



UC/FPCE_2015

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Crianças com características de Sobredotação:
Qualidade de vida e caracterização socioafetiva**

Diana Raquel Valente Achando (e-mail: diana.rv.achando@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação, Desenvolvimento
e Aconselhamento sob a orientação do Professor Doutor Marcelino
Arménio Martins Pereira

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade de Coimbra

**Crianças com características de Sobredotação:
Qualidade de vida e caracterização socioafetiva**

Diana Raquel Valente Achando

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.

Coimbra – 2015

Resumo

Com o objetivo de caracterizar a qualidade de vida das crianças sobredotadas e outras dimensões de natureza socioafetiva, foi realizado um estudo comparativo no qual se analisam variáveis como a qualidade de vida, o autoconceito e estilos parentais. Para o efeito constituíram-se duas amostras independentes com recurso à metodologia de pares idênticos, no que concerne às variáveis idade e sexo. Cada uma das amostras (clínica e controlo) integra 26 crianças, cujas idades variam entre os 6 e os 12 anos. O protocolo de avaliação incluiu: o KIDSCREEN-52 – versão criança e adolescente e versão pais, a Escala de Autoconceito de Piers Harris 2, o Egnä Minnen Bertraffande Uppfostran (EMBU) – versão para crianças e versão para pais e o Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ) – versão para pais. Os resultados obtidos não sugerem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Palavras chave: Sobredotação; Qualidade de vida; Autoconceito; Estilos Parentais.

Abstract

Given the objective of characterizing the socioaffective and quality of life aspects of gifted children, it was set up a comparative case study of variables such as quality of life, self-concept and parental models. To this effect were set up two independent samples using the methodology of identical pairs, in relation to the variables age and sex. Each sample (clinical and control) includes 26 children whose ages range from 6 to 12 years. The evaluation protocol included: the KIDSCREEN-52 - children version and parental version, the Piers Harris Children's Self-Concept 2, the Egnä Minnen Bertraffande Uppfostran (EMBU) – children version and parental version and the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) – parental version. The results obtained suggest no statistically significant differences between groups.

Key Words: Giftedness; Self-concept; Parental models; Quality of life

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Marcelino Pereira, orientador desta dissertação, agradeço por toda a transmissão de conhecimentos, pela sua disponibilidade e atenção, pela sabedoria, método e rigor com que sempre orientou.

Aos órgãos de gestão do Agrupamento de Escolas Afonso de Albuquerque da Guarda e do Agrupamento Vertical de Escolas de Búzio em Vale de Cambra, pela disponibilidade, interesse e colaboração que ambos demonstraram para com este trabalho e a todos (as) os (as) professores (as) que se responsabilizaram pela entrega de protocolos aos pais das crianças.

Um especial agradecimento a todos os pais e crianças que responderam e participaram nesta investigação, pois sem eles teria sido impossível. Obrigada por mostrarem interesse e colaborarem na realização de estudos como este.

À Dr.^a Joana Moreno pela ajuda, simpatia e disponibilidade que demonstrou sempre! À Professora Doutora Maria João Seabra pelo auxílio prestado durante esta investigação.

À minha enorme família, em especial aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional, pela força que me deram para superar todos os desafios e por acreditarem sempre em mim e nas minhas capacidades. Sem eles nunca teria chegado ao fim desta etapa, muito obrigada!

Ao João, pela paciência, carinho, palavras de apoio, e pela confiança que sempre me transmitiu com todo o amor.

À minha amiga Diana, sempre presente em todos os momentos ao longo do meu percurso académico e, principalmente nesta etapa final! Às Filipas, à Inês e Nádia pela força que me deram, pelas conversas e desabafos, pelos momentos de amizade genuína.

A todos os que não referi mas que, de uma forma ou de outra, contribuíram para que eu conseguisse! Obrigada.

Índice

Introdução	1
I - Enquadramento conceptual	3
I.1. O conceito de crianças com caraterísticas de sobredotação e talento.....	3
I.2. Crianças com caraterísticas de sobredotação e talento: desenvolvimento socioafetivo e qualidade de vida.....	4
I.2.1. Crianças com caraterísticas de sobredotação e qualidade de vida.....	4
I.2.2. O autoconceito das crianças com caraterísticas de sobredotação.....	6
I.2.3. Sobredotação e Estilos Parentais	7
II – Estudo Empírico	10
II.1. Objetivos e Hipóteses.....	10
II.2. Metodologia	11
Participantes.....	11
Medidas e Procedimentos.....	12
II.3. Análise Estatística.....	15
II.4. Análise e Discussão dos Resultados.....	15
II.4.1. Qualidade de Vida.....	15
II.4.2. Autoconceito.....	18
II.4.3. Estilos Parentais.....	19
II.4.4. Capacidades e dificuldades da criança.....	22
III – Conclusões.....	23
Bibliografia.....	25
Anexos.....	29

Lista de Siglas e Abreviaturas

Amp. - Amplitude

ANEIS – Associação Nacional para o Estudo e Intervenção na Sobredotação

Df – Degrees of freedom (graus de liberdade)

DP – Desvio-padrão

M – Média

N – Dimensão da amostra

NSE – Nível Socioeconómico

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Nível de significância

QI – Quociente Intelectual

r – Correlação r de Pearson

SD - Sobredotação

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

t – Teste t de Student

U – Teste U de Mann-Whitney

WISC-III – Wechsler Intelligence Scale for Children

Z – Teste Z de Wilcoxon

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização dos grupos.....	12
Tabela 2. Análise comparativa da percepção das crianças acerca da sua qualidade de vida entre os grupos (Kidscreen-C).....	16
Tabela 3. Análise comparativa da percepção dos pais acerca da qualidade de vida dos filhos entre os grupos (Kidscreen-P)	17
Tabela 4. Análise comparativa entre a percepção de pais e crianças acerca da qualidade de vida (Kidscreen-C vs. Kidscreen-P).....	18
Tabela 5. Autoconceito dos dois grupos	19
Tabela 6. Análise comparativa das práticas parentais entre as crianças em relação à mãe e em relação ao pai entre os grupos (EMBU-C).....	20
Tabela 7. Análise comparativa das práticas parentais do ponto de vista dos pais, entre os grupos (EMBU – P).....	21
Tabela 8. Correlações de Pearson: Percepção dos pais e a percepção dos filhos em ambos os grupos	21
Tabela 9. Análise comparativa do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) entre os grupos.....	22

Lista de Anexos

- Anexo I.** Protocolo de Avaliação: grupo clínico e grupo de controlo
- Anexo II.** Consentimento Informado: grupo de controlo
- Anexo III.** Consentimento Informado: grupo clínico

Introdução

A presente dissertação foi realizada no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia e tem como alvo de estudo as crianças com características de sobredotação e talento. É um trabalho que se enquadra num projeto mais alargado, designado “Crianças com necessidades educativas especiais: qualidade de vida e dimensão socioafetiva”. A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e a Dislexia de Desenvolvimento constituem os dois outros grupos clínicos que integram esta investigação mais ampla e que partilham a mesma amostra de controlo.

Historicamente, o pensamento dominante na psicologia foi sobretudo direcionado para o estudo dos aspetos “anormais” ou desviantes do comportamento humano. O enfoque era colocado nas emoções negativas e as experiências que traziam felicidade e bem-estar passavam despercebidas. Nas duas últimas décadas assistimos a uma mudança gradual de paradigma, imposta pela psicologia positiva. Neste contexto, e de acordo com Seligman (2002), a psicologia deveria passar pela identificação e estimulação dos atributos e qualidades das pessoas, como forma de complemento e ajuda na compreensão dos seus problemas, não se limitando apenas ao tratamento de patologias.

No âmbito da sobredotação, o percurso do racional teórico foi muito semelhante ao descrito no parágrafo anterior, ou seja, o tema foi tratado no âmbito da psicologia diferencial, da educação e da clínica, dando sempre mais ênfase à questão do desvio à norma, associando-a a problemas de comportamento na criança e à psicopatologia na idade adulta. Paralelamente tem-se salientado, sobretudo, a dimensão cognitiva e mais recentemente, neurocognitiva, negligenciando os aspetos de ordem afetiva e emocional.

A sobredotação é um conceito multidimensional e não é, necessariamente, demonstrada pelos bons resultados académicos alcançados (Freeman, 1983; Gagné, 2010; Renzulli, 1978). Esta constatação é comum quando nos deparamos com crianças de QI muito superior mas que não são estimuladas a treinar as suas aptidões ou que sofrem privação de natureza social ou afetiva. No sentido de proporcionar o enriquecimento de vida das crianças sobredotadas é muito importante explorar os aspetos socioafetivos nos diferentes contextos do seu quotidiano. É através das relações afetivas que as crianças estabelecem com quem as rodeia, em conjunto com os estímulos que lhes são fornecidos que se constituem fatores imprescindíveis para uma boa e equilibrada estimulação do seu potencial (Oliveira, 2007; Serra, 2008).

O que nos leva a encetar o presente estudo é o facto de estas dimensões serem alvo de poucos estudos e, segundo Monks (1997), serem de importância crucial para o desenvolvimento de características individuais de sobredotação, principalmente na infância e na adolescência em que os processos evolutivos se encontram em plena expansão e desenvolvimento. É importante o estudo do desenvolvimento social nestas crianças, tal como o é

nas crianças com inteligência dentro da média, pois permite conhecer os processos de aprendizagem dos comportamentos sociais, como comunicar as necessidades aos outros, conviver com os pares, estabelecer amizades e adquirir competências de liderança. Estas aptidões vão ser úteis e de extrema importância ao longo da vida.

O nosso objetivo é comparar um grupo de crianças sobredotadas com um grupo de controlo no que se reporta às seguintes dimensões: qualidade de vida, autoconceito e práticas parentais.

Na primeira parte deste estudo serão brevemente analisados os fundamentos teóricos dos conceitos de sobredotação e qualidade de vida. Estabeleceremos a ligação entre os dois constructos, explorando e revendo investigações já realizadas neste âmbito. Do mesmo modo, analisaremos diferentes dimensões do desenvolvimento socioafetivo da criança, bem como exploraremos o tema das práticas parentais.

A segunda parte integra o estudo empírico realizado. Apresentam-se as hipóteses e os objetivos do estudo, alicerçados na revisão da literatura, caracteriza-se a amostra, descrevem-se os instrumentos utilizados, analisam-se e discutem-se os resultados. No final, 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 conceptual

I.1. O conceito de crianças com características de sobredotação e talento

Viajando pelos primeiros trabalhos na área da sobredotação, Terman, 1925, referia este conceito estreitamente associado a um QI elevado (igual ou superior a 140). A sobredotação era, então, sinalizada tendo como referência as habilidades cognitivas e utilizando testes de inteligência para a sua identificação. Gradualmente o conceito foi-se ampliando, reconhecendo-se a sua complexidade e multidimensionalidade. Neste contexto, é manifestamente insuficiente o recurso a testes de inteligência para a sua sinalização, pois a sobredotação não pode ser encarada meramente como um atributo cognitivo, sendo um construto inseparável de um conjunto de características da personalidade como a motivação, a curiosidade, criatividade e imaginação, autoconfiança, autodisciplina e responsabilidade, que em interação são essenciais no desenvolvimento da excelência (Araújo, 2010; Pereira, 1998). É desta forma que, nos dias de hoje, a sobredotação é progressivamente alargada a outras áreas da capacidade humana, ao mesmo tempo que reforça o papel dos pais, educadores e psicólogos na sua identificação (Oliveira, 2007).

Renzulli (1978, 1986, 2002) apresenta-nos aquele que é, provavelmente, o modelo teórico mais divulgado da sobredotação, de forte impacto na comunidade científica e com grande aplicabilidade no contexto escolar – o Modelo dos Três Anéis (*Revolving Door Identification Model*). Para este autor, a sobredotação resulta da interseção de três anéis/condições: habilidades acima da média, grande envolvimento com as tarefas e alta criatividade. Todos estes aspetos são influenciados pelas condições macrossociais em que os sujeitos se inserem, o estatuto socioeconómico, a cultura do meio envolvente e, também, os modelos e estilos educativos familiares. As habilidades acima da média descrevem os desempenhos superiores, de aptidões gerais ou específicas. O elevado envolvimento com a tarefa é associado a traços como perseverança, trabalho árduo, prática, *endurance* e confiança, que o autor afirma ser o resultado de oportunidades e do encorajamento provenientes de contextos de aprendizagem estimulantes. A alta criatividade reflete-se no reconhecimento de trabalhos/desempenhos criativos ou na facilidade em gerar ideias originais e exequíveis. Assim, os sujeitos com comportamento de sobredotação são os que são capazes de desenvolver estes três traços e aplicá-los a qualquer área reconhecida do desempenho humano (Renzulli, 1986). No entanto, este modelo, ainda que seja apreciado por vários investigadores, foi alvo de algumas críticas por ter uma natureza estática e não considerar os processos de interação social, imprescindíveis ao desenvolvimento, sobretudo na adolescência (Monks & Van Boxtel, 1988 cit. por Antunes, 2008), sendo por isso um modelo mais ajustado para explicar o talento e a excelência no adulto.

Posteriormente, Renzulli (2002) procurou então alargar a conceção de sobredotação para incluir fatores que promovem o capital social e onde surgiu uma maior preocupação pelo bem-estar das pessoas. Ampliou o

Modelo dos Três Anéis para *Operation Houndstooth* onde apresenta um conjunto de fatores que considera críticos para o desenvolvimento de sobredotados, tais como: o otimismo, o valor, a paixão por determinados assuntos, a grande sensibilidade face a temas humanos, a energia física/mental. O autor acredita que o investimento nestas dimensões ajuda a criar valores e normas, tal como contribui para o desenvolvimento das relações sociais.

Monks (1997, cit. por Melo, 2003) adaptou e complementou o modelo proposto por Renzulli (1978) e denominou-o de Modelo Multifatorial da Sobredotação onde introduziu como fatores determinantes para a identificação da problemática as componentes sociais como a escola, amigos e família. Neste modelo, os elementos de oportunidade e de suporte contribuem para o desenvolvimento do potencial das crianças com características de sobredotação, pois este não pode ocorrer em isolamento social. Estas novas dimensões sociais vão influenciar, de forma positiva ou negativa, os três aspetos fulcrais do Modelo dos Três Anéis (Monks, 1994 cit. por Antunes, 2008).

Recentemente, Gagné (2010) apresentou uma teoria do desenvolvimento de talento denominada Modelo Diferencial da Dotação e Talento - MDDT (*Differentiated Model of Giftedness and Talent, DMGT*). Este modelo define o talento como alto grau de mestria acerca de competências relacionadas com um campo de atividade ocupacional, sendo resultado de um longo processo de desenvolvimento que se baseia nas capacidades ou aptidões naturais (Gagné, 2013). O MDDT é constituído por cinco componentes principais: um grupo de capacidades naturais que se dividem em mentais e/ou físicas, em que as capacidades naturais extraordinárias são denominadas de “dotes”; um grupo de competências que se distribui por vários campos, no qual as competências de alto-nível são designadas “talentos”; um grupo de catalisadores ambientais e pessoais, que vão beneficiar ou limitar o processo de desenvolvimento; e, por fim, o próprio processo desenvolvimental que engloba atividades, progresso e investimento, para que seja possível, com base nas capacidades naturais, desenvolver e evoluir competências (talentos) (Gagné, 2010, 2013). Ainda de acordo com o autor, a maior qualidade deste modelo é a forma como diferencia claramente as conceitos de dotação, potencial, aptidão e capacidade natural, dos conceitos de talento, desempenho, realização e capacidades desenvolvidas sistematicamente.

I.2. Crianças com características de sobredotação e talento: desenvolvimento socioafetivo e qualidade de vida

I.2.1. Crianças com características de sobredotação e qualidade de vida

Atualmente é consensual a importância da avaliação da qualidade de vida, no entanto, a sua definição ainda é um campo de debate (Fleck, 2000). O conceito de qualidade de vida tem sido, cada vez mais, levado em

consideração durante as últimas décadas, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a identificar a qualidade de vida como sinónimo de bem-estar físico, mental e social e não apenas como um estado de ausência de doença. Para Calman (1987) a qualidade de vida apenas pode ser descrita pelo próprio sujeito, relacionando as suas experiências de vida com as suas expectativas e objetivos individuais, sendo que, para o autor, a qualidade de vida está presente quando essas expectativas são satisfeitas e, em simultâneo, existe capacidade para identificar e atingir os objetivos pessoais. A definição mais genérica e conhecida de qualidade de vida passa por defini-la como a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores nos quais se insere, passando pelos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994, 1995). Inclui, assim, as reações emocionais de cada um para com os acontecimentos do dia-a-dia, a disposição individual, e a satisfação com o trabalho e com as relações interpessoais. É um construto multidimensional com aplicação e relevância para as pessoas de todas as faixas etárias, de todas as culturas, estatuto económico ou localização geográfica (Gaspar & Matos, 2008). Para Cummins (2005), a qualidade de vida pode ser concetualizada com base nos seguintes princípios: i) é multidimensional e pode ser influenciada por fatores pessoais e ambientais e suas interações; ii) tem componentes objetivos e subjetivos; e iii) é reforçada pela autodeterminação, pelos recursos e pelo sentimento de pertença.

É essencial a abordagem desta variável noutras temáticas que vão além da doença, sendo este um dos aspetos que caracteriza a definição do termo qualidade de vida, pois é de igual importância explorar e avaliar a qualidade de vida em crianças saudáveis (Seidl & Zannon, 2004). Tem existido um crescimento evidente na valorização da avaliação da qualidade de vida de crianças e adolescentes, no entanto, observa-se que esta avaliação tem sido maioritariamente considerada em algumas ocasiões, apenas como uma medida clínica complementar em pacientes com doenças crónicas, pois constitui uma variável fundamental para que os profissionais compreendam e abordem necessidades, medos e objetivos desta população, possibilitando um melhor tratamento (Soares et al., 2011).

Numa revisão bibliográfica de um conjunto de 28 publicações acerca da avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes, Soares et al. (2011) verificou que metade das avaliações da qualidade de vida de crianças e adolescentes realizam-se de acordo com a perspetiva dos seus cuidadores, apenas 2 utilizam a combinação de perspetivas das crianças e dos seus cuidadores, sendo que, as restantes ocorrem somente segundo a perspetiva das crianças. Para ser possível obter pesquisas válidas que incluam crianças como relatores da sua experiência e qualidade de vida, são necessários instrumentos de avaliação que se tornem interessantes e de fácil compreensão, adaptados às características e necessidades desta etapa da vida e que respeitem os temas centrais desta fase de desenvolvimento (Soares et al., 2011). Tal como já foi referido, a qualidade de vida não se deve restringir apenas às patologias que implicam um impacto direto no bem-estar da pessoa. É imprescindível conhecer e analisar o impacto dos problemas

subjacentes das crianças sobredotadas quer a nível comportamental como socioafetivo. São poucos os estudos existentes na literatura que relacionam o conceito de sobredotação e qualidade de vida, sendo necessário um maior interesse nesta eventual relação, pois esses mesmos problemas poderão reduzir o sentido de bem-estar das crianças sobredotadas, afetando a sua qualidade de vida e a capacidade para o funcionamento quotidiano.

1.2.2. O autoconceito das crianças com características de sobredotação

De acordo com Byrne (1986, 1990 cit. por Shi, Li & Zhang, 2008) o autoconceito é descrito como a percepção de cada um acerca da sua própria atitude, dos sentimentos e do conhecimento sobre os nossos talentos, capacidades, aparência e aceitação social. Segundo o trabalho de Harter (1986, cit. por Hoge, 1991) e Veiga (2006), a maioria dos autores considera o autoconceito como um construto multidimensional. É através das interações interpessoais e dos acontecimentos da vida que, gradualmente, constituímos o nosso autoconceito, o que justifica a sua estrutura multidimensional. Shavelson (1976, cit. por Shi, Li & Zhang, 2008) refere que as experiências vividas e a forma como as interpretamos, contribuem para a construção da perspectiva que temos acerca de nós mesmos e, conseqüentemente, para a formação do autoconceito. Existem quatro tipos de influências, positivas ou negativas, que ajudam a construir o autoconceito (Serra, 1988): o modo como as outras pessoas observam o próximo, pois há uma tendência para o ser humano se perceber de acordo com a forma como os outros o veem; a noção do próprio sujeito em relação ao seu desempenho, achando que é competente ou não; o confronto de comportamentos e atitudes da pessoa com a dos seus pares; e, por fim, a avaliação de um determinado comportamento em função de valores estabelecidos pelas normas dos grupos, que vai levar o indivíduo a sentir-se próximo ou afastado dos pares, conduzindo à satisfação ou à insatisfação.

O autoconceito é amplamente investigado devido ao seu impacto em diversos campos do desenvolvimento e também por constituir um fator mediador em muitas áreas (Marsh & O'Mara, 2008). O aumento dos estudos sobre o autoconceito tem permitido: alargar o conhecimento acerca deste construto psicológico; a construção de instrumentos para a sua avaliação; relacionar ao autoconceito com outras variáveis como o sucesso escolar, a ansiedade, a prática desportiva e a competência social, entre outras; e a emergência de planos de intervenção para a sua promoção em contextos clínicos, educativos e desportivos (Harter, 1982, 1985, 1999 cit. por Faria, 2005).

No que se reporta às relações entre autoconceito e características de sobredotação ou talento, Fitts (1972, cit. por Garzarelli, Everhart & Lester, 1993) sugeriu que pessoas com um autoconceito elevado têm tendência a usar a sua inteligência de forma mais eficiente. O autoconceito elevado funciona como uma espécie de catalisador que potencia o desempenho, sendo uma das características mais importantes para que os alunos

sobredotados consigam desenvolver o seu potencial (Feldhusen & Hoover, 1986 cit. por Shi, Li & Zhang, 2008). Alguns estudos concluíram que o autoconceito e os resultados escolares estão associados em alunos com comportamentos de sobredotação (Garzarelli, Everhart & Lester, 1993) sendo que é o autoconceito escolar que, positivamente, mais se destaca num conjunto de diversas investigações (Pereira, 1998). Estudantes com um autoconceito global mais elevado alcançam melhores resultados na escola, têm maiores níveis de motivação académica e maior envolvimento do que estudantes com autoconceito baixo (Shi, Li & Zhang, 2008), confirmando uma relação dinâmica entre o autoconceito e potencial cognitivo elevado que conduz a alto rendimento. Numa meta-análise de quarenta estudos em que se pretendia avaliar o autoconceito de crianças sobredotadas, desde o 1º ciclo de escolaridade até ao secundário, Lister e Roberts (2011) concluíram que os alunos sobredotados têm, consistentemente, um autoconceito mais elevado tanto a nível pessoal como académico, em comparação com os pares com inteligência dentro da média, sendo que estes resultados vão variando ao longo da idade. Ainda neste domínio, sabemos que a motivação dos alunos cresce com a promoção de experiências de aprendizagem mais enriquecedoras e estimulantes, e também com a oportunidade de interação com colegas que apresentam características semelhantes (Acereda & Sastre, 1998 cit. por Oliveira, 2007). Assim, o autoconceito dos alunos sobredotados tende a aumentar quando eles frequentam programas de enriquecimento, tendo estes efeitos positivos na sua vida académica e no seu desenvolvimento socioemocional (Oliveira, 2007).

De um modo geral, os resultados obtidos através de vários estudos permitem afirmar que o desenvolvimento intelectual superior não tem impacto negativo no ajustamento socioemocional das crianças sobredotadas, não demonstrando maior vulnerabilidade que as outras crianças (Pereira, 1998). Ao longo dos anos a investigação tem demonstrado que crianças identificadas como intelectualmente sobredotadas apresentam um autoconceito mais elevado do que a norma, destacando-se no grau de popularidade e desempenho escolar (Veiga, Garcia & Miranda, 2003; Pereira, 1998). No entanto, este aspeto ainda não é consensual para todos os investigadores. De acordo com Pereira (1998), quando os estudos são comparativos recorrendo a grupos de controlos, verifica-se que, em alguns casos, os resultados relativos ao autoconceito não se diferenciam entre si.

I.2.3. Sobredotação e Estilos Parentais

Segundo Darling e Steinberg (1993 cit. por Weber, Prado, Viezzer & Brandenburg, 2004) os estilos parentais constituem o conjunto de crenças dos pais, o contexto em que eles atuam e no qual representam as atitudes que são comunicadas aos filhos, para que possam criar um ambiente emocional particular capaz de promover um processo de socialização convergente com as suas crenças e valores.

O modelo teórico de Baumrind, apresentado em 1966 (Baumrind,

1966; Weber, Prado, Viezzer & Brandenburg, 2004), é considerado um marco nos estudos acerca da educação pais-filhos, na medida em que veio servir de base para um novo conceito de estilos parentais, integrando os aspetos emocionais e comportamentais. Baumrind definiu então alguns estilos parentais: o autoritário; o autoritativo¹; e o permissivo. Segundo Baumrind (1966, cit. por Weber, Prado, Viezzer & Brandenburg, 2004), os pais autoritários conduzem o comportamento das crianças de acordo com regras absolutas e rígidas, previamente estabelecidas. Veem a obediência como uma grande virtude e utilizam as medidas de punição para situações de conflito com os seus filhos. No estilo autoritativo (democrático), os pais tendem a ser mais exigentes e simultaneamente mais responsivos, atendendo melhor às necessidades dos filhos. Este modelo de disciplina é caracterizado pelo uso firme de controlo contingente e justificado com explicações racionais. Estes pais veem as suas crianças como estando a amadurecer ao longo dos diferentes estádios de desenvolvimento, mas não descrevem este processo de maturação como automático, por sua vez, dão ênfase às intervenções parentais no tempo certo (Baumrind, 1997). E por fim, relativamente ao estilo permissivo, os pais apresentam-se à criança como um recurso para ela realizar aquilo que deseja e não como um modelo que ela deve seguir e pelo qual se deve moldar. Comportam-se de forma recetiva aos pedidos dos seus filhos e não recorrem às punições em situações problemáticas ou conflituosas.

De acordo com a reformulação do modelo inicial de Baumrind (1966), operada por Maccoby e Martin (1983), os estilos parentais são, então, organizados de acordo com duas grandes dimensões: exigência e responsividade. A exigência diz respeito aos comportamentos parentais que requerem supervisão e disciplina, procurando estabelecer limites e regras para reduzir comportamentos desviantes. A responsividade remete-nos para os comportamentos parentais de apoio e aquiescência, que através da bidirecionalidade na comunicação, promoverão a individualidade e a autoafirmação dos filhos, tal como o bem-estar psicológico. Atendendo a estas duas dimensões ortogonais, os autores propõem uma tipologia de estilos parentais. Maccoby e Martin (1983) referem que pais com elevada responsividade e exigência são classificados como autoritativos, já os que apresentam baixa responsividade e exigência são tidos como negligentes. Por outro lado, pais muito responsivos mas pouco exigentes são vistos como indulgentes, enquanto aqueles que são muito exigentes e pouco responsivos são definidos como autoritários. O bem-estar da criança é significativamente influenciado pela forma como os pais utilizam o poder para controlar o seu comportamento (Baumrind, 2012). Segundo Belsky (1984), elevados níveis de controlo e cuidado em idades pré-escolares estariam relacionados com a capacidade das crianças em esforçarem-se para alcançar objetivos.

Os pais desempenham um papel essencial no desenvolvimento dos seus filhos, sendo que, na presença de características específicas, como é o

¹ A palavra "autoritativo" não existe em português, foi traduzida do termo inglês *authoritative* que significa "que tem autoridade". Pode também ser definido como estilo parental "democrático".

caso da sobredotação, é de enorme importância conhecer a forma como a família interage e percebe os seus filhos e como os próprios veem as suas famílias (Faria & Antunes, 2013; Rodrigues, 2010). Alguns pais de crianças sobredotadas tendem a dar maior importância à educação e ao tempo que a criança investe em si própria, de forma a desenvolver as suas capacidades, e tendem a participar de forma mais ativa na vida académica dos filhos (Chagas & Fleith, 2009). É, apesar dos estudos existentes, escassa a informação que diz respeito à análise das necessidades de crianças sobredotadas e suas famílias e, em particular, são poucos os estudos empíricos que exploram as estratégias parentais dos pais destas crianças. Embora as características das crianças intelectualmente superiores conduzam a um maior desafio na parentalidade, existem algumas pesquisas que demonstram que famílias de crianças sobredotadas apresentam menor vivência de situações de *stress*, quando comparadas com famílias de crianças sem sobredotação (Aspesi, 2003 cit. por Faria & Antunes, 2013). Por outro lado, de acordo com Pereira (1998) os pais de crianças sobredotadas revelam-se mais apreensivos no que diz respeito ao futuro dos seus filhos, manifestando mais preocupações do que pais de outras crianças. A sobredotação é percebida de forma diferente entre mães e pais: as mães são mais sensíveis às características dos filhos e são elas que, frequentemente, pedem a avaliação das crianças, já os pais são mais céticos no que diz respeito à sobredotação (Faria & Antunes, 2013; Oliveira, 2007). Estas famílias podem, por vezes, desenvolver sentimentos de culpa e insegurança acerca da sua forma de atuar e ajudar os seus filhos sobredotados, revelando excessiva responsabilidade (Candeias et al., 2003). De acordo com Tai (2012, cit. por Faria & Antunes, 2013) o estilo parental autoritativo é considerado o que apresenta aspetos mais favoráveis ao desenvolvimento holístico das crianças com sobredotação, devido ao carácter responsivo e exigente dos pais. É essencial e necessário conhecer as dificuldades e os obstáculos com que se deparam os pais de crianças sobredotadas, para ser possível compreender tanto o lado parental como a visão que as crianças têm acerca da parentalidade e dessa forma tentar combater as possíveis adversidades.

II – Estudo Empírico

Ao longo da primeira parte deste trabalho foram analisados os dados de diversas investigações acerca da sobredotação, desenvolvimento socioafetivo e aspetos da qualidade de vida nas crianças sobredotadas. No entanto, os estudos neste domínio são ainda escassos e, por outro lado, as informações encontradas ao longo de toda a pesquisa são, por vezes, divergentes.

Este capítulo irá iniciar-se com a definição dos objetivos da investigação e formulação de hipóteses, seguindo-se a descrição da metodologia, na qual é apresentada a caracterização da amostra, a operacionalização dos diversos instrumentos de medida e os procedimentos utilizados. Por último, recorrendo ao programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* – versão 22) para o Windows, iremos descrever a análise dos resultados, bem como procederemos à sua interpretação e posterior discussão.

II.1. Objetivos e Hipóteses

Face ao estado da arte nesta temática, anteriormente apresentado de forma resumida, definimos um plano de investigação e salientamos a importância em explorar as questões da qualidade de vida e os aspetos socioafetivos, dimensões que são essenciais no desenvolvimento de crianças sobredotadas, através de um estudo comparativo e de natureza transversal com uma amostra normativa. Neste contexto, estabelecemos os seguintes objetivos para a presente investigação: (i) Caracterizar a qualidade de vida das crianças sobredotadas e proceder a uma análise comparativa, tendo como referência um grupo de controlo; (ii) Analisar e comparar o autoconceito das crianças dos dois grupos em análise; (iii) Examinar e comparar a perceção dos estilos parentais do ponto de vista das crianças e dos pais entre os grupos; (iv) Analisar o reportório comportamental da criança com características de sobredotação.

Tendo em conta a revisão da literatura existente, e considerando as crianças com características de sobredotação como um grupo com necessidades educativas especiais e que podem potenciar problemas de comportamento, formulámos as seguintes hipóteses de trabalho:

H1: A qualidade de vida do grupo clínico, tal como é percebida pela criança, será mais baixa do que a do grupo de controlo.

H2: De acordo com a perspetiva das crianças, a dimensão *Amigos* deverá constituir a área mais vulnerável na qualidade de vida das crianças identificadas como sobredotadas.

H3: O acordo entre pais e crianças com características de sobredotação é limitado, sendo que as crianças classificam, tendencialmente, a sua qualidade de vida como mais positiva do que os seus pais.

H4: As crianças identificadas como sobredotadas deverão apresentar um autoconceito mais elevado que o grupo de controlo e, em particular, na dimensão *estatuto intelectual e escolar* (Pereira, 1998; Veiga, Garcia &

Miranda, 2003; Lister & Roberts, 2011).

H5: Os pais das crianças identificadas como sobredotadas deverão revelar pontuações superiores ao grupo de controlo na medida de estilos parentais, relativamente aos fatores *Suporte Emocional* e *Tentativa de controlo* (Pereira, 1998; Tai, 2012 cit. por Faria & Antunes, 2013).

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

II.2. Metodologia

O presente trabalho insere-se numa investigação mais alargada que pretende analisar, em termos gerais, a qualidade de vida e desenvolvimento socioafetivo 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 características de sobredotação. 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 identificadas como sobredotadas deveriam ter um QI de escala completa superior a 130, segundo a Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (3ª edição) – *WISC-III* (Wechsler, 1991; adapt. de Simões e Col., 2003). Foram avaliadas individualmente, com recurso a um extenso protocolo de avaliação intelectual (escalas de QI e de raciocínio divergente/criatividade), neuropsicológica e comportamental.

De forma a podermos comparar os resultados destas crianças com as que não apresentavam qualquer perturbação do desenvolvimento, procedemos à recolha de uma amostra de controlo em escolas dos concelhos da Guarda e Vale de Cambra. 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.

Participantes

De acordo com o que podemos observar na tabela 1, o grupo clínico é composto por 26 crianças sobredotadas, dos 6 aos 12 anos, com frequência escolar que varia entre o 1º e o 6º anos de escolaridade. No que diz respeito ao género, 22 das crianças são rapazes e 4 são raparigas. Assim, verifica-se que a sua grande maioria é constituída por crianças do género masculino, o que vai de encontro aos dados referidos na literatura (Pereira, 1998), ainda que neste caso isso verifique de modo mais vincado. 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 (8.65 versus 8.81) e distribuem-se uniformemente pelos dois sexos: 15,4% são raparigas e 84.6% são rapazes.

Tabela 1. Caracterização dos grupos

	SD (n= 26)	Controlo (n= 26)	Total (n= 52)
Idade			
M	8.65	8.81	8.73
DP	1.875	1.650	1.750
Min – Máx	6-12	6-12	6-12
Género			
Masculino	22 (84.6%)	22 (84.6%)	44 (84.6%)
Feminino	4 (15.4%)	4 (15.4%)	8 (84.6%)

Medidas e Procedimentos

Para a recolha dos dados foram usados os seguintes instrumentos (*cf* Anexo I):

KIDSCREEN-52 Versão Criança e Adolescente e KIDSCREEN-52 Versão Pais (The KIDSCREEN Group, 2004; tradução e adaptação: Matos, Gaspar, Calmeiro & KIDSCREEN Group, 2005): é um questionário de autorresposta, aplicável a crianças e adolescentes entre os 8 e os 18 anos de idade e aos seus pais. Tem como objetivo avaliar a qualidade de vida das crianças, do seu ponto de vista e da perspetiva dos pais. Cada uma das versões é composta por 52 itens que integram dez dimensões: (1) Saúde e Atividade Física – avalia o nível de atividade, energia e aptidão física da criança/adolescente, com referência na sua capacidade para praticar atividade física em casa e na escola; (2) Sentimentos – explora e avalia o bem-estar psicológico da criança/adolescente, tal como as emoções positivas e satisfação com a vida; (3) Estado de Humor Geral – abrange o quanto é que a criança/adolescente experiencia sentimentos e emoções depressivas e stressantes; (4) Auto Perceção – explora a perceção que a criança/adolescente tem de si próprio e da sua aparência física; (5) Autonomia/Tempo Livre – analisa a oportunidade que a criança/adolescente tem para criar e gerir o seu tempo social e de lazer, referindo-se à sua liberdade de escolha e independência; (6) Família e Ambiente Familiar – avalia a relação com os pais e o ambiente em casa da criança/adolescente, explorando a qualidade das interações criança-pais/cuidadores; (7) Questões Económicas – avalia a perceção da criança/adolescente acerca da qualidade dos recursos financeiros disponíveis; (8) Amigos – explora a natureza das relações sociais da criança/adolescente com os seus amigos e pares, explorando a qualidade dessas relações e o suporte recebido das mesmas; (9) Ambiente Escolar e Aprendizagem – examina a perceção que a criança/adolescente tem da sua capacidade cognitiva, de aprendizagem e de

concentração, incluindo a satisfação da criança em relação ao seu desempenho escolar, os sentimentos que nutre pela escola e professores; e (10) Provocação – engloba aspetos acerca dos sentimentos de rejeição pelos pares na escola, bem como a ansiedade para com o grupo de pares. Este questionário pode ser utilizado para medição, monitorização e avaliação da saúde geral associada à qualidade de vida. A consistência interna (alfa de *Cronbach*) das dimensões do presente instrumento varia entre 0.60 (Auto-perceção) e 0.88 (Questões Económicas) (Ravens-Sieberer, Gosch, Abel, Auquier, Bellach, Bruil, Dur, Power, Rajmil & European KIDSCREEN Group, 2001; The KIDSCREEN Group Europe, 2006 cit. por Gaspar & Matos, 2008).

Escala de Autoconceito de Piers Harris 2 (Piers & Herzberg, 2002; Veiga, 2006): É um instrumento de autorresposta utilizado para avaliar o autoconceito de crianças e adolescentes entre os 7 e os 18 anos de idade. É uma escala composta por 60 itens, apresentando seis fatores: aspeto comportamental, estatuto intelectual e escolar, aparência e atributos físicos, ansiedade, popularidade e felicidade/satisfação. Em relação às características psicométricas da escala, apresenta valores do alfa de *Cronbach* que variam entre 0.62 e 0.90, sendo aceitáveis para investigação (Veiga, 2006).

EMBU-Crianças (Castro, 1993; Canavarro & Pereira, 2007): Este instrumento de autorresposta é aplicável a crianças entre os 6 e 12 anos de idade. Permite avaliar a perceção que as crianças têm dos estilos educativos dos seus pais, sendo a avaliação realizada separadamente para o pai e para a mãe. É composto por 32 itens que originam três fatores: (1) Suporte Emocional – relacionado com o tipo de comportamento manifestado pelos pais relativamente à criança, que a faz sentir confortável na presença dos pais, que lhe confirma que é aceite e aprovada por eles; (2) Rejeição – é descrito como os comportamentos dos pais que visam modificar a vontade dos filhos e que são sentidos pelas crianças como uma rejeição de si próprio; e (3) Tentativa de Controlo – consiste no comportamento dos pais que tem por objetivo orientar o comportamento da criança. Relativamente às características psicométricas do instrumento, na medida da consistência interna, os valores do coeficiente alfa encontrados (valores entre 0,62 e 0,85) são considerados aceitáveis para efeitos de investigação (Canavarro & Pereira, 2007).

EMBU-Pais (Castro, 1993; Canavarro & Pereira, 2007): É um instrumento de autorrelato, destinado a pais de crianças com idades entre os 8 e os 11 anos. Tem como objetivo avaliar a perceção dos progenitores dos seus próprios estilos parentais educativos relativamente à criança. É composto por 42 itens distribuídos por três fatores: (1) Suporte Emocional – abrange a expressão verbal e física de suporte afetivo dos pais, aceitação parental e a disponibilidade física e psicológica dos pais; (2) Rejeição – diz respeito à hostilidade/agressão verbal e física e não aceitação da criança; (3) Tentativa de Controlo – descreve as intenções e ações dos pais que visam

controlar o comportamento das crianças, manifestações de exigência em relação aos filhos e preocupações com o bem-estar da criança. Em relação à consistência interna do instrumento, os valores do coeficiente alfa de *Cronbach* são aceitáveis para fins de investigação, variando entre 0.71 e 0.82 (Canavarro & Pereira, 2007).

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-*Por*) Versão Pais (Goodman, 2005): É um questionário de despiste comportamental e um suplemento de impacto, aplicado a crianças e jovens dos 4 aos 16 anos de idade, sendo esta uma versão que deve ser respondida pelos pais. É composto por 25 itens organizados em cinco escalas, das quais quatro representam comportamentos problemáticos: sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade e problemas de relacionamento com os outros; e uma escala que avalia o comportamento pró-social.

O suplemento do impacto, 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 varia entre 0,70 e 0,80 nos valores de alfa de *Cronbach* (Goodman, 2005).

No âmbito da constituição da amostra clínica, os protocolos foram enviados através de correio (*cf* Anexo II), para casa das famílias das crianças identificadas como sobredotadas que preenchiam os critérios de inclusão estabelecidos. Foram enviados 28 protocolos dos quais 26 voltaram com resposta (92.86%) e 2 não foram respondidos (7.14%).

Para avaliar as crianças que constituem o grupo de controlo foram contactados os dois agrupamentos do 1º e 2º ciclo do ensino básico anteriormente referidos (*cf* Anexo III). 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 6 aos 12 anos. Posteriormente foram enviados os pedidos de autorização e consentimento informado aos pais das crianças, juntamente com os instrumentos que integram o protocolo de avaliação a ser respondido tanto pelas crianças como pelos pais. Dos 25 protocolos entregues aos pais das crianças do agrupamento de escolas da Guarda, 21 (84%) foram os que responderam. No agrupamento de escolas de Vale de Cambra foram entregues 28 protocolos, recebemos 23 (82.1%), sendo que 1 não foi autorizado pelos pais (3.6%) e 4 (14.3%) não responderam. Do grupo total constituído por 43 crianças, foram selecionadas 26 para a amostra normativa do presente estudo, recorrendo a um emparelhamento, em função das variáveis idade e género, com as 26 crianças do grupo clínico.

II.3. Análise Estatística

Para a realização das análises estatísticas dos dados utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS – versão 22). Para a caracterização do perfil da amostra recorremos às estatísticas descritivas, nomeadamente às medidas de tendência central e medidas de dispersão. No estudo comparativo, utilizamos o teste *t de student* para amostras independentes nas variáveis que cumpriram os pressupostos de utilização de testes paramétricos (aderência à curva normal e homogeneidade da variância). No caso das variáveis que não respeitavam os pressupostos anteriormente referidos foi utilizado o teste não paramétrico *U de Mann Whitney* e *Z de Wilcoxon*. Para testar a homogeneidade das variâncias recorremos ao teste de *Levene* e a verificação da normalidade foi feita através do teste *Shapiro-Wilk*. Foram ainda calculadas associações entre algumas das variáveis, através dos coeficientes de correlação de Pearson.

II.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.

Em conjunto com estas análises iremos retomar os objetivos e hipóteses da presente investigação que levarão à exploração dos resultados.

II.4.1. Qualidade de Vida

No que diz respeito à perceção das crianças acerca da sua qualidade de vida, através dos dados da tabela 2, podemos verificar que não existem diferenças significativas na perceção da qualidade de vida entre os grupos, rejeitando, por isso a hipótese 1 do presente estudo que sugere a existência de resultados mais baixos na qualidade de vida do grupo SD em comparação ao grupo de controlo. Apesar de não se observarem diferenças com significado estatístico, mesmo assim salientamos que, a média dos fatores “Saúde e atividade física (Crianças)”, “Sentimentos (Crianças)”, “Autonomia/Tempo livre (Crianças)”, “Ambiente escolar e aprendizagem (Crianças)” e “Provocação (Crianças)” foi maior no grupo SD do que no grupo de controlo, traduzindo que neste estudo, as crianças sobredotadas experienciam mais sentimentos positivos e bem-estar do que as crianças do grupo de controlo. Tal facto poderá sugerir que em estudos com amostras mais amplas essas diferenças possam emergir com significado estatístico. No que se reporta à hipótese 2, que previa a dimensão “Amigos (Crianças)”

como a área mais vulnerável da qualidade de vida das crianças do grupo clínico, verificamos que o resultado vai ao encontro da hipótese 1, sendo que não existem diferenças amostrais nos dois grupos em relação. Desta forma, as duas primeiras hipóteses do estudo estão relacionadas e acabam por não se confirmar, confrontando o estereótipo de que as crianças sobredotadas têm mais problemas tanto a nível escolar como familiar e mais dificuldades no relacionamento com os pares. Nos fatores “Questões económicas (Crianças)”, “Estado de humor geral (Crianças)”, “Auto-perceção (Crianças)” e “Família/Ambiente familiar (Pais)” a média foi maior no grupo de controlo, mas sem significado estatístico.

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

	SD (n= 26)			Controlo (n= 26)			t / U	df	p
	M	DP	Amp.	M	DP	Amp.			
Saúde e Atividade Física ^a	59.00	8.89	35-73	57.99	10.22	37-73	0.379	50	n/s
Sentimentos ^b	58.14	8.11	41-68	57.91	7.77	43-68	321.5	50	n/s
Estado de Humor Geral ^b	58.59	8.88	40-71	61.20	10.87	40-71	288.5	50	n/s
Auto-Perceção ^b	56.09	10.85	38-70	58.47	7.97	48-70	277.5	50	n/s
Autonomia / Tempo Livre ^b	56.89	10.85	32-69	54.91	8.77	34-69	296	50	n/s
Família / Ambiente Familiar ^b	53.71	7.96	37-66	57.64	7.78	44-66	249.5	50	n/s
Questões Económicas ^b	53.86	10.70	23-63	57.57	8.23	37-63	266	50	n/s
Amigos ^a	54.73	10.28	34-71	54.66	9.24	34-71	0.023	50	n/s
Ambiente Escolar / Aprendizagem ^b	64.80	10.66	38-74	61.09	9.69	45-74	254.5	50	n/s
Provocação ^b	49.69	10.08	29-59	48.89	10.45	31-59	322	50	n/s

^a Análise com o t de student; ^b Análise com o U de Mann-Whitney

Relativamente às respostas dos pais das crianças ao mesmo instrumento e no que diz respeito à perceção da qualidade de vida dos seus filhos (tabela 3), não foram encontradas quaisquer diferenças estatisticamente significativas. Mais uma vez os nossos resultados vão contestar os vários mitos criados de que crianças sobredotadas são mais problemáticas do que as outras crianças, pois não se verificam diferenças significativas na comparação da perspetiva dos pais acerca da qualidade de vida dos seus filhos. A média dos fatores “Saúde e atividade física (Pais)”, “Questões económicas (Pais)”, “Ambiente escolar e aprendizagem (Pais)” e “Provocação (Pais)” foi maior no grupo SD do que no grupo de controlo. Nos fatores “Estado de humor geral (Pais)”, “Auto-perceção (Pais)”, “Autonomia/Tempo livre (Pais)”, “Família/Ambiente familiar (Pais)” e “Amigos (Pais)” a média foi maior no grupo de controlo, mas sem

significado estatístico.

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

	SD (n= 26)			Controlo (n= 26)			t / U	df	p
	M	DP	Amp.	M	DP	Amp.			
Saúde e Atividade Física ^b	58.08	10.02	41-71	55.86	7.64	44-71	293.5	50	n/s
Sentimentos ^b	57.33	10.09	39-70	57.63	8.84	41-70	336.5	50	n/s
Estado de Humor Geral ^b	55.22	11.95	27-71	59.86	11.29	36-71	270.5	50	n/s
Auto-Percepção ^b	52.23	8.90	33-71	53.78	9.80	39-71	320	50	n/s
Autonomia / Tempo Livre ^b	49.96	8.37	38-68	50.84	9.08	38-68	327	50	n/s
Família / Ambiente Familiar ^b	54.47	7.75	40-69	56.22	8.57	45-69	305	50	n/s
Questões Económicas ^b	60.40	5.73	49-65	55.98	10.58	24-65	265	50	n/s
Amigos ^a	52.49	11.69	26-73	54.03	8.40	39-73	0.54	50	n/s
Ambiente Escolar / Aprendizagem ^b	59.39	9.53	34-73	58.02	8.18	45-73	280	50	n/s
Provocação ^b	48.71	11.02	25-59	46.05	10.99	28-59	287	50	n/s

^a Análise com o t de student; ^b Análise com o U de Mann-Whitney

O facto de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida entre o grupo clínico e o grupo de controlo, pode relacionar-se com o facto de um elevado número de crianças que integram o grupo clínico ter sido observado no âmbito de processos de antecipação escolar. Nestes casos é normal que não ocorram problemas de comportamento, o que pode fazer com que os resultados não se afastem de forma significativa. No entanto, ainda são muitos os mitos e estereótipos acerca da temática da sobredotação, não existindo, ainda, um consenso entre os vários autores que exploram este domínio.

A análise das diferenças das percepções da qualidade de vida entre pais e filhos pode observar-se através dos dados inseridos na tabela 4. No que se reporta à hipótese 3 do nosso estudo, verificamos que o acordo entre pais e filhos do grupo clínico é limitado, sendo que as crianças apenas classificam a sua qualidade de vida como significativamente mais positiva do que os pais nas dimensões “Autonomia/Tempo Livre” e “Ambiente Escolar/Aprendizagem”. Por outro lado, apenas se encontram diferenças significativas entre médias na dimensão “Questões Económicas”, que é considerada como significativamente mais positiva pelos pais do que pelas crianças.

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

	SD (n= 26)			Controlo (n= 26)		
	t / Z	df	p	t / Z	df	p
Saúde e Atividade Física ^b	-0.318	25	n/s	-1.283	25	n/s
Sentimentos ^b	-0.419	25	n/s	-0.013	25	n/s
Estado de Humor Geral ^b	-0.953	25	n/s	-0.446	25	n/s
Auto-Percepção ^b	-1.816	25	n/s	-2.248	25	n/s
Autonomia / Tempo Livre ^b	-3.036	25	0.002	-1.893	25	n/s
Família / Ambiente Familiar ^a	-0.440	25	n/s	-0.699	25	n/s
Questões Económicas ^b	-2.915	25	0.004	-0.294	25	n/s
Amigos ^a	0.971	25	n/s	0.390	25	n/s
Ambiente Escolar / Aprendizagem ^b	-3.167	25	0.002	-1.664	25	n/s
Provocação ^b	-0.726	25	n/s	-1.590	25	n/s

^a Análise com o t de student; ^b Análise com o Z de Wilcoxon

II.4.2. Autoconceito

Na análise comparativa dos resultados dos dois grupos na Escala de Autoconceito de Piers Harris 2 (Piers & Herzberg, 2002; Veiga, 2006), podemos observar, na tabela 5, que a média total do autoconceito é maior no grupo de crianças sobredotadas (M=86.63; DP=12.79) do que no grupo de controlo (M=85.04; DP=6.12) embora não se encontrem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No entanto, verificamos que o desvio-padrão do total do autoconceito é bastante mais elevado no grupo clínico (DP=12.79), o que indica a forte variabilidade interindividual presente nos resultados deste grupo. Existem aqui dois tipos de crianças: as que foram à consulta no âmbito da antecipação escolar e as que foram, principalmente, por apresentarem problemas de comportamento. Isto leva-nos a salientar o facto de que as características destas crianças podem ter condicionado os resultados.

Apesar de existirem estudos que revelam que crianças identificadas como sobredotadas têm um autoconceito superior às outras crianças em determinados fatores como o “estatuto intelectual e escolar” (Veiga, Garcia & Miranda, 2003; Pereira, 1998), o resultado encontrado neste estudo não corrobora com essa tendência.

Na tabela que se segue, os valores médios dos fatores “Comportamento”, “Popularidade”, “Aparência/Atributos físicos” e “Felicidade/Satisfação” são mais elevados no grupo SD do que no grupo de

controlo. Apenas no fator “Popularidade” se encontram diferenças estatisticamente significativas ($U=229$; $p=0.037$) entre os grupos, sendo que o grupo clínico tem resultados mais elevados do que o grupo de controlo, o que vai de encontro à literatura referente ao facto de que crianças com características de sobredotação são, por vezes, escolhidas como companhia pelos seus colegas com maior frequência e apresentam níveis mais elevados do que a norma nesta dimensão (Veiga, Garcia & Miranda, 2003; Pereira, 1998). Por seu turno, no fator “Estatuto intelectual/escolar” observa-se um valor médio semelhante nos dois grupos. Este resultado não deixa de ser surpreendente se atendermos ao facto das crianças do grupo clínico terem, na sua maioria, como principal característica comum o elevado rendimento académico. No entanto, tal resultado pode dever-se ao facto das crianças do grupo de controlo terem sido seleccionadas pelos respetivos professores, o que pode ter influenciado a escolha de crianças com melhores resultados académicos com famílias que demonstram maior interesse para com o ambiente escolar para que, desta forma, pudessem garantir o preenchimento dos protocolos de avaliação. Assim, rejeitamos a hipótese 4 do nosso estudo pois não se encontram diferenças significativas no autoconceito dos dois grupos em análise.

Tabela 5. Autoconceito dos dois grupos

	SD (n= 26)			Controlo (n= 26)			U	df	p
	M	DP	Amp.	M	DP	Amp.			
Comportamento	69.92	9.03	64-100	68.67	7.24	64-96	300	50	n/s
Ansiedade	77.68	8.89	68-101	81.13	10.32	68-107	261.5	50	n/s
Estatuto Intelectual/escolar	73.45	7.50	68-103	73.53	6.38	68-91	328	50	n/s
Popularidade	73.80	11.82	64-113	68.73	6.47	64-86	229	50	0.037
Aparência/Atributos Físicos	76.36	10.15	64-102	72.86	7.78	64-98	273.5	50	n/s
Felicidade	63.09	12.45	59-121	60.70	3.33	59-67	332	50	n/s
Total do Autoconceito	86.63	12.79	72-140	85.04	6.12	77-101	336.5	50	n/s

II.4.3. Estilos Parentais

Tendo como referência a tabela 6, podemos observar que os resultados obtidos pelas crianças em relação à percepção que têm acerca dos estilos parentais dos seus progenitores, diferenciando o *pai* e *mãe*, não apresentam diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos fatores em ambos os grupos. Na análise da amostra, em relação ao *pai*, a média do fator “Suporte Emocional (Criança-Pai)” é maior no grupo SD do que no grupo de controlo, enquanto a média da “Tentativa de controlo (Criança-Pai)” é maior no grupo de controlo. Esta situação inverte-se quando as respostas são

relativas à *mãe*. Os valores da média na “Rejeição (Criança-Pai)” e “Rejeição (Criança-Mãe)” são semelhantes nos dois grupos.

Podemos então verificar que não existem diferenças significativas na percepção dos estilos parentais entre pais e filhos entre os dois grupos, o que nos leva a inferir que, neste estudo, os estilos parentais relativos às crianças sobredotadas não diferem, de forma significativa, dos estilos parentais adotados no seio das famílias do grupo de controlo.

Tabela 6. Análise comparativa das práticas parentais entre as crianças em relação à mãe e em relação ao pai entre os grupos (EMBU-C)

	SD (n= 26)			Controlo (n= 26)			t / U	df	p
	M	DP	Amp.	M	DP	Amp.			
Suporte Emocional (CP) ^a	48.69	5.38	35-56	47.73	7.32	29-56	0.54	50	n/s
Tentativa de Controlo (CP) ^a	22.58	4.29	13-31	23.62	4.59	17-34	0.843	50	n/s
Rejeição (CP) ^b	10.77	2.37	8-16	10.96	3.03	8-20	334	50	n/s
Suporte Emocional (CM) ^a	49.50	4.55	41-56	50.19	4.75	32-56	0.536	50	n/s
Tentativa de Controlo (CM) ^a	25.08	3.49	17-33	24.08	4.69	17-34	0.873	50	n/s
Rejeição (CM) ^b	10.62	2.39	8-18	10.35	1.90	8-15	324	50	n/s

^a Análise com o t de student; ^b Análise com o U de Mann-Whitney

Observando a tabela 7 podemos verificar que, de acordo com as análises realizadas, não se verificam diferenças com significância estatística nas diferentes dimensões da medida de estilos parentais de acordo com a perspectiva dos pais, o que segue a tendência anteriormente referida. Desta forma, verificamos que os resultados obtidos não confirmam a hipótese 5 do nosso estudo, pois embora o grupo SD revele uma média mais elevada que o grupo de controlo na dimensão “Suporte Emocional”, as diferenças não são estatisticamente significativas entre grupos. A média da dimensão “Tentativa de Controlo” é mais baixa no grupo SD, concluindo que estes resultados são fracamente convergentes com os dados existentes na literatura relativamente a este domínio. Os valores da média na “Rejeição (Pais)” são semelhantes nos dois grupos.

Apesar de haver pesquisas que afirmam que os pais das crianças sobredotadas tendem a mostrar mais disponibilidade para participar de forma mais ativa na vida dos seus filhos e que manifestam mais preocupações (Chagas & Fleith, 2009; Pereira, 1998), neste estudo essa tendência não se verifica. Mais uma vez, as características das amostras, e, neste caso particular, as do grupo de controlo poderão ter algum poder explicativo. Relembramos que esta é uma amostra constituída por pais muito presentes na vida escolar das suas crianças, revelando igualmente interesse e

disponibilidade na vida dos filhos, o que pode ter sido uma possível razão para termos encontrado diferenças significativas entre grupos.

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

	SD (n= 26)			Controlo (n= 26)			t / U	df	p
	M	DP	Amp.	M	DP	Amp.			
Suporte Emocional (P) ^a	49.77	3.14	43-56	48.81	3.20	42-54	1.09	50	n/s
Tentativa de Controlo (P) ^b	28.19	4.48	22-35	30.12	3.84	24-38	2.119	50	n/s
Rejeição (P) ^a	28.19	3.97	23-35	28.31	3.44	21-36	0.11	50	n/s

^a Análise com o t de student; ^b Análise com o U de Mann-Whitney

Como forma de perceber as diferenças entre as respostas de pais e filhos acerca dos estilos parentais, realizou-se uma comparação para os três fatores. Analisando a tabela 8, observamos os valores de correlação que visam analisar o acordo entre pais e filhos no que diz respeito à percepção dos estilos parentais. Existem correlações positivas significativas entre o “Suporte Emocional (Pais)” e o “Suporte Emocional (Criança- Mãe/Pai)”, havendo, por isso, acordo entre a percepção dos pais e dos filhos nesta dimensão. A “Tentativa de Controlo (Pais)” está correlacionada positivamente com a “Tentativa de Controlo (Crianças- Mãe/Pai)”, ou seja, quanto mais os pais tentam controlar o comportamento dos seus filhos e revelam mais exigência mais eles se sentem controlados. A “Rejeição (Pais)” e a Rejeição (Criança- Mãe) também revelam correlações positivas significativas, por isso, a hostilidade exercida pelos pais relativamente à criança é sentida pelas crianças de forma proporcional, apenas relativamente à mãe.

Tabela 8. Correlações de Pearson: Percepção dos pais e a percepção dos filhos em ambos os grupos

	Suporte Emocional (C- Pai)		Rejeição (C- Pai)		Tentativa de Controlo (C- Pai)		Suporte Emocional (C- Mãe)		Rejeição (C- Mãe)		Tentativa de Controlo (C- Mãe)	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Suporte Emocional (P)	0.498**	0.000	0.426*	0.002	0.125	n/s	-0.416**	0.002	-0.373**	0.006	0.047	n/s
Tentativa de Controlo (P)	0.271	n/s	-0.104	n/s	0.355	**	0.257	n/s	-0.136	n/s	0.413**	0.002
Rejeição (P)	-0.001	n/s	0.225	n/s	-	0.058	-0.122	n/s	0.316*	0.022	-0.021	n/s

** Correlação significativa ao nível 0.01; *Correlação significativa ao nível 0.05

II.4.4. Capacidades e dificuldades da criança

No que respeita ao Questionário de Capacidades e Dificuldades (Goodman, 2005) verificamos, através dos dados inseridos na tabela 9, que, reproduzindo a tendência observada nas dimensões até agora analisadas, também não se observam diferenças significativas entre os grupos, o que nos leva a rejeitar a hipótese 6 do nosso estudo. À luz destes resultados verificamos que as crianças com características de sobredotação não revelam mais problemas que as outras crianças, o que pode explicar os resultados obtidos na avaliação da qualidade de vida, onde também não se observam quaisquer diferenças significativas entre os grupos. Mais uma vez estes resultados podem ser explicados pelo que já foi anteriormente referido, relativamente ao facto de existirem dois tipos de crianças no grupo clínico, em que um elevado número fará parte dos processos de antecipação escolar, não revelando problemas de comportamento. No entanto, estas análises são divergentes com diversos estudos e contestam as perspetivas estereotipadas que consideram que as características típicas das crianças sobredotadas conduzem a mais problemas comportamentais e psicossociais do que as restantes crianças.

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

	SD			Controlo			t / U	df	p
	M	DP	Amp.	M	DP	Amp.			
Sintomas Emocionais ^a	3.04	2.79	0-9	2.12	1.90	0-7	1.393	50	n/s
Problemas de Conduta ^b	2.04	1.64	0-4	1.35	1.47	0-5	251.5	50	n/s
Hiperatividade ^a	4.00	3.16	0-10	3.80	2.43	0-9	0.246	50	n/s
Relacionamento com os colegas ^b	1.85	1.89	0-6	1.08	1.06	0-4	273.0	50	n/s
Total de Problemas de Comportamento ^a	10.92	7.23	0-28	8.35	4.65	1-21	1.529	50	n/s
Escala de Comportamento Pró-social ^b	8.77	1.53	5-10	8.85	1.35	6-10	337.5	50	n/s
Impacto ^a	11.46	2.79	7-15	8.75	3.41	5-15	1.990	19	n/s

^a Análise com o t de student; ^b Análise com o U de Mann-Whitney

III – Conclusões

No contexto atual da nossa sociedade, a qualidade de vida é uma dimensão cada vez mais valorizada e estudada, não se limitando a sua análise apenas à doença crónica, pois abrange o bem-estar físico e psicológico de qualquer pessoa, independentemente da sua condição de saúde ou presença de alguma incapacidade. No âmbito das necessidades educativas especiais, a qualidade de vida tem sido progressivamente explorada, sobretudo no quadro das perturbações do neurodesenvolvimento e, muito em particular, no caso da perturbação da hiperatividade e défice de atenção. No caso específico das crianças com características de sobredotação e talento, a temática da qualidade de vida tem ainda pouca tradição e isso ficou bem patente na revisão da literatura que empreendemos. No entanto, na nossa opinião, este é um tema a privilegiar e que deverá constituir uma futura linha de pesquisa. A presente investigação não revela diferenças significativas entre a qualidade de vida das crianças sobredotadas e o grupo de controlo. Do mesmo modo, a presença notável de problemas comportamentais, que habitualmente se associam a estas crianças, também não recebe confirmação nos nossos resultados. Eventualmente, estes serão os dados mais surpreendentes do nosso estudo ao contrariarem a ideia tão divulgada de que as crianças sobredotadas são um grupo especialmente problemático a nível comportamental, tanto no contexto escolar como familiar. Na análise comparativa do autoconceito das crianças dos dois grupos, também não foram encontradas diferenças significativas, à exceção do fator “Popularidade” mais elevado no grupo clínico, resultado que vai de encontro a algumas pesquisas efetuadas neste campo (Veiga, Garcia & Miranda, 2003; Pereira, 1998) e que vai contrariar algumas ideias referentes às dificuldades de interação social das crianças sobredotadas, sublinhando mais uma vez o carácter não consensual de alguns pontos na área da sobredotação. Verificamos ainda que não existem diferenças nos estilos parentais entre as famílias dos dois grupos, sendo também esta uma relação muito pouco explorada.

Como principais *vantagens* do nosso estudo podemos apontar para o facto de as amostras do grupo clínico e do grupo controlo terem sido devidamente emparelhadas, quanto às variáveis idade e género, o que traduz uma mais-valia metodológica para a investigação. Por seu turno, a extensão do protocolo de avaliação também poderá ser apresentada como um aspeto positivo, ainda que nos possa ter colocado limitações a outro nível, nomeadamente no que se refere validade das respostas recolhidas, pois um protocolo tão extenso poderá ter conduzido à aleatoriedade das respostas. No entanto, o nosso estudo apresenta algumas *limitações*, nomeadamente no que se refere ao tamanho reduzido da amostra, o que pode ter influenciado o poder de inferência estatística. Acresce ainda o facto de que, apesar da amostra de controlo ter sido selecionada através de critérios previamente definidos, não podemos esquecer que estas crianças foram selecionadas pelos professores, que poderão ter introduzido um viés na amostra ao escolherem crianças com melhores resultados escolares e com pais mais

fortemente envolvidos no meio escolar, para que se garantisse o preenchimento dos questionários entregues. O facto de a amostra clínica ter sido composta por um número significativo de crianças no âmbito de processos de antecipação escolar pode ter influenciado os resultados do estudo, visto que as crianças que foram à consulta, fundamentalmente, devido a problemas de comportamento foram menos. Uma outra limitação poderá ser apontada ao aplicarmos os instrumentos Kidscreen-52 (versão criança) e a Escala de Autoconceito de Piers-Harris 2 a crianças de 6 e 7 anos, sendo que o seu uso é aconselhável a partir dos 8 e 7 anos, respetivamente. De forma sucinta, podemos sugerir para futuras investigações a realização de mais estudos no âmbito deste tema, com amostras mais extensas; aumentar a idade das crianças da amostra para que possa ser possível caracterizar a qualidade de vida em adolescentes, sendo esta uma etapa da vida composta por várias mudanças a todos os níveis do desenvolvimento; adotar uma metodologia longitudinal para que se possam verificar as possíveis mudanças nos aspetos socioafetivos das crianças sobredotadas e na perceção da qualidade de vida.

Esperamos com este trabalho, contribuir para um crescente interesse por esta temática, pois é ainda um domínio pouco estudado que deveria ser mais explorado.

Bibliografia

- Almeida, L., Pereira, M., Miranda, L. & Oliveira, E. (2003). A investigação na área da sobredotação em Portugal: Projetos e resultados. *Sobredotação*, 4 (1), 7-27.
- Antunes, A. M. (2008). *O apoio psico-educativo a alunos com altas habilidades: Um programa de enriquecimento numa escola inclusiva*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho.
- Araújo, L. (2010). *Excelência em contextos de realização: Na busca da convergência de fatores cognitivos, motivacionais e de personalidade*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Escola de Psicologia – Universidade do Minho.
- Associação Nacional para o Estudo e intervenção na sobredotação. *Sobre sobredotação*. Acedido a 20 de Novembro de 2014, em <http://www.aneis.org/sobre.html>
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control in child behavior. *Child Development*, 37 (4), 887-907.
- Baumrind, D. (1997). The discipline encounter: Contemporary issues. *Aggression and Violent Behavior*, 2 (4), 321-335.
- Baumrind, D. (2012). Differentiating between confrontive and coercive kinds of parental power-assertive disciplinary practices. *Human Development*, 55, 35-51.
- Belsky, J. (1984). The Determinants of Parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Calman, K. C. (1987). Definitions and dimensions of quality of life. In Aaronson, N. K. & Beckmann, J. (Eds.). *The quality of life of cancer patients*. Nova York: Raven Press.
- Canavarro, M. C. (1996). Avaliação das práticas educativas através do EMBU: estudos psicométricos. *Psychologica*, 16, 5-18.
- Canavarro, M. C. & Pereira, A. I. (2007). A avaliação dos estilos parentais educativos na perspetiva dos pais: a versão portuguesa do EMBU-P. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 271-286.
- Canavarro, M. C. & Pereira, A. I. (2007). A perceção dos filhos sobre os estilos educativos parentais: A versão portuguesa do EMBU-C. *RIDEP*, 2 (24), 193-210.
- Candeias, A., Duarte, M., Araújo, L., Albano, A., Silvestre, A., Santos, A., Arguelles, F. & Claudino, P. (2003). Avaliação da sobredotação: Perceções Parentais. *Sobredotação*, 4 (1), 75-93.
- Chagas, J. & Fleith, D. (2009). Estudo comparativo sobre sobredotação com famílias em situação socioeconómica desfavorecida. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 15(1), 155-170.
- DaSilva, M. (2000). Sobredotação: Conceito, formas de identificação e intervenção. In L. S. Almeida, E. P. Oliveira & A. S. Melo (Orgs.).

- Alunos sobredotados: contributos para a sua identificação e apoio* (pp. 37-42). Braga: ANEIS.
- Faria, C. & Antunes, A. (2013). Crianças Sobredotadas: Estudo de caso sobre as percepções parentais. *Sobredotação, 13/14*, 182-198.
- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do autoconceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica, 4* (23), 361-371.
- Foley-Nicpon, M., Rickels, H., Assouline, S. G., & Richards, A. (2012, 09). Self-esteem and self-concept examination among gifted students with ADHD. *Journal for the Education of the Gifted, 35*, 220-240.
- Freeman, J. (1983). Emotional Problems of Gifted Child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 24*, 481–485. DOI:10.1111/j.1469-7610.1983.tb00123.x
- Gagné, F. (2010). Motivation within the DMGT 2.0 framework. *High Ability Studies, 21* (2), 81-99.
- Gagné, F. (2013). Reflexões sobre a dimensão “Inata do talento musical”. *Sobredotação, 13/14*, 182-198.
- Garzarelli, P., Everhart, B. & Lester, D. (1993). Self-concept and Academic Performance in Gifted and Academically weak students. *Adolescence, 28* (109), 235-7.
- Gaspar, T. & Matos, M. (2008). *Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes Versão Portuguesa dos Instrumentos Kidscreen – 52*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- Heller, K. A. (2004). Identification of gifted and talented students. *Psychology Science, 46* (3), 302-323.
- Lister, K. & Roberts, J. (2011). The self-concepts and perceived competencies of gifted and non-gifted students: A meta-analysis. *Journal of Research in Special Education Needs, 11*, 130-140. DOI: 10.1111/j.1471-3802.2010.01166.x
- Lovecky, D. V. (1997). Identity development in gifted children: Moral sensivity. *Roeper Review, 20*, 90-94.
- Lupkowski, A. (1989). Social Behaviors of Gifted and Typical Preschool Children in Laboratory School Programs. In Roeper Review (Ed.), *Growing Up, Growing Older: Social and Emotional Needs* (pp. 124-126). Roeper City and Country School.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent–child interaction. In P. H. Mussen & E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (4th ed.). New York: Wiley.
- Magina, E. (2011). *Qualidade de vida e Funcionamento das Famílias de Crianças dos 0 aos 6 anos*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial - Intervenção Educativa Precoce. Instituto de Educação - Universidade do Minho.
- Marsh, H. & O’Mara, A. (2008). Self-Concept is a multidisciplinary as it is a multidimensional – A review of theory, measurement and practice

- in self-concept research. In H. Marsh, R. Craven, & D. McInerney (Eds.), *Self-processes, Learning and Enabling Human Potential: Dynamic New Approaches* (pp. 87-117). United States of America: Information Age Publishing Inc. & The Montana Council of Teachers of Mathematics.
- Melo, A. S. (2003). Sinalização de alunos sobredotados e talentosos pelos professores. *Sobredotação*, 4 (1), 29-46.
- Morawska, A., & Sanders, M. R. (2009). Parenting gifted and talented children: conceptual and empirical foundations. *The Gifted Child Quarterly*, 53(3), 163-173.
- Oliveira, E. P. (2007). *Alunos Sobredotados: a aceleração escolar como resposta educativa*. Tese de Doutoramento em Psicologia – Universidade do Minho, Portugal.
- Pereira, M. A. M. (1998). *Crianças Sobredotadas: Estudos de Caracterização*. Tese de Doutoramento em Psicologia – Universidade de Coimbra, Portugal.
- Pereira, M. A. M., & Seabra-Santos M. J. (2008). Precocidade intelectual na idade pré-escolar: Questões em torno da caracterização e identificação precoce. *Sobredotação*, 9, 7-27.
- Renzulli, J. S. (1978). What makes giftedness? Reexamining a definition. *Phi Delta Kappan*, 60, 180-184, 261
- Renzulli, J. S. (1986). The Three-Ring Conception of Giftedness: A developmental model for creative productivity. In R. J. Sternberg & J. E. Davidson (Eds.), *Conceptions of giftedness* (pp. 53-92). New York: Cambridge University Press.
- Renzulli, J. S. (2002). Expanding the Conception of Giftedness to Include Co-Cognitive Traits and to Promote Social Capital. *Phi Delta Kappan*, 84(1), 33-58.
- Rodrigues, N. (2010). *Pais de crianças sobredotadas: representações e dimensões parentais*. Mestrado Integrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia – Universidade de Lisboa.
- Seidl, E. & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspetos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 3-12). New York: Oxford Press.
- Serra, A. V. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2 (6), 101-110.
- Shi, J., Li, Y., & Zhang, X. (2008). Self-concept of gifted children aged 9 to 13 years old. *Journal for the Education of the Gifted*, 31, 481-499,506.
- Soares, A. H., Martins, A., Lopes, M. C., Britto, J., Oliveira, C., & Moreira, M. (2011). Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3197-3206.

- Terman, L. (1925). *Genetic studies of genius (volume 1): Mental and physical traits of a thousand gifted children*. Stanford: Stanford University Press.
- Theofilou, P. (2013). Quality of life: Definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9 (1), 150. DOI: <http://dx.doi.org/10.5964/ejop.v9i1.337>
- Veiga, F. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCS-2). *Psicologia e Educação*, 5 (1), 39-48.
- Weber, L., Prado, P., Viezzer, A. P., & Brandenburg, O. J. (2004). Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 323-331. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722004000300005>.
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.

ANEXOS

Anexo I

Protocolo de avaliação: grupo clínico e grupo de controlo

- Consentimento Informado
- Questionário Sociodemográfico (apenas utilizado no grupo controlo)
- EMBU-Crianças (Castro, 1993; Canavarro & Pereira, 2007)
- EMBU-Pais (Castro, 1993; Canavarro & Pereira, 2007)
- Escala de Autoconceito de Piers Harris 2 (Piers & Herzberg, 2002; Veiga, 2006)
- KIDSCREEN-52 Versão Criança e Adolescente e KIDSCREEN-52 Versão Pais (The KIDSCREEN Group, 2004; tradução e adaptação: Matos, Gaspar, Calmeiro & KIDSCREEN Group, 2005)
- Questionário de Capacidades e de Dificuldades (*SDQ-Por*) Versão Pais (Goodman, 2005)

Anexo II

Consentimento Informado: grupo de controlo

Consentimento Informado para Participação num Projeto de Investigação

Exmo(a) Sr(a),

Solicito autorização para que o vosso educando participe numa investigação sobre o impacto da Sobredotação 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 objetivo avaliar a qualidade de vida e outras variáveis associadas, tais como o autoconceito e as práticas parentais, desde os 6 aos 12 anos, é pedido que o vosso educando responda a 3 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 sobredotadas 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:

Diana Raquel Valente Achando

Número de telemóvel: 915921114

E-mail: diana.rv.achando@gmail.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 III

Consentimento Informado: grupo clínico

O impacto da sobredotação na qualidade de vida das crianças FOLHA INFORMATIVA

Caros pais,

Na sequência de contactos já anteriormente estabelecidos com este Serviço, no âmbito da consulta de avaliação psicológica, aconselhamento e reabilitação, 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 sobredotação na qualidade de vida das crianças.

Neste contexto, enviamos seis 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 três restantes serão respondidos pela criança [KIDSCREEN-52- Versão Criança e Adolescente; 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