00	40
Aprender	21	0.86	0.79	0.00 – 2.00	21	0.00	0.00	0.00 – 0.00	84.00**	40
Brincadeiras	21	0.05	0.22	0.00 – 1.00	21	0.00	0.00	0.00 – 0.00	210.00	40

*p < .05, **p < .01

III – Conclusões

As investigações com enfoque nas dimensões socioafetivas são escassas no âmbito das dificuldades de aprendizagem. O presente estudo pretende fornecer dados que permitam caracterizar as necessidades emocionais e afetivas das crianças com dislexia, de forma a reduzir a limitação atual.

Esta investigação possibilitou, com base na pesquisa bibliográfica e também na análise dos resultados, um conhecimento mais aprofundado da amplitude das problemáticas subjacentes à dislexia e que vão muito além do âmbito das aprendizagens académicas e das perturbações em funções neurocognitivas específicas.

Assim, as crianças com dislexia de desenvolvimento diferenciam-se das crianças normoleitoras no que diz respeito à qualidade de vida, uma vez que se sentem significativamente mais deprimidas e infelizes, evidenciando como áreas mais problemáticas as relações familiares e a rejeição por parte dos colegas, o que vem confirmar a primeira hipótese deste estudo. Adicionalmente, estas crianças avaliam-se como menos capazes economicamente, o que pode ser resultado de uma maior percentagem de crianças pertencentes à classe baixa, relativamente ao grupo controlo. Ainda no que diz respeito à qualidade de vida, os pais veem o contexto escolar e aprendizagem como mais problemáticas, contrariamente aos seus filhos, confirmando a segunda hipótese deste estudo. Este resultado pode ser explicado pela grande preocupação que os pais destas crianças manifestam para com a escola, devido às dificuldades de aprendizagem experienciadas pelos seus filhos. É importante que haja uma maior incidência da investigação no que diz respeito às diferenças entre as respostas de pais e filhos, de forma a entendermos aquilo que é visto como desafiante para ambos, para que a intervenção se torne mais completa.

Analisando os resultados obtidos na Escala de Autoconceito, as crianças com dislexia apresentam um autoconceito significativamente inferior às crianças normoleitoras, confirmando a terceira hipótese. Mais especificamente, as áreas significativamente mais afetadas são o Aspeto Comportamental, a Popularidade, a Felicidade e o Estatuto Intelectual. Estes dados confirmam, a quarta hipótese deste estudo, que pressupunha que a dimensão do autoconceito mais afetada seria a aprendizagem,

comparativamente às restantes, ainda que tenham sido evidenciadas outras áreas como problemáticas.

No que diz respeito às práticas parentais, os resultados foram mais elevados para o grupo clínico na dimensão rejeição, o que confirma, ainda que em parte, a quinta hipótese deste estudo. Por último, e indo de encontro ao esperado na sexta hipótese desta investigação, os pais cujos filhos têm o diagnóstico de dislexia, relatam um maior número de problemas, comparativamente aos pais de crianças sem dislexia.

Esta investigação apresenta algumas limitações que deverão ser acauteladas em investigações futuras. Como primeira limitação, devemos apontar o tamanho da amostra, que poderá limitar o poder da inferência estatística. Por outro lado, o protocolo de avaliação foi bastante extenso, com sete instrumentos no total, o que pode ter diminuído a quantidade de respostas.

Apesar das limitações apontadas os resultados deste estudo revestem-se de alguma importância para estudos futuros. Mais precisamente, torna-se relevante uma investigação mais exaustiva no que diz respeito às diferentes dimensões da qualidade de vida tal como percecionadas pelas crianças com dislexia e a comparação das respostas de pais e filhos, uma vez que este estudo parece apontar para uma diferença entre aquilo que pais e filhos consideram problemático na vida da criança. Seria também importante investigar diferenças entre géneros e idades para o grupo clínico, com uma amostra de maior dimensão. Apesar de muito modesto, o contributo destes resultados para um maior conhecimento do impacto da dislexia nos vários contextos da criança e em múltiplas dimensões, encoraja-nos a continuar a investigação nestes domínios, para que a intervenção com estas crianças e com os seus pais possa ser também direcionada para os aspetos emocionais e não apenas para o treino de funções cognitivas.

Bibliografia

- Alesi, M., Rappo, G., & Pepi, A. (2012). Self-esteem at school and self-handicapping in childhood: comparison of groups with learning disabilities. *Psychological Reports: Disability & Trauma*, 11 (3), pp. 952-962. doi:10.2466/15.10.PR0.111.6.952-962
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5º ed.). Climepsi Editores.
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37(4), pp. 887-907.
- Brás, P. M. (2008). *Um olhar sobre a parentalidade (estilos parentais e aliança parental) à luz das transformações sociais actuais (Dissertação de Mestrado)*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2007a). A percepção dos filhos sobre os estilos educativos parentais: a versão portuguesa do EMBU-C. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 24(2), pp. 193-210.
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2007b). A avaliação dos estilos parentais educativos na perspectiva dos pais: a versão portuguesa do EMBU-P. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 2, pp. 271-286.
- Carroll, J., & Iles, J. (2006). An assessment of anxiety levels in dyslexic students in higher education. *British Journal of Educational Psychology*, 76, pp. 651-662. doi:10.1348/000709905X66233
- Correia, L. M. (2007). Para uma definição portuguesa de dificuldades de aprendizagem específicas. *Revista brasileira de educação especial*, 13(2), pp. 155-172.
- Correia, L. M., & Martins, A. P. (1999). *Dificuldades de aprendizagem: o que são? como entendê-las?* Porto: Porto Editora.
- Dicionário de Psicologia da APA. (2010). (D. Bueno, M. A. Veronese, M. C. Monteiro, Trads., & G. R. VandenBos, Compilador) Porto Alegre: Artmed.
- Gaspar, T., & Matos, M. (Edits.). (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes - versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen 52*. Aventura Social e Saúde.
- Ginieri-Coccosis, M., Rotsika, V., Skevington, S., Papaevangelou, S., Malliori, M., Tomaras, V., & Kokkevi, A. (2012). Quality of life in newly diagnosed children with specific learning disabilities (SpLD) and differences from typically developing children: a study of child and parent reports. *Child: care, health and development*, 39(4), pp. 581-591. doi:10.1111/j.1365-2214.2012.01369.x
- Humphrey, N., & Mullins, P. (2002). Personal constructs and attribution for academic success and failure in dyslexia. *British Journal of Special Education*, 29(4), pp. 196-203.
- Ingesson, S. G. (2007). Goring Up With Dyslexia. *School Psychology International*, 28(5), pp. 574-591. doi:10.1177/0143034307085659
- International Dyslexia Association. (2002). *Definition of Dyslexia*. Obtido em Julho de 2015, de International Dyslexia Association: <http://eida.org/definition-of-dyslexia/>

- Learning Disabilities Association of Canada. (2015). *Official Definition of Learning Disabilities*. Obtido de <http://www.ldac-acta.ca/learn-more/ld-defined/official-definition-of-learning-disabilities>
- Möller, J., Streblow, L., & Pohlmann, B. (2008). Achievement and self-concept of students with learning disabilities. *Social Psychology of Education*, pp. 113-122. doi:10.1007/s11218-008-9065-z
- Ridsdale, J. (2004). Dyslexia and Self-Esteem. Em M. Turner, & J. Rack (Edits.), *The Study of Dyslexia* (pp. 249-279). New York: Kluwer Academic Publishers.
- Rimkute, L., Torppa, M., Eklund, K., Nurmi, J.-E., & Lyytinen, H. (2014). The impact of adolescents' dyslexia on parents' and their own educational expectations. *Reading and Writing*, 27, pp. 1231-1253. doi:10.1007/s11145-013-9484-x
- Serra, A. V. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2 (VI), pp. 101-110.
- Sprenger-Charolles, L., & Colé, P. (2013). *Lecture et dyslexie: approche cognitive*. Paris: Dunod.
- Terras, M. M., Thompson, L. C., & Minnis, H. (2009). Dyslexia and Psychosocial Functioning: An Exploratory Study of the Role of Self-esteem and Understanding. *Dyslexia*, 15, pp. 304-327. doi:10.1002/dys.386
- Veiga, F. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCS-2). *Psicologia e Educação*, V (1), pp. 39-48.
- Vellutino, F. R., & Fletcher, J. M. (2007). Developmental Dyslexia. Em M. J. Snowling, & C. Hulme (Edits.), *The science of reading: a handbook* (pp. 362-378). Blackwell Publishing.
- Willcutt, E., Penningto, B., Olson, R., Chhabildas, N., & Hulslander, J. (2005). Neuropsychological Analyses of Comorbidity Between Reading Disability and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: In Search of the Common Deficit. *Developmental Neuropsychology*, 27(1), pp. 35-78. doi:10.1207/s15326942dn2701_3
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*.

Anexos

Anexo I

Consentimento Informado para pais – grupo controlo

Exmo(a) Sr(a),

Solicito autorização para que o vosso educando participe numa investigação sobre o impacto da dislexia na qualidade de vida da criança, no âmbito de uma tese de mestrado a decorrer na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, orientada pelo Professor Marcelino Pereira. Tendo como principal objectivo avaliar a qualidade de vida e outras variáveis associadas, tais como o auto-conceito, locus de controlo e as práticas parentais, desde os 8 aos 13 anos, é pedido que o vosso educando responda a 4 questionários, que incidem no tema em análise. É ainda solicitada a participação dos pais na investigação, com o preenchimento de 3 inquéritos.

Na 1ª etapa do estudo, que se iniciou em Dezembro de 2014, é pedido às crianças com dislexia e aos seus pais que preencham os questionários, de forma a obtermos dados para serem comparados com uma amostra de controlo. A 2ª etapa consistirá na aplicação dos mesmos inquéritos a crianças sem perturbações do neurodesenvolvimento e aos seus pais, amostra que será recolhida na Guarda, em Guimarães e Vale de Cambra.

Toda a informação recolhida é confidencial, sendo que a cada criança será atribuído um código alfanumérico e a chave de conversão será mantida em lugar seguro. Os resultados serão sempre analisados de modo agregado e não nominativo.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, tendo, tanto o encarregado de educação como a criança, a possibilidade de interromper a participação no estudo quando o entenderem.

Pedimos que a folha de autorização assinada seja entregue ao professor titular da turma.

Seguem-se os nossos contactos para melhor esclarecimento, caso seja necessário:

Ana Patrícia Santos Tavares

Número de telemóvel: 914113694

E-mail: patricia_apst@hotmail.com

Com os melhores cumprimentos,

Assinale, conforme a sua vontade, no quadrado.

Nome da criança: _____

Autorizo a participação do meu educando e disponho-me a colaborar com o preenchimento dos questionários apresentados pela investigadora.

Não autorizo a participação do meu educando

(Assinatura do encarregado de educação)

Anexo II

Consentimento informado para pais – grupo clínico

Caros pais,

Na sequência de contactos já anteriormente estabelecidos com este Serviço, no âmbito da consulta de dificuldades específicas de aprendizagem, e que conduziram à formalização de um diagnóstico de dislexia ao vosso filho(a), solicitamos a vossa colaboração para participar numa investigação, levada a cabo pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob a nossa orientação científica, e que pretende analisar o impacto da dislexia de desenvolvimento na qualidade de vida das crianças.

Neste contexto, enviamos sete questionários/inventários. Três deles deverão ser preenchidos pelos pais [EMBU-PAIS; KIDSCREEN-52-Versão Pais; Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)] e os quatro restantes serão respondidos pela criança [KIDSCREEN-52- Versão Criança e Adolescente; Escala de Locus de Controlo para Crianças; Escala de Autoconceito; EMBU-Crianças 6-12].

Toda a informação recolhida será confidencial e na análise dos dados nunca serão indicados os nomes das crianças nem outros elementos que as permitam identificar ou às suas famílias.

Para esclarecer qualquer dúvida que necessitem, contactem-nos através do email: marc.pereira@fpce.uc.pt ou do telefone 239851450.

Convictos do vosso envolvimento neste projeto, solicitamos que nos devolvam os questionários preenchidos no prazo máximo de quinze dias, remetendo-os no envelope selado que enviamos.

Com os melhores cumprimentos,

Marcelino Pereira

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu,

_____, mãe/pai
de _____, compreendo
a informação que me foi fornecida na folha informativa e concordo em
participar neste estudo. O anonimato será preservado e a minha participação
é voluntária.

_____, ____ de _____ de _____

Ass: _____

Encarregado de educação do participante

Ass: _____

Participante

Anexo III

Instrumentos utilizados para o grupo controlo e para o grupo clínico

- Consentimento Informado
- KIDSCREEN-52 Versão Criança e Adolescente (The KIDSCREEN Group, 2004; tradução e adaptação: Matos, Gaspar, Calmeiro & KIDSCREEN Group, 2005);
- KIDSCREEN-52 Versão Pais (The KIDSCREEN Group, 2004; tradução e adaptação: Matos, Gaspar, Calmeiro & KIDSCREEN Group, 2005);
- Escala de Autoconceito de Piers-Harris 2 (Piers & Hertzberg, 2002; Veiga, 2006);
- EMBU-Crianças 6-12 (Castro, 1993; Canavarro & Pereira, 2007)
- EMBU-Pais (Castro, 1993; Canavarro & Pereira, 2007)
- Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por) Versão Pais (Goodman, 2005)

Anexo IV

Síntese das diferenças significativas entre os grupos

	Dislexia				Controlo				tU	df	p
	N	M	DP	Amp.	N	M	DP	Amp.			
Kids-C											
FAM	21	50.84	7.62	36.98 – 65.87	21	57.03	8.15	42.55 – 65.87	130.50	40	0.02
ECO	21	48.51	10.27	23.24 – 62.86	21	55.63	7.87	41.92 – 62.86	132.00	40	0.02
BUL	21	44.10	10.80	29.13 – 58.85	21	51.98	9.01	31.08 – 58.85	128.50	40	0.02
Kids-P											
HUM	21	49.87	11.28	26.95 – 70.82	21	58.08	8.63	41.77 – 70.82	124.50	40	0.02
ESC	21	48.36	10.25	23.85 – 72.50	21	57.69	8.88	45.39 – 72.50	103.50	40	0.003
AC											
Com	21	49.97	12.18	23.36 – 63.85	21	59.99	5.65	47.65 – 63.85	85.50	40	0.000
Int	21	48.59	10.97	22.60 – 64.58	21	62.94	6.78	45.50 – 68.40	50.50	40	0.000
Pop	21	49.64	12.19	15.22 – 64.13	21	58.95	11.84	9.78 – 64.13	78.00	40	0.000
Total	21	49.64	12.43	19.83 – 67.89	21	64.01	10.18	29.17 – 74.57	61.50	40	0.000
EMBU-											
C											
CP_REJ	21	12.24	2.64	8.00 – 16.00	21	10.81	3.36	8.00 – 20.00	138.50	40	0.04
CM_REJ	21	12.29	2.88	8.00 – 17.00	21	10.52	2.96	8.00 – 21.00	139.50	40	0.04
SDQ											
PC	21	2.48	2.20	0.00 – 9.00	21	0.90	1.00	0.00 – 3.00	117.00	40	0.01
HIP	21	5.76	2.45	0.00 – 10.00	21	2.48	2.06	0.00 – 7.00	70.00	40	0.000
PRC	21	2.10	1.64	0.00 – 5.00	21	0.95	0.97	0.00 – 3.00	129.50	40	0.02
Total	21	0.38	6.70	0.00 – 26.00	21	6.81	3.87	2.00 – 14.00	81.50	40	0.000
Prob.											